PSICHIATRIA E FILOSOFIA.
LE RADICI DELLA *ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE* DI KARL JASPERS

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt

der Philosophischen Fakultät I

Sozialwissenchaften und historische Kulturwissenschaften

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

und des Doktoratsstudiums der Interpretationswissenschaften

an der Universität Catania

von Frau Marica Magnano San Lio

PSICHIATRIA E FILOSOFIA.
LE RADICI DELLA *ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE*
DI KARL JASPERS

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt

der Philosophischen Fakultät I

Sozialwissenchaften und historische Kulturwissenschaften

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

und des Doktoratsstudiums der Interpretationswissenschaften

an der Universität Catania

von Frau Marica Magnano San Lio

Gutachter
Prof.ssa Stefania Achella
Prof. Domenico Conte

Verteidigungsdatum
23/06/2021

Kommission
Prof. Edoardo Massimilla
Prof. Daniele Piccini
Prof. Salvatore Luongo
Prof. Dr. Matthias Kaufmann
Prof. Dr. Uwe Wolfradt

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANISTICHE

DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE DELL'INTERPRETAZIONE

XXXIII CICLO

MARICA MAGNANO SAN LIO

PSICHIATRIA E FILOSOFIA.
LE RADICI DELLA *ALLGEMEINE PSYCHOPATHOLOGIE* DI KARL JASPERS

TESI DI DOTTORATO

In co-tutela con la
Martin-Luther-Universität* di *Halle-Wittenberg

Coordinatore

Chiar.mo Prof.
Antonino Sichera

Tutor

Chiar.mo Prof.
Santo Burgio

Chiar.mo Prof.
Matthias Kaufmann

ANNO ACCADEMICO 2019-2020

A chi mi è stato guida
negli studi e nella vita

Tu se' lo mio maestro e il 'l mio autore
tu se' solo colui da cu' io tolsi
lo bello stile che m'ha fatto onore
(*Inf*., I, vv. 85-87)

Introduzione

Questo lavoro si propone di indagare le radici della *Allgemeine Psychopathologie* di Karl Jaspers in una duplice prospettiva, filosofica e psichiatrica. Del resto, la genesi e la struttura di tale opera ne rendono ad un tempo legittima e interessante una rilettura in tale direzione, dal momento che essa presenta un'articolazione certamente più ampia e complessa rispetto ad un tradizionale trattato di psichiatria, affondando le radici in diverse e considerevoli argomentazioni filosofiche e muovendosi in una dimensione capace di tenere conto tanto delle istanze delle scienze della natura quanto delle esigenze nel frattempo maturate dalle scienze dello spirito. Intendo proporre, dunque, una riflessione su alcune argomentazioni che mi sono sembrate in tal senso particolarmente rilevanti, guardando soprattutto a due aspetti fondamentali che percorrono l'*Allgemeine Psychopathologie* e la segnano in modo assolutamente pregnante: il primo riguarda la genesi del concetto di "*Geisteskrankheit*", da cui derivano certamente alcuni elementi di complessità e di difficoltà della psichiatria contemporanea, e dunque anche della psicopatologia, specie per quel che riguarda una sua più ampia e condivisa fondazione scientifica; il secondo è più diffusamente legato alla figura di Jaspers, del quale intendo sottolineare l'importanza della formazione psicopatologica, talvolta più o meno consapevolmente collocata in secondo piano rispetto alla marcata connotazione filosofica che ha segnato la sua vita e gran parte del suo impegno scientifico e accademico. Intendo mostrare, a tal proposito, come i tratti della personalità di Jaspers antropologo, filosofo e storico della cultura si radichino in modo probabilmente decisivo nella sua formazione in ambito medico, psichiatrico e psicopatologico, per cui, piuttosto che pensare eventualmente, in modo peraltro improbabile, ad un 'primo' e ad un 'secondo' Jaspers, credo sia opportuno mostrare la complessità strutturale e composita della sua opera, nella quale confluiscono queste diverse istanze, dato che emerge con chiarezza fin dalla prima edizione, del 1913, della *Allgemeine Psychopathologie* e, in modo ancora più esplicito, dalle successive.

Entrambi gli aspetti, da un lato il concetto di malattia mentale, ora inteso in un senso più ampio, e le complesse dinamiche storico-sociali ad esso connesse, e, dall'altro, la formazione di Jaspers, e dunque anche la genesi della *Allgemeine Psychopathologie*, sono, quindi, tra loro fortemente interconnessi. Questo lavoro intende contestualizzare, insistendovi in modo specifico e per quanto possibile analitico, tali questioni nell'ambito della situazione della scienza psichiatrica del tempo, muovendo da una ricostruzione in grado di evidenziare alcuni momenti fondamentali della storia della medicina e della psichiatria: soltanto mantenendo sempre sullo sfondo tale complesso quadro storico-culturale, infatti, è possibile mettere in evidenza alcune istanze fondamentali per la formazione di Jaspers e, dunque, per la genesi e l'evoluzione della *Allgemeine Psychopathologie.* È proprio la poliedricità della sua riflessione a porre l'esigenza, ancor prima di qualunque analisi dei contenuti psicopatologici dell'opera, di un'indagine storica in grado di ripercorrere, seppur a grandi linee, i momenti più significativi attraverso i quali la psichiatria si è venuta a costituire come scienza.

Non sembra un caso, d'altra parte, che l'*Appendice* dell'*Allgemeine Psychopathologie* sia dedicata alla ricostruzione dei passaggi più significativi della storia della psichiatria e della psicopatologia. La necessità di una chiarificazione storica preliminare e propedeutica viene posta, quindi, dallo stesso autore, ed è certo significativo che essa venga proposta fin dalla prima edizione e mantenuta anche nelle successive, a testimonianza, tra l'altro, del suo originario e costantemente ribadito interesse in una tale direzione. In un certo senso, questo lavoro segue a grandi linee la stessa intenzione posta alla base dell'opera jaspersiana alla quale faccio più diretto riferimento: soprattutto nella prima parte del lavoro, infatti, intendo ripercorrere la genesi e lo sviluppo del concetto di malattia mentale, affidandomi, dove possibile, anche alle considerazioni dello stesso Jaspers. Tale ricostruzione non è, però, ancora oggi semplice e lineare, in quanto, soprattutto per quel che riguarda le epoche

più antiche, l'incertezza e l'esiguità delle fonti rendono più complicato stabilire con esattezza diversi passaggi significativi, così che alcune ipotesi non sembrano sempre dimostrabili con adeguata evidenza.

Tale incertezza per alcuni versi riguarda gli avvenimenti più remoti ma per altri tocca anche le epoche successive, nel senso che le difficoltà del tema trattato e le continue controversie ne rendono comunque problematica qualunque disamina storico-critica. A tal proposito, intendo chiarire brevemente alcune scelte metodologiche alla base di questo lavoro, così da motivare anche l'origine dell'interesse per tale argomento. Innanzi tutto, pur dedicando ampio spazio alla ricostruzione di alcuni concetti e protagonisti della storia della medicina e della psichiatria, eviterò di indugiare in modo troppo specifico e particolareggiato sulle considerazioni dei diversi disturbi mentali e delle relative scelte terapeutiche sviluppate nelle varie epoche storiche: questo, infatti, sarebbe probabilmente più indicato e opportuno per un tesi di argomento strettamente medico, e dunque allontanerebbe dal riferimento primario alle scienze umane e alle "scienze dell'interpretazione" che costituiscono la cifra specifica di questo dottorato di ricerca. Intendo mantenermi, quindi, entro tale spazio d'indagine, guardando alle importanti innovazioni jaspersiane in ambito psicopatologico e cercando di interpretarle alla luce del più ampio contesto di riferimento, che non può essere colto nella sua complessa struttura e problematicità senza uno sguardo retrospettivo alle dinamiche storico-culturali precedenti. La scelta di questo argomento è scaturita proprio dalla curiosità di conoscere e di approfondire un tema, quello delle malattie mentali e del loro statuto scientifico, che va ben oltre la semplice descrizione degli aspetti strettamente tecnici e delle singole specificità, per collocarsi all'interno di uno scenario problematico e controverso assai più ampio ed interessante, nel quale si intrecciano, inevitabilmente, contenuti e metodi propri sia delle *Naturwissenschaften* che delle *Geisteswissenschaften*.

La storia della psichiatria mette bene in luce, infatti, le modalità con cui saperi diversi si sono incontrati e talvolta sovrapposti, rivelando uno scenario complesso la cui peculiarità è proprio la connessione tra descrizioni strettamente medico-scientifiche e più ampie interpretazioni storico-filosofiche, entrambe sempre profondamente influenzate dalle mutevoli dinamiche storico-sociali. La *Allgemeine Psychopathologie* mi è parsa un esempio significativo di tali dinamiche ed interazioni, ed è proprio in questa prospettiva che vorrei tentare di rintracciarne le radici da una parte guardando a Jaspers e, soprattutto, agli anni della sua formazione e dei primi scritti di argomento psicopatologico e dall'altra volgendo lo sguardo al passato, così da cogliere appieno la svolta epocale che tale opera ha rappresentato nella storia della medicina e della psichiatria. Si tratta, in altri termini, di rintracciare e di sottolineare il valore più ampio e duraturo che i contributi di un dato sapere assumono se vengono considerati non soltanto in una prospettiva strettamente funzionale al proprio ambito disciplinare ma in un'ottica storico-culturale e antropologica assai più estesa e significativa. Alla luce di tutto questo, intendo dapprima riflettere sull'origine e sul significato del concetto di malattia mentale, il cui statuto identitario è già di per sé difficile da fissare da ogni punto di vista, come mostrano proprio le complicate vicende storico-culturali che l'hanno riguardato.

L'espressione tedesca "*Geisteskrankheit*" preannuncia già in qualche modo la difficoltà dell'argomento: non si tratta, infatti, di un disturbo organico, in qualche modo più facilmente identificabile e circoscrivibile, ma di una vera e propria "malattia dello spirito" che guarda, quindi, alla totalità dell'individuo e che dunque si pone su un piano diverso. Infatti, essa non può essere spiegata ricorrendo esclusivamente alla descrizione sintomatologica e alla classificazione nosografica, ma deve essere chiarita ed interpretata guardando sempre all'intera personalità alla quale si riferisce.

Intendo porre in evidenza, innanzi tutto, alcuni aspetti che sottolineano la peculiarità della malattia mentale rispetto al disturbo organico: in primo luogo la difficoltà di isolarla dalla complessa e per molti versi indistricabile totalità costituita dalla personalità del malato, dal momento che essa non può essere percepita, a differenza di quanto avviene per

diversi disturbi organici, come un'entità in qualche modo isolabile e scindibile dall'individuo inteso nella sua interezza. Questo significa, inoltre, che anche le scelte terapeutiche risultano in questo ambito più complicate, perché devono guardare in modo specifico al singolo individuo malato ed essere in grado di curarlo nella sua complessità, cioè nella totalità delle sue interazioni costitutive. Ancora, un'altra evidente differenza rispetto ai disturbi organici è data dalla notevole influenza esercitata da fattori esterni, come per esempio la famiglia, la società e, in genere, l'ambiente di riferimento, il che spinge a mettere in primo piano la storia individuale del paziente, la biografia del malato come elemento fondamentale della diagnosi e della prognosi.

La malattia mentale riguarda, insomma, come sottolinea Jaspers, "l'essere umano come un tutto" e proprio per questo, a differenza di altre tipologie di disturbo, deve essere sempre contestualizzata ed affrontata in modo specifico e nel rispetto dell'individualità di ogni malato. Non è neanche facile, inoltre, distinguere, in tale ambito, la condizione normale dal processo patologico, e in questo senso ha assunto un ruolo importante, storicamente, la società, che, in assenza di elementi certi ed incontrovertibili, ha dato ogni volta una determinata interpretazione dei disturbi mentali, influenzando cosi in modo decisivo, come tenterò di mostrare, la considerazione e l'approccio alla malattia, e dunque anche la relativa organizzazione assistenziale e terapeutica (si pensi, per esempio, alla storia dei manicomi). Si può certamente sostenere, quindi, che la malattia mentale ha da sempre costituito un rilevante problema medico e storico-sociale.

In qualche modo assecondando, per così dire, l'inclinazione antropologica della *Allgemeine Psychopathologie*, nella prima parte di questo lavoro intendo approfondire, dunque, la "vita psichica anormale nella società e nella storia", volendo utilizzare la stessa espressione jaspersiana. L'obiettivo non è certo quello di fornire un esaustivo resoconto nosografico delle malattie mentali così come si sono sviluppate e percepite nel corso dei secoli, ma quello di procedere ad una schematica ricostruzione storica di alcuni snodi fondamentali dell'approccio alla malattia mentale, con particolare riferimento al ruolo esercitato dalla società e al processo di "stigmatizzazione" del disturbo mentale che, con diversa intensità, ha certamente condizionato le procedure diagnostiche e la prassi terapeutica, rendendo spesso la costituzione scientifica della psichiatria un processo faticoso e controverso, oltre che spesso in ritardo rispetto a quanto avveniva in altri settori della medicina.

Nei primi capitoli intendo sottolineare come la malattia mentale sia stata di fatto esclusa per secoli dall'ambito ufficiale della medicina, guardando soprattutto ad alcune interpretazioni particolarmente significative per cogliere il ruolo svolto in tal senso dal contesto sociale e ad alcuni aspetti pioneristici e fortemente innovativi della disciplina. In questa prospettiva, intendo soffermarmi non soltanto sul tema della percezione della malattia mentale, quasi sempre soggetta a forti pregiudizi e a reiterati stereotipi, ma anche sul ruolo del medico e sulla sua responsabilità nei confronti del paziente e dell'intera comunità sociale.

Nel primo capitolo, in particolare, intendo guardare alle origini dell'interesse per il disagio mentale e chiarirne il significato nell'ambito della civiltà greco-romana e, poi, dell'epoca medievale. Il lavoro si apre, quindi, con il tentativo di una prima chiarificazione del concetto di "*Geisteskrankheit*" che vuole metterne in luce alcuni aspetti problematici che l'hanno resa oggetto di interesse e di studio non solo da parte della "spiegazione" medico-scientifica ma anche dalla prospettiva di una più ampia "comprensione" storico-antropologica e sociale. L'intenzione è quella di mettere in evidenza la peculiarità della malattia mentale, la necessità di una sua chiarificazione storica e l'esigenza di utilizzare, per la diagnosi e per la prognosi, una metodologia e una terapeutica specifiche e circostanziate. Tali considerazioni, sviluppate tenendo sempre sullo sfondo le osservazioni di Jaspers, intendono anche mostrare l'inclinazione fortemente antropologica della *Allgemeine Psychopathologie*, collocandola in una feconda area di intersezione tra il sapere scientifico-naturale e la riflessione umanistica.

Farò alcuni riferimenti, innanzi tutto, alle prime comunità storiche, dove appare particolarmente radicata l'interpretazione mitologica e leggendaria del disturbo mentale. Una ricostruzione più approfondita riguarderà, invece, le prime testimonianze di medici dell'età greco-romana, dove è possibile cogliere, nonostante alcune diffuse credenze di diversa matrice, i primi tentativi di spiegazione razionale della malattia mentale, rispetto alla quale si cercano di individuare le cause "naturali" e si formulano più rigorose ipotesi diagnostiche e terapeutiche. Va sempre tenuto presente, naturalmente, che il significato 'scientifico' di questi primi contributi deve essere assolutamente storicizzato e contestualizzato. Procederò, dal punto di vista metodologico, cercando di mettere a confronto interpretazioni diverse e, dove possibile, di riferirmi ai testi degli stessi autori, così da riportare ipotesi adeguatamente supportate dalle fonti. In particolare, cercherò di tenere sempre in qualche modo connessi gli avvenimenti storici, le diverse descrizioni delle malattie mentali e il processo di evoluzione delle società di riferimento, in modo da sottolineare, nell'ambito della storia della psichiatria, i momenti di progresso, quelli di stasi o, addirittura, di regresso. In questo senso, dopo avere brevemente descritto i progressi, seppur segnati da inevitabili difficoltà e conflittualità, compiuti nel contesto greco-romano, mi soffermerò sul periodo medievale, certamente caratterizzato, al di là da ogni stereotipo ermeneutico, da molti punti oscuri e dal prepotente riaffacciarsi della demonologia. In questo caso risulterà d'aiuto l'analisi di Jaspers, che guarda con particolare interesse alle cosiddette "psicosi di massa", in tale epoca particolarmente diffuse.

Il secondo capitolo prenderà in esame alcuni aspetti peculiari e innovativi dell'età moderna, sottolineando la progressiva apertura nei confronti della malattia mentale: nonostante siano ancora forti alcuni retaggi medievali, in quest'epoca si assiste già ad una prima 'rivoluzione psichiatrica' che sembra aprire la strada ad un più adeguato riconoscimento del disturbo mentale come patologia specifica e finalmente sottratta ad ogni potere magico e demoniaco. Intendo mettere in evidenza, a questo proposito, il ruolo svolto dalla borghesia, o meglio dalla coscienza borghese in progressiva formazione, rispetto all'accettazione del disturbo mentale. Così, anche servendomi delle importanti testimonianze di Foucault, approfondirò la questione del cosiddetto "grande internamento", che ha svolto un ruolo decisivo nella genesi di quella che Jaspers ha definito "psichiatria manicomiale", se si vuole uno dei primi segnali in direzione di una declinazione via via sempre più scientifica del sapere psichiatrico. Mi soffermerò, dunque, sui processi di formazione dei primi istituti europei adibiti alla "segregazione della non-ragione", processi fortemente influenzati proprio dall'affermazione della classe borghese. Riflettere su tali dinamiche mi sembra utile anche dal punto di vista storico, per evidenziare come cambia, in età moderna, il rapporto tra la malattia mentale e la società. Così, dopo avere illustrato il fenomeno del "grande internamento" e le caratteristiche in qualche modo contraddittorie del Seicento, caratterizzato soprattutto dal tema dell'isteria, che diventa il simbolo della "non-ragione" di matrice borghese, mi soffermerò sul ruolo determinante svolto dalla cultura illuminista, che ha avuto certamente grande importanza, soprattutto in Francia e in Inghilterra, per il rinnovamento delle modalità di considerazione della malattia mentale. La scelta di ripercorrere, in particolare, alcuni momenti significativi della storia della psichiatria francese e inglese è motivata dal punto di vista storiografico e anche rispetto alle argomentazioni di Jaspers: la psichiatria scientifica francese e inglese, infatti, appare per molti versi pionieristica e propedeutica rispetto a quella tedesca, per cui non sarebbe possibile guardare alle successive dinamiche psichiatriche tedesche senza un tale riferimento. In Francia, in particolare, la psichiatria assume, per così dire, le prime sembianze scientifiche che rendono possibile, tra l'altro, l'affermazione della cosiddetta "psichiatria manicomiale", accezione coniata da Jaspers per indicare il primo tentativo di differenziare gli internati e i malati mentali, riconoscendo dunque la malattia mentale come un disturbo specifico che la medicina deve approfondire e, soprattutto, curare.

Intendo quindi guardare in modo più ampio e dettagliato al contesto medico-scientifico tedesco, per sottolineare la difficoltà con cui, soprattutto qui, la psichiatria si è

venuta a costituire come scienza, oltre che per evidenziare alcune peculiarità che risultano utili per una più adeguata contestualizzazione della *Allgemeine Psychopathologie*. Lo scopo è chiarire in quale contesto si muove Jaspers e quali sono le motivazioni che possono in qualche modo giustificare la necessità, da parte sua, di un nuovo approccio metodologico e di una diversa articolazione dei contenuti specifici. Dal punto di vista metodologico, l'obiettivo è quello di ricostruire alcuni momenti fondamentali, precedenti rispetto alla *Allgemeine Psychopathologie*, della storia della psichiatria tedesca attraverso l'interpretazione dei testi di alcuni medici e psichiatri che hanno reso possibile il graduale passaggio da un'impostazione più astratta e speculativa ad una concezione prettamente scientifica. Il metodo seguito è, anche qui, essenzialmente filologico, vista anche l'esiguità di fonti italiane e, dunque, l'opportunità di rendere in qualche modo accessibili testi di eminenti personalità della psichiatria tedesca ancora non molto conosciuti o diffusi nel contesto italiano. Per questo motivo ritendo utile procedere anche alla traduzione italiana di tutte le citazioni tratte dai testi tedeschi che qui intendo utilizzare. L'analisi delle fonti primarie permette anche di metterle a confronto con le interpretazioni di Jaspers, il quale utilizza ampiamente, in modo peraltro comprensibile, le opere di alcuni suoi connazionali. Credo significativo, in tal senso, cercare di problematizzare e di guardare in modo critico ad alcune interpretazioni di Jaspers che potrebbero più o meno ampiamente risentire, come peraltro avviene abbastanza spesso, dei modelli storiografici e delle prospettive ermeneutiche del suo tempo.

La Germania, rispetto ad altri paesi europei, sembra vivere in tal senso un diverso processo di sviluppo, dovuto sia alla più lenta affermazione dell'autocoscienza borghese, poi capace di affrontare in maniera innovativa il problema della malattia mentale, che ai forti influssi esercitati dalla filosofia romantica. Il terzo capitolo apre, così, la sezione dedicata alla psichiatria tedesca e, in particolare, a Jaspers e alle sue fonti. Da questo punto di vista, vale a dire per una più adeguata contestualizzazione della sua opera, è prima opportuno approfondire la cosiddetta 'svolta ottocentesca', che segna un momento importante nella storia della psichiatria tedesca (e non solo) e che a sua volta non sarebbe pienamente comprensibile senza il riferimento ad alcuni autori che, già a partire dalla fine del Seicento, hanno animato in modo significativo lo scenario medico-scientifico preparando il terreno alla cosiddetta "psicologia medica", che per alcuni versi sembra anticipare la psichiatria moderna.

La storia della psichiatria tedesca è assai ampia e articolata, per cui sarà possibile approfondirne soltanto alcuni aspetti in qualche modo funzionali rispetto alla genesi e allo sviluppo della *Allgemeine Psychopathologie.* Intendo innanzi tutto soffermarmi sull'importante tradizione rappresentata dalla scuola di Halle (Saale): si tratta di una scelta non soltanto, per così dire, 'affettiva' nei confronti di una comunità che mi accolto con generosa disponibilità in questi anni di dottorato, ma soprattutto scientifica, dal momento che l'Università di Halle ha visto susseguirsi, al suo interno, diverse importanti personalità il cui contributo risulterà fondamentale per la fondazione e l'autonomia scientifica della psichiatria. Inoltre, è proprio ad Halle che viene coniato, all'inizio dell'Ottocento, il termine "psichiatria". Dapprima guarderò, dunque, allo scenario di Halle tra la fine del Seicento e il Settecento, quando l'impostazione meccanicista lasciò progressivamente spazio ad una prospettiva in qualche misura antesignana della moderna declinazione psicosomatica, che si interroga sull'anima e sulle sue funzioni considerandole sempre in stretta relazione con il corpo. Fondamentale appare, poi, la discussione sulla genesi del termine "psichiatria" ad opera, tra gli altri, di Johann Christian Reil, docente ad Halle, che introduce alla cosiddetta "psichiatria romantica", certamente determinante, in Germania, per la nascita della psichiatria scientifica. Intendo evidenziare, quindi, la peculiarità della "psichiatria romantica", analizzandone alcune importanti categorie di riferimento, come per esempio la filosofia della natura e, in genere, quella idealistica, che molto la influenzarono.

In questo contesto, una delle problematiche romantiche più significative emerge dal dibattito tra gli *Psychiker* ed i *Somatiker*, ai quali fa riferimento anche Jaspers, sebbene sembri trascurarne alcuni aspetti comunque rilevanti. L'intenzione è quella di mettere in evidenza uno dei presupposti della "psichiatria romantica", vale a dire la convinzione dell'inviolabilità dell'anima, alla base delle interpretazioni sia degli "psichici" che dei "somatici", una convinzione particolarmente rilevante perché voleva dire disconoscere la possibilità di qualunque "malattia dell'anima". La "psichiatria romantica" sembra ancora fortemente segnata da motivazioni filosofiche che ne hanno di fatto rallentato lo sviluppo in senso scientifico. Proprio alla luce di questo si può comprendere meglio il senso della cosiddetta 'svolta ottocentesca', alla quale diede un contributo decisivo, tra l'altro attraverso la redazione di una vera e propria *Magna Charta* della psichiatria, Wilhelm Griesinger, al quale sarà dedicato il quarto capitolo di questo lavoro. Tale scelta è legata al duplice ruolo svolto da Griesinger da una parte rispetto alla costituzione scientifica della psichiatria e dall'altra come 'fonte' significativa per la formazione del giovane Jaspers. Il capitolo ricostruisce per grandi linee la concezione della psichiatria di Griesinger, che vuole sottrarla alle speculazioni filosofiche e darle un più marcato carattere scientifico. Proprio per questo ruolo fondamentale, Griesinger viene poi preso in considerazione da Jaspers, il quale sostanzialmente lo critica perché crede di rintracciare nelle sue teorie una sorta di "dogma somatico", vale a dire la quasi esclusiva riconduzione del disturbo mentale a precise disfunzioni organiche e cerebrali. Per questo motivo, dopo avere brevemente presentato la figura di Griesinger, intendo svolgere un lavoro filologico ed ermeneutico sui suoi primi scritti in grado di mostrare come egli in realtà sia stato assai di più del freddo materialista spesso descritto in sede storiografica. In questo senso, l'analisi filologica dei testi intende da una parte mettere in risalto la fondazione fisiopatologica della psichiatria, attraverso la quale essa assume, per la prima volta, più autentici connotati scientifici, e dall'altra contestualizzare il contributo di Griesinger entro l'ambiente tedesco, evidenziando come la sua prospettiva costituisca soprattutto una risposta all'eccessiva tendenza speculativa di matrice romantica, contro la quale egli rivendica l'adozione di un metodo empirico e scientifico. La centralità da lui assegnata all'elemento organico non preclude, però, l'apertura nei confronti di una più ampia comprensione dell'anima umana, e a tal fine mi pare utile analizzare il contenuto di un suo *Vortrag*, tenuto presso la clinica psichiatrica di Berlino, dal quale sembra venire fuori proprio tale attenzione per la dimensione, per così dire, 'umana' dell'anima malata. Interpretando alcuni scritti di Griesinger, dei quali intendo qui riportare alcuni dei passaggi più significativi, procederò, poi, ad un confronto tra alcuni contenuti degli stessi e talune argomentazioni di Jaspers, per sottolineare come possa apparire plausibile oltrepassare lo schema ermeneutico in base al quale si è voluto associare, forse un po' troppo frettolosamente, il nome di Griesinger al presunto "dogma somatico". Emergeranno, qui, anche alcune analogie e qualche punto di contatto tra le concezioni psichiatriche di Griesinger e quelle di Jaspers.

Tale capitolo si propone, quindi, di analizzare le concezioni psichiatriche di Jaspers mettendole in relazione con le sue fonti: è questo il metodo che intendo seguire per riflettere su alcuni contenuti psicopatologici dell'opera jaspersiana e, soprattutto, per evidenziarne le importanti novità metodologiche. Il confronto con Griesinger evidenzia un aspetto certamente importante del rapporto di Jaspers con la tradizione psichiatrica dei suoi tempi.

Nel quinto capitolo intendo procedere in questa direzione, ancora, soffermandomi sulla vocazione psichiatrica del giovane Jaspers, con particolare riferimento alla sua formazione presso la clinica psichiatrica di Heidelberg e ai suoi primi scritti di carattere psicopatologico. In questa parte del lavoro farò maggiore ricorso ai carteggi e agli scritti autobiografici, così da potere delineare la personalità di Jaspers psicopatologo attraverso le sue notazioni, il dialogo con i colleghi e le testimonianze di altri psichiatri a lui contemporanei. Particolare attenzione vorrei riservare, in questo contesto, a Emil Kraepelin, che dirigeva la clinica psichiatrica di Heidelberg, segnandola in modo pregnante, al tempo di Jaspers, con le proprie teorie e considerazioni psichiatriche. Per

questo vorrei poi procedere ad un breve confronto tra Kraepelin e Jaspers, con più specifico riferimento ad alcune considerazioni di natura metodologica e nosologica: lo farò, in modo particolare, attraverso l'analisi di un primo scritto psicopatologico di Jaspers, vale a dire *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz*, del 1910, e dell'*Allgemeine Psychopathologie*. Un'interpretazione condotta attraverso l'analisi dei primi scritti di argomento psicopatologico di Jaspers mi sembra funzionale al discorso che qui tento di argomentare perché essi, oltre a testimoniare il suo costante riferimento alle fonti del tempo, anticipano in qualche modo il suo pluralismo metodologico, poi ulteriormente sviluppato nell'*Allgemeine Psychopathologie* del 1913 e, ancor di più, nelle edizioni successive. A questo proposito mi pare interessante anche il confronto tra lo scritto psicopatologico, del 1913, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie*) e l'*Allgemeine Psychopathologie*, e questo al fine di mostrare alcune analogie contenutistiche che lasciano vedere come la genesi concettuale di quest'ultima opera sia in una qualche misura rintracciabile già in questo scritto precedente. Insisterò, quindi, anche su alcune importanti modifiche che Jaspers apportò, a partire dalla quarta edizione, all'*Allgemeine Psychopathologie* e che sembrano in linea con la prospettiva ermeneutica sostenuta in questo lavoro.

Muovendo da tali sviluppi dell'*Allgemeine Psychopathologie*, nel sesto e ultimo capitolo mi soffermerò, infine, sul processo di maturazione di Jaspers e sul suo 'passaggio', scientifico e accademico, dalla psichiatria alla filosofia. È proprio guardando al contesto storico-filosofico generale che possono essere poste in maggiore evidenza, infatti, alcune importanti variazioni intercorse tra la prima edizione del '13 e (soprattutto) la quarta del '46, dove Jaspers insiste in modo ulteriore, tra l'altro, sull'importanza della "comprensione" come metodo fondamentale, sebbene non esclusivo, anche per la psicopatologia. In questa prospettiva, proverò a contestualizzare tale argomentazione nell'ambito del più ampio dibattito sui rapporti tra *Naturwissenschaften* e *Geisteswissenschaften*, facendo breve riferimento ad alcuni snodi fondamentali del celebre *Methodenstreit* sviluppatosi in Germania tra la fine dell'Ottocento e la prima parte del Novecento. In questo senso, attraverso una breve analisi comparativa di alcuni passaggi fondamentali della prima e della quarta edizione dell'*Allgemeine Psychopathologie*, proverò a mettere in evidenza l'importanza di tale discussione 'metodologica' anche per l'evoluzione dell'opera jaspersiana.

Infine, mi soffermerò brevemente sui sempre più marcati riferimenti jaspersiani all'"uomo intero", che anche la psicopatologia ha il dovere di cogliere e di salvaguardare, rispettandone l'irriducibile complessità. Il malato mentale, dunque, assume prima di tutto le sembianze dell'individuo considerato in tale sua irriducibile ed inviolabile complessità: inteso in questo senso, l'uomo è assai più del semplice paziente.

Le motivazioni genetiche e i successivi sviluppi dell'*Allgemeine Psychopathologie* risulteranno in tal modo contestualizzati nell'ambito della più proficua interazione tra psichiatria e filosofia e, dunque, tra scienze della natura e scienze dello spirito.

*****

A conclusione di questo lavoro desidero ringraziare il mio tutor, Prof. Santo Burgio, e il mio *Doktorvater*, Prof. Dr. Matthias Kaufmann, per avermi sapientemente guidato, con pazienza e dedizione, nell'intenso percorso di ricerca che si conclude con questo scritto. Un ringraziamento particolare va anche al Prof. Dr. Uwe Wolfradt, che fin da principio ha seguito la ricerca senza farmi mancare preziosi consigli soprattutto per quel che riguarda la prospettiva psicologica e psicopatologica del lavoro.

Ci tengo, in modo particolare, a ribadire qui la mia gratitudine nei confronti dell'Università degli Studi di Catania, e in particolare del Dipartimento di Scienze Umanistiche e del Dottorato di ricerca in Scienze dell'interpretazione, per le importanti occasioni di formazione, di confronto e di sostegno che mi hanno offerto in questi anni, così come ringrazio i tanti docenti e studiosi dell'Università degli Studi "Federico II" di Napoli che anche in questa occasione hanno rappresentato per me e per i miei studi un significativo punto di riferimento.
Sono grata, inoltre, alle prestigiose Istituzioni tedesche che in questi anni mi hanno generosamente accolta, rendendo possibile la mia ricerca: innanzi tutto l'Università di Halle-Wittenberg, con la quale si è proficuamente realizzato il progetto di co-tutela, ma anche la Karl-Jaspers-Haus di Oldenburg, dove ho avuto il privilegio di studiare presso la Biblioteca di Karl Jaspers, sempre supportata e indirizzata dai preziosi consigli del Direttore, Prof. Dr. Matthias Bormuth, e di diversi membri autorevoli della Karl-Jaspers-Gesellschaft, e infine la Bayerische Staatsbibliothek di Monaco di Baviera, prima di tutto nella persona del Direttore Dr. Klaus Kempf, dove ho potuto svolgere importanti periodi di studio.
Sono sinceramente riconoscente anche alla Società Italiana Karl Jaspers e agli studiosi che la animano, per me in questi anni fonte di preziosi insegnamenti e consigli.
Da tutti i docenti e gli studiosi sopra ricordati, e dai tanti altri che qui non posso nominare ma con i quali ho avuto modo di confrontarmi proficuamente lungo questo percorso, ho appreso, prima ancora che specifici aspetti e contenuti scientifici, il senso stesso della ricerca.

Capitolo primo

Le origini dell'interesse per il disagio mentale

La vita psichica dischiude un ambito di ricerca complesso e per molti aspetti ancora enigmatico: questo lavoro intende dapprima occuparsi, in apertura, del concetto di "*Geisteskrankheit*", evidenziandone da una parte gli aspetti più significativi e peculiari e dall'altra quelli più problematici. Lo scopo è sottolineare la singolarità del disturbo mentale, da cui deriva la necessità di una specifica metodologia di indagine in grado di tenere insieme la "spiegazione" medico-scientifica e la "comprensione" storico-sociale. In questo primo capitolo, pertanto, da un lato si vuole ricostruire storicamente l'origine dell'interesse per la malattia mentale, soprattutto nelle prime comunità storiche, nella civiltà greco-romana e poi in epoca medievale; e dall'altro si intende evidenziare l'inclinazione fortemente antropologica della *Allgemeine Psychopathologie* di Karl Jaspers, che deve essere dunque contestualizzata sia nell'ambito del sapere scientifico-naturale che in quello della riflessione umanistica.

1.1 Le *Geisteskrankheiten*: la necessità di una ricostruzione storica

La prima edizione della *Allgemeine Psychopathologie*[1] di Karl Jaspers comprende, in appendice, un paragrafo dedicato alla ricostruzione storica delle origini della scienza psichiatrica: *Historisches*[2] è il titolo di questa parte, che sarà poi ampliata e approfondita nelle edizioni successive. Nella settima edizione italiana la si ritrova con il titolo *Cenni storici sulla psicopatologia come scienza*[3]. Tale denominazione aiuta a mettere in luce fin dall'inizio lo scopo di Jaspers, il quale intende ripercorrere i momenti più importanti della storia della psichiatria come scienza, con particolare riferimento alla psicopatologia. L'*incipit* con cui egli argomenta fin da subito la necessità di inserire in un trattato psicopatologico un'indagine di carattere storico è rimasto invariato in tutte le edizioni[4], a

[1] K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1913. Edizioni successive, con lo stesso titolo e presso il medesimo editore: 1920 (rielaborata) e 1923 (rielaborata e arricchita); poi, con il titolo di *Allgemeine Psychopathologie*, presso lo stesso editore: 1946 (rielaborata in modo sostanziale), 1948, 1953 e 1959 (nessuna variazione rispetto all'edizione del 1946); infine, *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin/Heidelberg/New York, Springer, 1973 (la traduzione italiana, condotta sulla settima edizione tedesca del 1959, a cura di R. Priori è: *Psicopatologia generale*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1965). L*'Einführung* all'edizione del 1913 è ora apparsa in traduzione italiana, a cura di S. Achella: *Introduzione*, in K. Jaspers, *Scritti psicopatologici*, a cura di S. Achella / A. Donise, Napoli, Guida, 2004, pp. 81-113; il cap. III dell'edizione del 1913, *Die Zusammenhänge des Seelenlebens: I. Die verständlichen Zusammenhänge*, è ora apparso in traduzione italiana, a cura di S. Achella: *Le connessioni comprensibili*, in K. Jaspers, *Scritti psicopatologici*, cit., pp. 115-126). In questa sede, se non diversamente specificato, farò riferimento all'edizione tedesca del 1913 e alla traduzione italiana del 1965 sopra citata. La versione italiana è la traduzione della settima edizione tedesca del 1959, per cui segnalerò eventuali variazioni sostanziali nel frattempo intervenute tra la prima edizione del 1913 e le successive. Nel corso del lavoro utilizzerò sempre, laddove possibile, le edizioni italiane delle opere ogni volta citate; in assenza di queste, però, produrrò sempre, per comodità del lettore, una mia traduzione italiana dei passi utilizzati.
È certamente utile, ai fini dell'argomentazione che qui interessa più da vicino, vedere anche i primi scritti psicopatologici di Jaspers, ora raccolti in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie,* Berlin, Springer, 1990 (ristampa dell'edizione del 1963) e oggi disponibili in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie,* hrsg. C. Marazia unter Mitwirkung von D. Fonfara, Basel, Schwabe Verlag, 2019 (d'ora in poi citerò tale testo con l'abbreviazione KJG I/3).

[2] Cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 326-333.

[3] Cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 894-909.

[4] Nella prima edizione della *Psicopatologia generale* del 1913, dopo l'*incipit* qui in parte riportato, la trattazione di Jaspers prosegue con il riferimento alla scuola francese, in particolare a Esquirol. Nelle edizioni successive, invece, Jaspers ha modificato questi passaggi, ampliando la trattazione anche con altre indicazioni e ulteriori riferimenti storici, approfondendo in modo più esplicito la differenza tra la "psichiatria manicomiale" e la

testimonianza dell'originario interesse per la natura umana già dello Jaspers psicopatologo, prima ancora che dell'antropologo.

La necessità di una chiarificazione storica, così come l'esigenza di comprendere le dinamiche attraverso cui la psichiatria si è costituita come scienza e, anche, di cogliere le influenze che lungo questo percorso sono state esercitate dal contesto sociale, rendono la *Psicopatologia generale* molto più che un semplice trattato di psichiatria. Essa, infatti, assume una fisionomia ben più ampia e profonda di un manuale di medicina, mostrando una decisiva apertura nei confronti dell'uomo inteso come totalità e muovendosi in una dimensione propria non soltanto delle scienze della natura ma anche delle scienze dello spirito. In questa prospettiva appare persino indispensabile, allora, assumere uno "sguardo retrospettivo" rispetto alla storia in grado di cogliere il "valore duraturo" dei contributi del passato e grazie al quale può meglio forgiarsi la coscienza scientifica e deontologica dello psicopatologo: «Non vogliamo parlare né della storia della cura dei malati di mente, né dei manicomi, né della storia delle personalità più eminenti in questo campo e neanche della pratica, ma della storia della psichiatria quale scienza, della formazione die concetti, e degli indirizzi di ricerca il cui obiettivo è stato la conoscenza della realtà psichica senza riguardo alle necessità pratiche. Nelle scienze naturali i lavori delle epoche passate generalmente hanno soltanto un interesse storico. Sono *sorpassati* né si può imparare più nulla da essi. Nelle scienze dello spirito i lavori più importanti, oltre che un valore storico, hanno anche un *valore duraturo* che non è superabile. […] Contrariamente allo studioso di medicina somatica, lo psicopatologo non può fare a meno di studiare i lavori più importanti dei tempi passati, e spesso farà ciò con la coscienza di imparare quanto non sta in nessuno dei libri più recenti, o per lo meno in nessuno di questi in un modo migliore, e si renderà conto che è molto meglio leggere un solo psichiatra più importante che non una vasta letteratura corrente. Vedere la storia sotto questo punto di vista e – fin dove ci è nota – riportare i lavori migliori dei vecchi psichiatri, è un compito della visione retrospettiva che abbiamo iniziato e che però è rimasta incompleta»[5].

È in nome di questo "dauernden Wert, der nicht zu überholen ist", cioè dell'insuperato valore duraturo dei contributi del passato che, in linea con lo stesso Jaspers, mi sembra utile ripercorrere i processi più significativi attraverso i quali la psichiatria, con non poca fatica, ha via via assunto le sembianze di una scienza moderna. In particolar modo, rimanendo nell'ottica jaspersiana dell'individuo inteso nella complessità delle sue funzioni e delle sue interazioni con la società e con l'ambiente circostante, intendo soffermarmi, in modo particolare, sulle dinamiche storico-antropologiche che hanno reso possibile e in qualche modo strutturato lo studio della malattia mentale.

La patologia mentale risente in modo particolare della prospettiva sociale e, come si vedrà guardando alla sua progressiva conoscenza e chiarificazione, segue un percorso scientifico differente rispetto a quello della medicina generale. Tale diversità si manifesta sia relativamente agli aspetti contenutistici che in riferimento a quelli più strettamente metodologici, dal momento che risultano assai specifici tanto il suo oggetto di studio quanto il conseguente approccio al medesimo. La malattia mentale non si può considerare alla stregua di quella, per così dire, organica, perché, nonostante gli innumerevoli progressi scientifici, la psiche presenta ancora oggi molti lati oscuri che comportano inevitabilmente esigenze terapeutiche diverse. Probabilmente è stata proprio quest'aura di tenebre che ha da sempre avvolto la mente umana uno dei motivi per cui il disturbo psichico è stato considerato per secoli un tabù e soltanto a fatica è riuscito a conquistare, anche nell'immaginario collettivo, spazio e dignità scientifica.

"psichiatria universitaria", differenza sulla quale tornerò più avanti. Per ulteriori dettagli sulla struttura finale scelta da Jaspers per questa parte dell'opera cfr. Id., *Psicopatologia generale*, cit., pp. 894-909.

[5] *Ibidem*, p. 894. Tale concezione, fondamentale per cogliere la prospettiva storico-scientifica di Jaspers, si trova già nella prima edizione dell'opera e, a tal proposito, si veda K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 326-327.

La malattia mentale ha sempre rappresentato un problema non meramente medico, ma anche storico e sociale, se non altro perché direttamente collegata all'aspetto più complesso e totalizzante dell'individuo, la cosiddetta personalità. E per indagare la personalità non è certamente sufficiente la medicina, seppur coadiuvata dalla fisiologia e dalla biologia, così come non bastano, d'altro lato, la psicologia e la filosofia. Forse inizialmente è stato più facile pensare che la follia fosse una sorta di mistero inesplicabile, l'opera di forze soprannaturali non certamente raggiungibili con gli strumenti della ragione umana. È proprio nell'ambito di queste concezioni che si radicano le prime differenze rispetto ai disturbi organici ed emerge con chiarezza l'influenza svolta dalle credenze culturali, come per esempio dimostra il fatto che tali istanze soprannaturali ritenute artefici dei disturbi mentali siano via via mutate nel corso dei secoli, ogni volta forgiate e modellate dagli influssi del momento. Pian piano, anche grazie ai progressi scientifici, la malattia mentale si è venuta liberando da queste forme mitologiche, incorrendo però nel rischio opposto, che è poi proprio ciò contro cui Jaspers intende combattere, vale a dire una visione riduzionistica che in nome della scienza esatta di fatto svilisce la complessità della mente e le sue dinamiche interne, privandola delle sue più specifiche peculiarità. Risulta allora necessario tenere sempre presente il "pluralismo metodologico" sostenuto da Jaspers, perché il disturbo mentale diventi un'occasione ulteriore per studiare l'individuo non solo nella sua costitutiva singolarità ma anche nella totalità delle sue interazioni sociali, nelle dinamiche *in fieri* attraverso cui si snoda l'irrisolta dialettica tra salute e malattia.

Più di recente anche la malattia mentale è stata considerata, almeno in parte, come una sorta di disturbo organico, nel senso che ha cominciato ad essere studiata tenendo conto dei due riferimenti essenziali costituiti dalla sintomatologia e dalla nosografia. La sintomatologia permette di cogliere la correlazione, più o meno frequente, tra un tipo di disturbo e una data manifestazione morbosa, mentre la nosografia delinea le forme di una specifica malattia, ricostruendone fasi ed evoluzione in modo da poter distinguere tra disturbi occasionali, malattie croniche e patologie acute. Questi processi hanno permesso di raggruppare e di distinguere i diversi disturbi[6], al di là delle denominazioni più specifiche (che, come vedremo, sono costantemente soggette a mutamenti in ragione dei continui progressi scientifici), in modo via via più rigoroso: in questo procedere la più grande conquista è stata forse quella dell'acquisita consapevolezza della malattia mentale come aspetto per certi versi originario e persino costitutivo della vita umana.

A differenza delle patologie organiche, da sempre considerate strettamente legate al soggetto ogni volta colpito, le malattie mentali sono state a lungo interpretate, invece, come entità in qualche modo scisse dall'individuo, come dimostrano le credenze che per secoli le hanno di fatto attribuite a forze esterne. Ciò ha determinato da una parte un atteggiamento diverso, cioè più di rifiuto e di ostilità, individuale e sociale, che di comprensione, dall'altra un approccio terapeutico differente e nella maggior parte dei casi inadeguato proprio perché incapace di cogliere le complesse dinamiche tra soggetto e oggetto attraverso cui si sviluppano anche i disturbi psichici. Come sottolinea Foucault[7], la classificazione delle malattie mentali[8] si è per molto tempo basata su due postulati relativi alla "natura della malattia": secondo il primo, essa è «un'essenza, un'entità specifica reperibile, attraverso i sintomi che la manifestano, ma anteriore e in certa misura indipendente rispetto a questi ultimi»[9], mentre il secondo privilegia un approccio «naturalistico che elegge la malattia a

[6] Per un quadro più dettagliato e attuale delle diverse tipologie di disturbi psichici cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, München, Beck, 2006, pp. 327-418.

[7] Cfr. M. Foucault, *Maladie mentale et psychologie*, Paris, Presses Universitaires des France, 1954. In questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di F. Polidori, *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1997.

[8] Per quanto riguarda la classificazione delle malattie mentali, Foucault ricorda le più note, ripercorrendone l'evoluzione storica nei passaggi più significativi (cfr. *ibidem*, pp. 4-7).

[9] *Ibidem*, p. 6.

specie botanica […]»[10], nel senso che ogni tipologia di disturbo, al di là della varietà dei sintomi, rappresenta un "gruppo", una "specie" con caratteristiche proprie, dal momento che «dietro al polimorfismo dei sintomi, la presunta unità del gruppo nosografico corrisponderebbe all'unità di una specie definita sulla base dei propri caratteri permanenti e diversificata secondo i suoi sottogruppi […]»[11]. Secondo questa interpretazione, la malattia è considerata una sorta di realtà autonoma che, al di là delle differenti spiegazioni eziologiche, ha la caratteristica di interporsi tra il regolare funzionamento dell'organismo e lo sviluppo di un vero e proprio processo morboso. Una prospettiva che non considera, però, le relazioni complessive dell'individuo, cioè quella unità "psicologica e organica" dell'uomo per cui la malattia deve essere inserita all'interno del processo totale che riguarda l'intero essere umano.

A partire da considerazioni di questo tipo è poi maturata l'idea della malattia mentale come deviazione rispetto a processi originari e ben più complicati che, alla luce dell'unità psicosomatica, non devono però smarrire la loro peculiarità. La malattia mentale diventa, quindi, espressione dell'alterazione della personalità, che ora si pone come "realtà e misura" della malattia. In questo modo si spiega anche l'origine della terminologia, per così dire, tecnica con cui i disturbi mentali sono stati classificati e suddivisi in due grandi categorie, le psicosi e le nevrosi, dove la psicosi implica una "perturbazione della personalità globale", mentre la nevrosi "la perturbazione solo di un settore della personalità"[12]. Il dibattito sulle psicosi e sulle nevrosi, come avrò modo di dire, è molto complicato e oggetto di aspre controversie scientifiche, anche perché, al di là delle forme morbose, la loro genesi e il loro sviluppo mostrano l'evidente legame che intercorre tra la malattia mentale, la società e l'ambiente, il che significa, tra l'altro, riconoscere la complessa problematicità di qualunque indagine sulla personalità.

L'attenzione per la personalità mostra la peculiarità dei disturbi psichici e il motivo per cui la patologia mentale richieda, rispetto a quella organica, una differente metodologia. A tal proposito risulta interessante un'analisi nella quale Foucault, sottolineando l'esigenza di una differenziazione tra lo studio dell'organico e quello del mentale[13], al fine di evitare semplicistiche riduzioni e riconduzioni alla dimensione del 'mito', si sofferma su alcuni aspetti che, applicati all'organico e al mentale, ne mostrano le differenze. Il primo riguarda la possibilità di "astrazione" del disturbo, cioè la capacità di isolarlo dalle dinamiche complessive dell'organismo senza però perdere il contatto con la totalità dello stesso: tale modo di procedere è possibile, grazie all'ausilio della fisiologia e dell'anatomia, nell'ambito della patologia organica e risulta utile per stabilire i nessi causali tra i fenomeni. Nel caso dei disturbi psichici, però, non soltanto è diverso l'apporto fornito dalle scienze cosiddette coadiuvanti, dal momento che il contributo arrecato dalla psicologia all'indagine mentale è differente rispetto a quello che la fisiologia rende alla medicina organica, ma, inoltre, riprendendo ciò che nel linguaggio fenomenologico viene definito come "unità significativa delle condotte", ciascun elemento appare come un riflesso della totalità e dunque "l'astrazione" di un singolo segmento non è sempre possibile[14]. Un ulteriore aspetto capace di mostrare l'esigenza di utilizzare metodologie diverse è costituito dal rapporto tra ciò che è normale e ciò che è patologico, perché, come sottolinea Foucault, nel caso del disturbo organico «la malattia è inscritta all'interno delle virtualità fisiologiche normali, così come la possibilità della guarigione è inscritta all'interno dei processi della malattia. In psichiatria, per contro, la nozione di personalità rende particolarmente difficile la distinzione tra il normale e il patologico»[15]. Infine, un'altra differenza emerge quando si

[10] *Ibidem*, p. 7.
[11] *Ibidem*, p. 7.
[12] Cfr. *ibidem*, pp. 8-9.
[13] Cfr. *ibidem*, pp. 3-15. In questo capitolo, intitolato *Medicina mentale e medicina organica*, Foucault sottolinea l'esigenza di differenziare i due ambiti, analizzandone alcuni aspetti storici e, per così dire, tecnici.
[14] Cfr. *ibidem*, pp. 11-12.
[15] *Ibidem*, pp. 12-13.

considera la relazione tra il malato e l'ambiente circostante, dal momento che nel caso della patologia organica è possibile focalizzarsi soltanto sull'individualità del soggetto malato, mentre in quello del disturbo mentale il 'morbo' spesso si comprende proprio alla luce delle interazioni con l'ambiente[16].

Tali questioni, tuttora molto dibattute, dischiudono problematiche ancora più ampie che non riguardano più soltanto la cura del disturbo psichico specifico ma l'intera relazione tra l'uomo e il suo vissuto, cioè la "storia individuale"[17]. Tali tematiche sono continuamente discusse anche da Jaspers, il quale, come dirò, a partire dalla quarta edizione della *Psicopatologia generale* inserisce un capitolo dedicato all'"essere umano come un tutto"[18] nel quale approfondisce tali problematiche alla luce dell'unità inscindibile dell'essere umano, soffermandosi, in modo particolare, sulla continuità tra la salute e la malattia e sull'uso talvolta improprio dei concetti di normale e anormale.

La riflessione di Jaspers mostra un'inclinazione antropologica assai intensa, poi ulteriormente accentuata, nel corso della sua speculazione, dall'influsso che il pensiero filosofico andò sempre più esercitando sulla sua professione di psicopatologo. Tale propensione è manifestata in modo esplicito, tra l'altro, dalla scelta di inserire, fin dalla prima edizione della *Psicopatologia generale*, un capitolo dedicato alla "vita psichica anormale nella società e nella storia"[19]. Infatti, come si legge nell'*Allgemeine Psychopathologie*, «la medicina somatica ha a che fare soltanto con l'uomo come essere *naturale*. Esamina ed esplora il suo corpo in modo non diverso da quello di un animale. La psicopatologia si vede posta costantemente dinanzi al fatto che l'essere umano è anche un'essenza *culturale*. Se l'uomo riceve la propria disposizione fisica e spirituale in via *ereditaria*, acquista d'altro canto la sua effettiva vita psichica solo con la *tradizione*, che gli è trasmessa dall'ambiente e dalla società»[20]. È proprio tale "*Kulturwesen*", cioè l'"essenza culturale" con cui l'individuo si realizza non solo come entità naturale ma anche come personalità psichica, a rendere le *Geisteskrankheiten* legate in modo imprescindibile alla "tradizione" trasmessa dall'ambiente nel quale il soggetto si trova ad essere e ad interagire. Nelle edizioni successive Jaspers, prima di ricollegarsi alla "psicologia sociale"[21] di Simmel, aggiunge proprio una riflessione sulla "comunità" intesa come "luogo" in cui l'individuo viene a forgiarsi: «La tradizione, come l'intera vita dell'uomo, si compie in comunità. Il singolo ha la sua realizzazione, il suo sostegno ed il suo compito nella comunità nella quale vive. Le sue tensioni con la comunità sono una delle origini comprensibili dei suoi disturbi psichici. In ogni momento, per l'uomo la sua comunità è

[16] Cfr. *ibidem*, pp. 13-15.

[17] Per quanto riguarda le relazioni tra malattia ed evoluzione, tra malattia e storia individuale e tra malattia ed esistenza si vedano anche le analisi di Foucault in merito (*ibidem*, pp. 19-65).

[18] Cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 795-872. Si veda anche la quarta edizione tedesca: *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1946, pp. 624-686.

[19] Cfr. il capitolo *Die soziologischen Beziehungen des abnormen Seelenlebens*, in K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 294-314. Per quanto riguarda la traduzione italiana, seppur con qualche modifica dovuta alle variazioni apportate dallo stesso Jaspers nelle diverse edizioni dell'opera, cfr. *La vita psichica anormale nella società e nella storia (aspetti sociali e storia delle psicosi e delle psicopatie)*, in K. Jaspers, *Psicopatologia generale,* cit., pp. 758-794.

[20] *Ibidem*, p. 758. Jaspers mantiene questa riflessione anche nelle edizioni successive. Per approfondire la sua analisi delle interferenze tra vita psichica e contesto sociale, della quale evidenzierò ulteriori aspetti nel corso del lavoro, cfr. *Die soziologischen Beziehungen des abnormen Seelenlebens*, in Id., *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 294-314. Per l'edizione italiana cfr. *La vita psichica anormale nella società e nella storia*, in Id., *Psicopatologia generale*, cit., pp. 758-794.

[21] Cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., p. 294, e la versione poi ampliata nelle edizioni successive, che in questa sede considero nell'edizione italiana di riferimento, vale a dire K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 759-760.

presente ed attiva. Se la comunità diventa cosciente, razionalizzata, organizzata e formata, si parla di società»[22].

Questo taglio antropologico, che considera scrupolosamente, nell'ambito dell'analisi scientifica, anche gli influssi della società e della cultura, è tutt'oggi oggetto di attenzione specifica e appartiene alla cosiddetta "antropologia medica"[23], che, con le dovute differenze (ma anche con molte analogie), richiama per vari aspetti l'approccio jaspersiano. Come affermano Schott e Töll, «l'antropologia medica è legata, in Germania, prima di tutto al nome dell'internista e neurologo Viktor von Weizsäcker. Egli esigeva, in modo programmatico, l'"introduzione del soggetto nella medicina". Rivolgeva l'attenzione, quindi, alla persona del malato, alla sua biografia, al rapporto medico-paziente, al "senso" della malattia e a un nuovo concetto di malattia che si volgeva contro la riduzione alla medicina scientifico-naturale»[24]. L'aspetto biografico[25], così come il rapporto medico-paziente e la ricerca di un senso della malattia in grado di riscriverne in modo decisivo alcuni aspetti concettuali, sono argomenti che si ritrovano ampiamente nelle argomentazioni di Jaspers, il quale, tra l'altro, ha anche avuto uno scambio di idee certo significativo, e talvolta critico, con il 'fondatore' della cosiddetta "psichiatria

[22] *Ibidem*, p. 759. Si veda anche la quarta edizione tedesca: K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, cit., p. 595.

[23] Per quanto riguarda la "antropologia medica" cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 508-511.

[24] *Ibidem*, p. 509. A proposito di Viktor von Weizsäcker gli autori specificano anche che «con la categoria del sofferente e con la dottrina delle cinque "categorie di sofferenza" (potere [Dürfen], dovere [Müssen], volere [Wollen], dovere [Sollen], potere [Können] egli voleva trascendere l'ambito dell'ontico – nella medicina scientifica l'unico riconosciuto: non vi è più la questione "che cosa qualcosa *è*", ma quella "che cosa uno *potrebbe*" […]. Così egli alla fine si batteva per una "patosofia" come fondamento di una antropologia medica […]» (*ibidem*, pp. 509-510). Inoltre, nel processo di costituzione di un'antropologica medica in grado di affrontare determinate tematiche è stato sicuramente significativo l'influsso esercitato da alcune importanti correnti filosofiche del ventesimo secolo, per esempio l'esistenzialismo e la fenomenologia, che dal punto di vista metodologico hanno contribuito anche in ambito psichiatrico ad evitare che si procedesse ad una radicale oggettivazione dell'uomo, sottolineandone, invece, il valore identitario e complessivo come soggettività. Per approfondire questi aspetti cfr. *ibidem*, pp. 510-511. Inoltre, vanno ricordati, a questo proposito, anche gli scritti psicopatologici di Jaspers, soprattutto quello sulla fenomenologia come metodo di indagine psicopatologica: K. Jaspers, *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1912, IX, pp. 391-408; ripubblicato in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 314-328; ora anche in KJG I/3, cit., pp. 367-382 (traduzione italiana, a cura di F. Leoni e I. Bove: *L'indirizzo fenomenologico in Psicopatologia*, in «Atque», 2000/2001, 22, pp. 97-124; ed anche, a cura di A. Donise: *L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia*, in K. Jaspers, *Scritti psicopatologici*, cit., pp. 27-50).
Tra i testi critici che rimangono utili, a questo proposito, si vedano almeno: K. Eming / T. Fuchs (hrsg.), *Karl Jaspers – Philosophie und Psychopathologie*, Heidelberg, Winter, 2008; T. Fuchs / S. Micali / B. Wandruszka (hrsg.), *Karl Jaspers – Phanomenologie und Psychopathologie*, Freiburg/München, Alber, 2008.
Per ciò che riguarda, più in generale, il rapporto tra psichiatria, psicopatologia e fenomenologia si vedano, per esempio, in traduzione italiana: J.H. Van den Berg, *Fenomenologia e psichiatria: introduzione alla moderna psicopatologia fenomenologia*, traduzione italiana a cura di E. Spagnol, Milano, Bompiani, 1961; E. Minkowski, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, traduzione italiana a cura di A.M. Farcito, Torino, Einaudi, 1971; M. Rossi Monti, *Psichiatria e Fenomenologia*, Torino, Loescher, 1978; U. Galimberti, *Il corpo. Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1983; C. Sini, *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*, Milano, Masson, 1984; B.M. D'Ippolito**,** *La cattedrale sommersa. Fenomenologia e psicopatologia in Ludwig Binswanger*, Milano, Franco Angeli, 2004; U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 2006; J.H. Van den Berg, *Il metodo fenomenologico in psichiatria e in psicoterapia*, Roma, traduzione italiana a cura di D. Petta, M. Rossi Monti e P. Colavero, Giovanni Fioriti Editore, 2016.

[25] Per quanto concerne il tema della biografia si vedano, di Jaspers, *Typische Verlaufsreihen*, in Id., *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 225-232, e *Il corso della vita (biografia)*, in Id., *Psicopatologia generale*, cit., pp. 719-757.

antropologica", cioè proprio Viktor von Weizsäcker, come testimonia, tra l'altro, il carteggio intercorso tra i due[26].

La ricerca psichiatrica che tiene conto sia degli orientamenti scientifici che di quelli socio-culturali, ponendosi come fine ultimo la salvaguardia del benessere del malato e della sua dignità, si profila come "psichiatria antropologica" e offre una prospettiva ermeneutica che esprime bene il pluralismo metodologico jaspersiano, secondo il quale la soggettività personale deve ricevere la stessa attenzione scientifica delle manifestazioni organiche oggettivamente osservabili. In tale interazione tra scienze della natura e scienze dello spirito si dischiude lo spazio per una "psichiatria antropologica" capace di riflettere su nodi ancora irrisolti dell'indagine intorno alle dinamiche psichiche. Tra questi, in linea con le argomentazioni psicopatologiche jaspersiane, intendo soffermarmi sul rapporto tra la "malattia oggettiva" e la "malattia soggettiva", per sottolineare la differenza percettiva che intercorre tra "l'avere una malattia" e "l'essere malati", così come sul ruolo del malato come oggetto di attenzione scientifica e in qualche modo prigioniero della società e delle istituzioni, sul ruolo del medico e sulla sua responsabilità nei confronti tanto del paziente che dell'intera società, e, infine, sulla funzione della società e, in particolar modo, sul processo di "stigmatizzazione" del disturbo mentale che essa ha messo in campo nel corso dei secoli, determinando precise scelte pragmatiche, procedure diagnostiche e prassi terapeutiche[27].

Procedendo lungo questa prospettiva potrà risultare più chiaro, inoltre, anche il senso della terminologia specifica, in virtù della quale le malattie mentali sono state definite "*Geisteskrankheiten*"[28], cioè "malattie dello spirito", dove per spirito si deve intendere proprio l'uomo nella totalità delle sue funzioni e relazioni: «Si possono assumere, nell'interpretazione delle "malattie dello spirito", due diversi modi di vedere: secondo il primo la malattia appare essenzialmente come una condizione difettiva che si misura, nel confronto con la normalità sana, in una "sintomatica negativa". Questo corrisponde alla posizione dell'Illuminismo. Secondo l'altro modo di vedere la malattia appare come chiave per la comprensione critica della "normalità", per il "lato oscuro" o nascosto di questa. Questo corrisponde alla posizione del Romanticismo. Entrambe queste opposte prospettive hanno come conseguenza diversi concetti di malattia. La questione della causa della malattia implica *anche* la questione della colpa. Chi o che cosa ha provocato la malattia dello spirito, che ne è "colpevole"? Nella storia della psichiatria vi sono molteplici risposte»[29]. Le *Geisteskrankheiten*[30] prendono forma, pertanto, in un ambito tanto

[26] Per la corrispondenza tra Karl Jaspers e Viktor von Weizsäcker cfr. *Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie – Medizin – Naturwissenschaften*, hrsg. M. Bormuth und D. v. Engelhardt, Göttingen, Wallstein Verlag, 2016, pp. 580-600.

[27] Cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 500-508.

[28] «Il concetto di "malattia dello spirito" si afferma soltanto a partire dalla metà del diciannovesimo secolo, nel contesto della medicina scientifico-naturale, dapprima nella terminologia psichiatrica poi anche nel linguaggio corrente. Dapprima esso ebbe significato legale e venne utilizzato nei testi del codice penale e del codice civile. Dal 1900 il concetto di "malattia dello spirito" (nel senso di pazzia) venne circoscritto da quello di "debolezza di spirito" (grosso modo scarsa intelligenza) e da quello di "incoscienza" (disturbi della coscienza). La riforma del diritto penale del 1975 procede da quattro categorie la cui formulazione non corrisponde né al linguaggio tecnico della psichiatria né al linguaggio corrente tedesco: "disturbo psichico patologico" (psicosi), "disturbo profondo della coscienza" (per esempio le azioni commesse in stato di eccitazione), "debolezza di mente" (impedimento spirituale), "altre gravi anormalità psichiche" (nevrosi etc.). Questi concetti giuridici, buoni in generale, contribuirono notevolmente alla stigmatizzazione» (*ibidem*, p. 498). Per ulteriori approfondimenti sull'evoluzione del concetto di "*Geisteskrankheit*" cfr. *ibidem*, pp. 498-500.

[29] *Ibidem*, pp. 508-509.

[30] Per le diverse terminologie utilizzate per definire le malattie mentali cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *A History of Medical Psychology*, New York, W.W. Norton & Company, 1941. In questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di M. Edwards, *Storia della psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1963 (in particolare in merito al linguaggio usato per la connotazione del disturbo mentale, si veda *ibidem*, pp. 258-259). In Germania, soprattutto, sono state utilizzate terminologie differenti, per cui si parla, con riferimento alla malattia dell'anima, di "*Geisteskrankeiten*" (Griesinger) o anche di "*Seelenleben*" (Jaspers).

complesso da non potere soltanto essere spiegate: esse devono essere assai più ampiamente comprese, tanto dal punto di vista strettamente medico e scientifico quanto da quello, per così dire, storico-antropologico e sociale.

1.2 Il concetto di malattia mentale tra mito e leggenda: il mondo antico

«Fino alla fine del 18° secolo la psichiatria è quasi solo di interesse storico, o è stimolante sul piano filosofico. È una parte della storia della medicina. […] È strano che durante millenni di cultura intellettuale i malati mentali e tutte le malattie psichiche non siano stati né un problema specifico di conoscenza, né un compito intrapreso metodicamente. Ci si contentò di alcune misure protettive per i disturbi più gravi e di una terapia nel particolare, senza affrontare le questioni generali. Solo da due secoli la realtà delle malattie mentali è stata colta nella sua gravità»[31]. Le parole di Jaspers descrivono già in poche righe la controversa questione circa l'indagine sui disturbi mentali, che per millenni non sono stati considerati oggetto specifico della conoscenza scientifica ma sono stati per lo più affidati, spesso con una connotazione assai dispregiativa, alle riflessioni di carattere filosofico. Questa scarsa attenzione per la malattia mentale ha reso un ambito già complicato ancora più enigmatico e destinato, almeno in parte, a restare a lungo tale.
La complessità dell'analisi dei disturbi psichici doveva essere ben chiara anche allo psichiatra tedesco Johann Christian Reil[32] quando, nel 1808, coniò il termine "psichiatria". L'etimologia (*ψυχή*, anima, e *ἰατρεία*, cura medica), rimandando al significato di "cura dell'anima", ne preannuncia già la complessità. D'altronde, nella stessa idea di anima sono insiti significati molteplici e mai facilmente schematizzabili: se da un lato questo è indice di apertura e di poliedricità, dall'altro il rischio di dispersione e di scarsa chiarezza è, in un tale ambito, sempre concreto. Se già il concetto di anima costituisce un oggetto complicato e mai rigidamente confinabile all'interno di un'unica definizione, non di meno lo è quello, in qualche modo derivato, di "cura dell'anima". Sebbene essa abbia sostanzialmente origine come branca della medicina, tale indicazione, se intesa in modo rigido e settoriale, non permetterebbe di capirne l'essenza autentica e di contestualizzarla in modo adeguato; lo stesso Reil, del resto, poneva la psichiatria accanto alla medicina interna, probabilmente proprio con l'intenzione di evitare sterili riduzionismi. In tal senso credo che per comprendere in modo adeguato quella che oggi è diventata a tutti gli effetti una scienza sia necessario rintracciarne, soprattutto da una prospettiva storico-antropologica, origine e sviluppo, evidenziandone le complesse dinamiche nonché la dialettica continua con il contesto storico-sociale ogni volta di riferimento. La malattia mentale, infatti, deve essere considerata non soltanto dal punto di vista scientifico ma anche nella sua dimensione storico-sociale[33], dato che è strettamente legata alla società, attraverso la quale e nella quale

[31] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 894-895. Questo passaggio non è presente nella prima edizione tedesca del 1913.
[32] Johann Christian Reil (1759-1813) è stato uno psichiatra tedesco appartenente alla scuola di Halle (Saale), sulla quale mi soffermerò nel capitolo successivo, dedicato, per l'appunto, alla psichiatria tedesca dell'Ottocento.
Per questo si veda, anche, E.H. Ackerknecht, *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Enke, 1957. In questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di M. Conci, *Breve storia della psichiatria*, Massari, Bolsena (VT), 1999 (per Reil si veda p. 81). Per ulteriori notizie sulla figura e l'opera di Reil e sulla sua scuola cfr. W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, Leipzig, Teubner, 1979; A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, Köln, Ana Publishers, 2012; H. Ritter / E. Scherf, *Habe unbändig viel zu tun… Johann Christian Reil*, Halle (Saale), Hasenverlag, 2011.
[33] A tal proposito cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., dove vengono sottolineate le diverse modalità di definizione e di approccio alla malattia mentale anche rispetto agli altri saperi specialistici. Al di là delle divergenze, gli autori ricordano le parole di Emile Littrè (1801-1881), il lessicografo, filologo e filosofo francese allievo di August Comte che aveva sottolineato l'importanza, per la medicina, di considerarne

in qualche modo si determina e si sviluppa: soltanto se viene osservata e compresa entro il contesto nel quale si sviluppa, infatti, la malattia mentale può essere realmente intesa con una qualche chiarezza[34]. Come specifica Jaspers nella *Psicopatologia generale*, «le opinioni generali dell'epoca fanno da cornice ed anche i pregiudizi che spingono la conoscenza in una certa direzione e la limitano in altre. Per ogni scienza è caratteristica la sua sociologia, ossia come la realizzazione della ricerca sia condizionata dalla società e dai suoi scopi e per la psicopatologia questo è vero in misura altissima»[35]. In tale prospettiva, credo sia utile riflettere sulla concezione della malattia mentale e sulla sua metamorfosi nel corso dello sviluppo della civiltà: il mutare delle modalità con cui essa è stata via via percepita, nei diversi periodi storici e nei vari contesti sociali, permette di coglierne meglio, infatti, le peculiarità e di distinguerla dalle altre tipologie di malattia.

Fin dai primordi della civiltà la malattia organica è stata posta in relazione con una generica indisposizione della quale il soggetto interessato è più o meno consapevole. E proprio da tale consapevolezza è scaturito il desiderio di conoscerla meglio, desiderio sempre accompagnato da un comprensibile timore e quindi dalla necessità di rendere in qualche modo dominabile ciò che fino a un dato momento era apparso come assai insidioso e di fatto incontrollabile. La medicina si è sviluppata, dunque, come risposta ad una necessità: il medico non è stato soltanto l'uomo curioso e affascinato dall'indagine teorica sulla natura umana, ma anche la figura di riferimento alla quale ogni comunità ha avuto bisogno di affidarsi per placare le proprie ansie e per rassicurare se stessa, per quanto possibile, dinanzi all'inesorabilità di una finitezza che, in quanto tale, è parsa sfuggire sempre ad ogni forma di controllo. Tra aurea reverenza e, anche, diffuso timore, il rapporto medico-paziente è stato, fin dalle origini, prima di tutto una relazione profondamente umana. La disperata ricerca di una spiegazione di fronte alla sofferenza e il desiderio di guarigione hanno portato il paziente ad affidarsi totalmente al medico, spesso idealizzandone non soltanto le competenze tecniche ma anche le doti caratteriali e umane. Una connotazione, per così dire, etica che non investiva il medico soltanto nell'esercizio della professione ma che in qualche modo lo riguardava anche nella sfera privata e personale. Una figura, insomma, influenzata e plasmata dai principi della società di appartenenza, come dimostrano le testimonianze prodotte nell'ambito delle differenti civiltà, dove veniva spesso segnalato anche il buon operare del medico, dato che fin dalle epoche più antiche tutte le comunità hanno comunque cercato di fissare e di formalizzare le qualità irrinunciabili che il medico avrebbe dovuto possedere. Nella nostra tradizione, per esempio, ciò è testimoniato dal celebre "giuramento di Ippocrate", che ancora oggi riveste una certa autorevolezza etica, così come non molto diverse sono le testimonianze fornite da documenti similari propri della tradizione orientale[36].

La genesi della malattia mentale sembra avere, però, tutt'altro profilo, dal momento che per molti secoli è di fatto mancato il discrimine fondamentale costituito dalla

---

la storia, anche per sfuggire ad ogni prospettiva puramente meccanicistica, specificando che l'obiettivo dello storico deve essere proprio quello di rendere migliore la mente umana (cfr. *ibidem*, p. 16).

[34] Jaspers sottolinea l'importanza dell'analisi storico-sociologica già nella prima edizione della *Psicopatologia generale*, riflessione che poi amplia nelle successive, con riferimento anche ai tragici eventi delle guerre mondiali, testimonianza ulteriore dello sviluppo della vita psichica anormale a stretto contatto con le vicende interne della società (cfr. *L'importanza della situazione sociologica per la malattia*, in Id., *Psicopatologia generale*, cit., pp. 765-770). *Il senso della conoscenza sociologica storica* (*ibidem*, pp. 762-764) è proprio quello di mostrare, allora, come le dinamiche sociali e l'ambiente circostante influiscano e determinino l'insorgere della cosiddetta 'anormalità psichica'.

[35] *Ibidem*, p. 895. Anche questa considerazione viene aggiunta da Jaspers nelle edizioni successive della *Psicopatologia generale*, non essendo presente nella prima.

[36] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 17-18, dove gli autori sottolineano una certa analogia tra i principi che nella tradizione greca (in conformità al 'giuramento di Ippocrate') contraddistinguevano il buon medico e quelli poi ricordati, nel IX secolo, dal medico di Bagdad Rhazes. Quel che emerge è la dedizione assoluta che il medico doveva avere per la sua professione, mettendo da parte ogni altro interesse e vivendola come una vera e propria vocazione.

consapevolezza del disagio. La mancata consapevolezza di essere affetti da un qualche disturbo ha chiaramente determinato un diverso atteggiamento, da parte sia del medico che della società, nei confronti della malattia: il disturbo mentale per lungo tempo non è stato ricondotto, perciò, alla medicina, ma è rimasto legato a credenze animistiche e spirituali dalle quali la comunità spaventata in qualche modo rifuggiva, mentre il medico, con le sue competenze spesso esclusivamente organiche e pragmatiche, non veniva neppure interpellato o, quando ciò avveniva, di fatto ne determinava il rassegnato rimettersi alle credenze del tempo[37]. Solamente in epoche più tarde, anche grazie al progresso delle scienze, vi sono stati medici che si sono direttamente esposti in questa direzione e, contravvenendo alle prescrizioni dogmatiche del loro tempo[38], hanno iniziato a considerare come malattie anche i disturbi mentali, così da renderli finalmente oggetto di studio anche da parte della medicina.

Nelle comunità primitive è mancata, probabilmente, una reale percezione della malattia mentale, che poteva apparire bizzarra ed era collegata, piuttosto, all'intervento di forze soprannaturali e di spiriti maligni: proprio il richiamo a tali agenti mitico-religiosi costituisce una delle cifre più significative capace di mostrare, in queste comunità più arcaiche, l'origine sociale della malattia mentale. Non vi è alcun parametro assoluto in grado di delineare con chiarezza il confine tra sano e malato, tra normale e patologico: qualsiasi giudizio dipende dall'interpretazione fornita dalla società di riferimento. D'altronde, a ciò richiamano anche le osservazioni di Jaspers, secondo il quale «l'ambiente sociale nel quale vive l'uomo, è straordinariamente diverso, e sulla base di una disposizione presuntiva uguale, la vita psichica che si sviluppa deve variare a seconda dell'ambiente. Così anche le manifestazioni della predisposizione umana anormale ed il modo di manifestarsi delle psicosi cambiano secondo la società ed i gruppi culturali nei quali insorgono»[39].

In questo senso gli studi etnografici[40] sono risultati fondamentali, se non altro perché hanno permesso di sottolineare, attraverso indagini comparative condotte su diverse comunità primitive, la relatività dei sintomi e delle malattie[41]: un disturbo ritenuto gravissimo in una tribù era magari ignorato da altre, e questo perché diversi erano i culti e le tradizioni. Ciò che, al di là delle divergenze, sembrava essere ricorrente era, piuttosto, l'atteggiamento psicologico di fondo, vale a dire il senso di paura e di incertezza che avvolgeva l'uomo primitivo e lo portava a elaborare fantasie che, in quanto proiezioni delle sue angosce, rappresentavano un primo tentativo di spiegazione di ciò che sfuggiva al suo controllo, di ciò che era altro da sé. Questa fu, probabilmente, l'origine psicologica di diverse credenze e spiriti animistici attraverso cui gli uomini primitivi cercavano di

[37] Cfr. *ibidem*, p. 19. Qui vengono ricordati medici di rilievo vissuti in epoche successive, come per esempio Felix Platter (1536-1614), il quale, dopo essere stato a contatto, nelle prigioni, con diversi soggetti psicopatici, si arrestò dinnanzi a ciò che gli appariva incomprensibile, di fatto ascrivendo le malattie mentali ad una sorta di opera del demonio.

[38] Cfr. *ibidem*, pp. 19-20. Il riferimento è, per esempio, a Johann Weyer (1515-1588), uno dei primi medici di età rinascimentale che, avendo riconosciuto la malattia mentale come infermità naturale (piuttosto che come opera di stregoneria e di intrighi demoniaci), fu ampiamente deriso (insieme ai suoi testi) e privato di ogni considerazione, anche grazie alle pressioni in tal senso esercitate dai Domenicani.

[39] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 760. Jaspers sottolinea, in queste pagine, anche la differenza tra la medicina somatica e la psicopatologia, sostenendo l'importanza di un'"anamnesi sociale" per chi soffre di disturbi psichici, dal momento che l'indagine sull'ambiente di provenienza e sulle esperienze vissute costituisce un ausilio necessario per la cura delle patologie mentali.

[40] Per ulteriori riferimenti bibliografici in merito e anche a proposito delle ricerche etnografiche e degli studi sulle comunità primitive si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 27-39.

[41] «Presso i Dobuani le idee di persecuzione passano per esempio per normali, così come presso i Kwakiutl le idee di grandezza e presso Mohavi o Takala le allucinazioni. Gli stati di estasi passano per normali presso i Siberiani o gli Zulù. Come normale viene considerata l'omosessualità presso le numerose tribù che per gli omosessuali hanno creato una speciale classe di travestiti (Berdache)» (*ibidem*, pp. 29-30).

spiegare la realtà e, dunque, anche le malattie mentali[42]. In assenza di un metodo empirico e di accertate cause naturali in grado di spiegare l'origine delle indisposizioni, era la società a stabilire il confine tra normalità e anormalità e, in modo consequenziale, a determinare il tipo di comportamento di fronte a quest'ultima[43]. Ed era il grado di "acculturazione"[44] di una data società che rendeva più o meno possibile, in base alle sue credenze, affidare il malato alle cure di una determinata figura, fosse un mago, uno stregone, un sacerdote o chi per lui, e che determinava anche le reazioni della comunità al cospetto del disturbo mentale. Allo stesso modo è evidente che proprio il livello di "acculturazione" della società ha ogni volta influenzato la genesi, l'evoluzione e anche la cura di qualsiasi disturbo mentale: da ciò si deduce l'impossibilità di comprendere pienamente qualunque disagio psichico scardinandolo dal contesto di riferimento.

È impensabile, naturalmente, voler ricollocare le prime manifestazioni patologiche alla luce della nosologia attuale[45], dal momento che tale categorizzazione è l'esito di un processo evolutivo millenario. Purtroppo, le difficoltà insite nello studio dello psichico sono dovute anche alla mancanza di un processo biologico comune in grado di fungere in qualche misura da discrimine rispetto ad ogni tentativo di individuazione del disturbo mentale. Non vi sono criteri biologici, cioè, che spiegano la genesi di tutte le forme di nevrosi: anche attualmente per diagnosticare una malattia mentale si fa riferimento ai suoi sintomi e alla capacità/incapacità di integrazione sociale ad essa connessa. Persino oggi, dunque, nonostante i numerosi progressi computi, per così dire, l''assoluta scientificità' in ambito psichiatrico rimane quanto meno problematica e soggetta a continue oscillazioni. Senza dire, poi, che le testimonianze circa le credenze e le pratiche in vigore presso le primissime tribù e civiltà sono talmente esigue da non permettere di giungere a conclusioni definitive neppure ad un tale proposito. Tra le poche certezze vi è oramai, senza dubbio, la convinzione che la malattia sia specchio della società, come d'altronde sottolinea anche Jaspers, rimandando non solo alla genesi sociale della stessa ma anche al ruolo preminente esercitato dalla società nell'accompagnare o meno il dispiegarsi di questa o di quella patologia specifica. Da questo punto di vista, ogni secolo è stato teatro di un certo tipo di disturbo, piuttosto che di altri, così come, in ogni epoca storica diverso è stato l'impatto della malattia nelle diverse classi sociali[46]. Come Jaspers specifica nella *Psicopatologia generale*, «un'analisi delle condizioni sociali e storiche, sotto le quali vivono gli esseri umani, mostra la variabilità delle manifestazioni psichiche col mutare di queste condizioni.

---

[42] Per approfondire l'origine psicologica delle credenze animistiche delle prime comunità cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 22-23. È interessante il fatto che molti disturbi psichici erano probabilmente presenti già nelle prime epoche storiche (pare, ad esempio, che la tubercolosi risalga all'Età della Pietra), anche se erano assai differenti l'osservazione della malattia e la sua percezione. Allo stesso modo, alcune tecniche terapeutiche erano presenti, seppur in forme arcaiche, già in tempi antichissimi: questo è il caso, per esempio, dell'ipnosi, che pare fosse praticata dagli stregoni di alcune tribù siberiane; così come pare che il trattamento ipnotico fosse utilizzato anche nella Cocincina.

[43] Per quanto riguarda gli atteggiamenti sociali, nel corso dei secoli, nei confronti dei malati mentali cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria,* Napoli, Liguori, 1986, pp. 39-42.

[44] Il dato dell'"acculturazione" può assumere un'accezione sia positiva che negativa: se da un lato esso favorisce un approccio alla malattia, per così dire, più razionale, dall'altro, secondo alcune ricerche, è stato spesso proprio il processo di "acculturazione" (in molti casi imposto) ad avere provocato la genesi di alcune malattie mentali presso diverse tribù. Interessante è, a questo proposito, il riferimento di Ackercknecht alle ricerche di N. Skliar e K. Starikowa (*Zur vergleichenden Psychiatrie*, in «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten», 1929, 88, pp. 554-585), dalle quali emerge un aumento dei casi di malattia mentale in diversi gruppi etnici dopo che essi sono venuti a contatto con la cosiddetta civiltà. Da questo punto di vista pare che l'isteria e la paralisi progressiva fossero originariamente assenti, mentre la demenza precoce molto rara (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 35-36).

[45] Come sottolinea Ackerknecht, vi erano tra i primitivi patologie che non si ritrovano nell'attuale nosologia: «Tipico è ad esempio il caso dell'*amok,* la famosa forma di psicosi osservata originariamente tra i Malesi, ma successivamente anche presso gli indiani del Sudamerica, melanesiani, siberiani, indiani e masai» (*ibidem*, p. 36).

[46] Cfr. *ibidem*, pp. 31-32.

Una storia delle malattie è concepibile nel quadro della storia sociale e spirituale. Essa insegna che i quadri di malattie scientificamente identiche cambiano, che soprattutto le neurosi hanno il loro stile particolare secondo i tempi, che insorgono in determinate situazioni, mentre in altre quasi scompaiono. […] È naturale che il contenuto delle psicosi provenga dal patrimonio spirituale del gruppo umano al quale appartiene il malato. […] L'ambiente intellettuale, le opinioni e i valori dominanti hanno importanza in quanto colpiscono certe anormalità psichiche mentre impediscono lo sviluppo di altre. Alcuni tipi di personalità si "adattano" ad un'epoca e fra loro. […] Mentre nel medioevo i fenomeni isterici ebbero una importanza storica non indifferente, nel mondo moderno, passano sempre più nell'ombra. All'opposto, a quanto sappiamo, nel medioevo non hanno mai avuto importanza le schizofrenie, mentre sono venute in primo piano proprio nel secolo passato […]»[47].

Lo stesso Jaspers, pur riconoscendo l'elemento comune, cioè caratteristico e dunque in una certa misura identificativo di un determinato disturbo, sottolinea come l'anormalità psichica dipenda anche dalla società di riferimento. Le prime comunità sono un chiaro esempio di tale relatività sia per quanto riguarda la tipologia dei sintomi che per l'approccio al disagio e suggeriscono con una certa forza come origine e sviluppo della malattia abbiano avuto corso, fin dalle epoche più antiche, in una sorta di dialettica sempre viva e mai risolta con le società di riferimento. Tale consapevolezza aiuta ad ipotizzare ricostruzioni quanto meno plausibili, soprattutto riguardo le epoche più lontane, sulle quali sembrano ancora esserci più ombre che luci. Infatti, da una parte per via delle condizioni pessime ed estremamente frammentarie nelle quali sono pervenute le testimonianze residue di queste prime comunità, dall'altra a causa dei brutali e repentini processi di estinzione che le hanno spesso accompagnate, di fatto impendendone ogni studio e memoria, le indagini fino ad ora compiute non sono riuscite a fornire informazioni certe e dettagliate in merito alla concezione e al trattamento della malattia mentale nelle epoche più remote. Addirittura quasi del tutto oscure sono le testimonianze di epoca preistorica, rispetto alla quale non si ha alcun dato certo riguardo la malattia mentale e le relative pratiche terapeutiche. Secondo gli studi degli etnologi, si possono supporre alcune analogie ed è probabile che ci sia una certa continuità tra le comunità dell'epoca preistorica e quelle primitive di poco successive, per cui si potrebbe ipotizzare che molte credenze e diversi trattamenti siano stati gli stessi o quantomeno assai simili; così come, grazie alle testimonianze iconografiche, si può ritenere che l'aurea magico-sacrale tipica delle prime tribù abbia riguardato anche l'epoca preistorica[48].

Le caratteristiche principali della medicina primitiva[49] si sono potute ricostruire grazie ad alcuni studi specifici, in parte ancora in corso, tra cui risaltano certamente i contributi

---

[47] K. Jaspers*, Psicopatologia generale*, pp. 781-783. Questo passaggio si trova, con il titolo *La psiche anormale nella società* (cfr. *ibidem*, pp. 758-794), nella quinta parte dell'edizione italiana qui presa in considerazione. Come ho ricordato poco sopra, già nella prima edizione del 1913 Jaspers inserisce tale parte, seppur in una versione parziale e con una diversa articolazione. A tal proposito cfr. *Die soziologischen Beziehungen des abnormen Seelenlebens*, in Id., *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 294-314.

[48] Per quanto riguarda le analogie tra i metodi curativi utilizzati in epoca preistorica e quelli delle successive comunità primitive sono interessanti alcuni particolari descritti da Ellenberger: «Sui metodi di cura in età preistorica non sappiamo quasi nulla. Numerosi teschi del periodo neolitico portano i segni di una trapanazione effettuata su persone vive e seguita da cicatrizzazione. Dal momento che operazioni analoghe sono state eseguite, fino ad epoca recente, dai *medicine men* come trattamento di certe malattie nervose, è abbastanza verosimile che il principio fosse lo stesso anche presso i nostri antenati prestorici» (H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 42). In merito alle produzioni iconografiche che testimoniano l'esistenza di quest'aurea magica anche in epoca preistorica, è interessante la presenza di una pittura, probabilmente risalente a quindicimila anni fa, nella cosiddetta Grotta dei Tre-Fratelli, in Francia, dove è rappresentato uno stregone, che probabilmente rappresenta il guaritore, con il capo adornato da corna di cervo (cfr. *ibidem*, p. 42).

[49] Per la medicina primitiva, con particolare riferimento a quella orientale, cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 22-29. Sono particolarmente interessanti, nell'ambito di tale analisi, i riferimenti alla

forniti da ricercatori come Buschan e Bartels, il cui lavoro è stato poi proseguito dalle generazioni successive. Non intendo soffermarmi, in questa sede, su questioni così analitiche e spesso ancora controverse, tuttavia ritengo significativa, per una maggiore chiarezza del quadro d'insieme, richiamare almeno l'interpretazione di Sudhoff[50], dai cui studi emerge una classificazione delle diverse forme di medicina ai tempi delle comunità primitive. Tale classificazione, resa sulla base della tipologia dei disturbi, delle spiegazioni eziologiche, delle risposte terapeutiche e delle figure responsabili delle cure, individua e riconosce la "medicina naturale", la "medicina speculativa", la "medicina magica" e la "medicina demonologica". La "medicina naturale" studiava le malattie insorte per cause esterne, cioè dovute, per esempio, a incidenti o ad avvelenamenti: era caratterizzata, quindi, da un atteggiamento, per così dire, razionale, che poi si ritrova anche nella "medicina speculativa", la cui indagine verteva, invece, sulle malattie che provocavano rapidamente e in modo traumatico la morte, per esempio i casi di emorragia o di asfissia, casi che talvolta portarono anche a credere che l'essenza vitale si trovasse nel sangue o nella respirazione. Queste due prime forme di medicina furono quelle più prossime ad individuare per ogni malattia cause fisiche e naturali, e dunque a suggerire un approccio terapeutico concreto. Tutt'altro, invece, il caso della "medicina magica", che nacque quando malattie improvvise e inspiegabili, causa di morti oscure e repentine, vennero ritenute opera di spiriti e di stregoni perversi. Simile era anche il caso della "medicina demonologica", che si occupava dei cosiddetti casi di "possessione isterica", vale a dire delle epidemie psicotiche di massa provocate da misteriosi spiriti invasori[51]. In questi due ultimi casi, più che al "guaritore profano", in un certo senso l'"antenato" del medico, ci si affidava ad una figura magico-religiosa, il cosiddetto "*medicine man*", in qualche modo progenitore del futuro sacerdote[52]. Il ruolo del *medicine man* è molto significativo, dal momento che si tratta di una figura

comunità ebraica di età biblica (cfr. *ibidem*, pp. 23-24), dal momento che sono presenti diverse testimonianze di stati clinici (per esempio nelle *Scritture*) che venivano affrontati con un atteggiamento animistico, per cui le patologie erano di fatto considerate come l'esito del potere esercitato da alcuni spiriti maligni creati da dio. Tale interpretazione spiega il tentativo terapeutico animistico e l'atteggiamento di disprezzo nei confronti dei malati, testimoniando, inoltre, come la differenza rispetto alle tribù più antiche non fosse così rilevante, nel senso che neanche queste prime civiltà avevano dato un contributo significativo allo studio delle malattie mentali. Diverso appare il caso, invece, della civiltà indù (cfr. *ibidem*, pp. 25-29), che sembrerebbe avere avuto un sistema medico molto elaborato e sostanzialmente fondato su credenze e rituali sacerdotali. Esso poteva concorrere con quello greco e pare si sia sviluppato indipendentemente da quest'ultimo (sebbene la sua origine leggendaria, che rimanda alle divinità del sole, richiami quella propria della tradizione greca, che si rifà al dio Asclepio, discendente di Apollo), anzi non è escluso che abbia influenzato la civiltà europea, considerata l'ipotesi, oramai abbastanza accreditata, che si sia diffuso, nei primi secoli del Cristianesimo, da Oriente a Occidente.

Le prime teorie psicologiche sono molto antiche, si ricollegano ai personaggi di Susruta, vissuto un centinaio di anni prima di Ippocrate, e di Charaka. I disturbi mentali (si legge qualcosa in merito nella quarta parte del *Yajurveda*, il *Buthavidya*) sono considerati opera del demonio o di passioni sconvolgenti, artefici anche di stati psichici sui quali si può intervenire soltanto chirurgicamente. In generale il pensiero indù, nel quale convergono filosofia e psicologia e dove la teoria della trasmigrazione delle anime assume autorevole centralità, presenta precise similitudini con quello greco: per esempio, è comune l'idea che l'anima risieda nella cavità del cuore, così come è chiaro che l'atto vitale principale indù, il *prana* (la respirazione), richiami lo pneuma di Ippocrate; inoltre, i temperamenti individuali sono qui spiegati attraverso la combinazione di tre qualità fondamentali ed a partire dalla distribuzione degli elementi primari, concezione che rimanda alla teoria umorale.

[50] Cfr. K. Sudhoff, *Essays in the History of Medicine*, New York, Medical Life Press, 1926.

[51] Per qualche approfondimento sulla medicina primitiva cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 42-43.

[52] Interessante risulta l'evoluzione della figura del "*medicine man*" e il ruolo sacrale che egli ha assunto nelle prime civiltà, dove, in veste di sacerdote, si occupava delle cosiddette "terapie psicologiche", sempre a stretto contatto con il medico (il "guaritore profano" delle comunità primitive), al quale spettavano, invece, le "terapie naturali". Testimonianze di "*medicine man*" si ritrovano nella civiltà egiziana, dove si ricorda Imhotep (vissuto intorno al 3000 a.C., proclamato "dio della medicina" nel 600 a.C. e ancora venerato fino al 500 d.C), così come in quella greca, dove uno dei più famosi fu Asclepio, i cui templi furono tra i più frequentati (proprio il momento dell'"incubazione", cioè della notte trascorsa nel santuario, offriva al malato possibilità della guarigione attraverso l'"epifania", cioè l'apparizione del dio, oppure attraverso il responso dell'oracolo o il sogno terapeutico portatore di guarigione). Per ulteriori approfondimenti in merito cfr. *ibidem*, pp. 44-45.

essenziale in seno alla comunità e che, proprio per questo, costituisce un'ulteriore testimonianza del carattere "sociale" della malattia e della cura. Come sottolinea Ellenberger, «la sua persona è l'agente principale della cura, a condizione che il malato, la comunità e lo stesso guaritore siano convinti dei suoi poteri terapeutici. I suoi metodi sono quindi di natura essenzialmente psicologica»[53]. Ciò si mostra perfettamente in linea, poi, con le modalità con cui veniva praticata la cura, che non era ancora una questione, per così dire, privata, ma una realtà pubblica e ben visibile, ampiamente vissuta, insomma, nella dimensione 'comunitaria'.

Ma, al di là di questi tentativi di individuare le prime teorie e applicazioni della medicina, sicuramente interessanti ma ancora troppo lontani da prospettive ermeneutiche in grado di fissare in modo più attendibile e obiettivo l'ambito della malattia e della cura, è convinzione comune, invece, localizzare le prime occasioni di spiegazione scientifica di tali realtà nell'età classica, in particolare fin dalla civiltà greca, la quale, nonostante l'evidente interferenza di credenze mistiche e magico-religiose, ha comunque cercato di classificare le malattie mentali ricercandone l'origine in cause naturali e provando ad esplicarne il decorso attraverso precise descrizioni cliniche. In tal senso, presso i Greci[54] viene riconosciuto uno dei primi tentativi di "fondazione di un'arte medica razionale"[55], sebbene la storiografia tenda ad essere piuttosto cauta nell'utilizzo di una certa terminologia[56]. Tuttavia, nonostante tale doverosa prudenza, è certo che vi sia una qualche importante differenza rispetto a quanto avvenuto presso altre civiltà, come per esempio l'egizia[57] o la mesopotamica, e questo perché in Grecia, a prescindere da qualsiasi convinzione di matrice spiritualistica, il malato venne per la prima volta considerato affetto da un disturbo di natura fisica. La fisicità del malessere rappresenta, quindi, il primo tentativo di fornire una spiegazione empirica che, evitando ogni ricorso a forze soprannaturali, può essere trattata e approfondita dall'uomo a partire dalle sue manifestazioni visibili. È doveroso, però, sottolineare come ai tempi dei Greci non esistesse il concetto di malattia psichica come lo si intende oggi, e pertanto non vi fosse una distinzione tra i sintomi relativi ai disturbi della psiche e quelli propri di altre malattie. Ciò non solo perché non vi era ancora l'idea di psiche in senso moderno e le malattie erano tutte ricondotte a cause somatiche, ma anche per una motivazione, per così dire, di carattere sociale: mancava, infatti, proprio la categoria del malato mentale, che non era contemplato all'interno dell'ordine sociale ed era dunque considerato in tutt'altro modo (una sorta di alienato in preda a forza spirituali o una vittima di agenti soprannaturali e così via), il che spiega, poi, anche perché non vi siano scritti specifici di quei tempi sulle malattie mentali, delle quali si tratta invece, come nel caso di Ippocrate, in opere di argomento medico più generale. In questa prospettiva si capisce come tali spiegazioni, per quanto cifre della nascita della medicina e, con le dovute accortezze, di una prima forma di psichiatria scientifica, siano figlie del loro tempo. Ogni presunta 'scientificità' è sempre connessa alla cultura della società di riferimento e, se considerata senza rimandi all'ambiente in cui si sviluppa, appare piuttosto sterile e certamente non circoscrivibile entro i parametri attraverso i quali viene oggi riconosciuta. La 'modernità' della concezione greca consiste, invece, più che nel riconoscimento della specificità della malattia psichica o nelle

[53] *Ibidem*, p. 43.

[54] Per quanto riguarda la medicina in epoca greca cfr. W. Jaeger, *Diokles von Karystos. Die griechische Medizin und die Schule des Aristoteles*, Berlin, De Gruyter, 1938. Per la storia della medicina, con riferimenti più generali, si veda anche C. Singer, *A Short History of Medicine*, Oxford, Clarendon Press, 1928.

[55] Cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 38-39.

[56] A tal proposito Ellenberger ricorda che secondo la visione di Bachelard la medicina greco-romana sarebbe da considerare come una sorta di "stadio prescientifico" (cfr. *ibidem*, p. 39).

[57] Tuttavia è bene ricordare che anche la nascita delle scuole di medicina, dove si pratica una sorta sintesi tra teoria e prassi, rappresenta un chiaro segno di progresso: il papiro di Ebers, databile attorno al 1500 a.C., testimonia che anche in Egitto (e non è escluso che fosse così anche nelle civiltà limitrofe) esse erano presenti (cfr. *ibidem*, p. 45).

esposizioni tecniche particolari (nonostante molte di queste si siano poi rivelate, in realtà, fonti preziose per le ricerche successive), nell'avere per la prima volta percepito la malattia mentale quale malessere fisico, dunque in qualche modo curabile: nell'ambito di tale impostazione 'somatica' si ritrovano anche i primi riferimenti al cervello, sebbene è evidente che le conoscenze del tempo non permettevano di delinearne chiaramente la funzione, di fatto non consentendo alcun riferimento né a disfunzioni specifiche né a quelle eventualmente derivate dall'interazione tra la mente e il corpo.

Ma la ricostruzione delle malattie in età classica è alquanto controversa, anche perché le fonti pervenute sono piuttosto esigue. Non si può stabilire con certezza se ciò sia imputabile ad una perdita dei relativi manoscritti, ad uno scarso interesse per tali argomenti o ad un'effettiva insorgenza successiva di gran parte dei disturbi psichici. Quasi tutte le testimonianze in tal senso risalgono, infatti, alla tarda antichità, ma questo non può lasciare affermare con certezza né che tali disturbi psichici non fossero presenti anche prima né che essi siano per lo più insorti proprio in questo periodo.

Ripercorrendo rapidamente il pensiero dei principali esponenti della medicina classica, sono da ricordare almeno le due figure che, rispettivamente in epoca greca e romana, ne hanno forse maggiormente segnato la storia, cioè Ippocrate (460-377 a.C. circa) e Galeno (130-201 d.C. circa)[58]. Essi, vissuti in periodi diversi, si sono contraddistinti come importanti caposcuola, peraltro affidando la spiegazione della malattia mentale alla celebre "teoria umorale" o "dei quattro umori"[59], secondo la quale essa sarebbe la conseguenza di un disturbo dell'equilibrio dei quattro umori corporali[60], cioè il sangue, la bile gialla, la bile nera e la flemma, corrispondenti ai quattro elementi tradizionali, ovvero l'aria, il fuoco, la terra e l'acqua. Ogni umore possiede due delle quattro qualità identificabili con il caldo, l'umido, il secco e il freddo, e il temperamento dell'individuo si plasma in base alla prevalenza di uno dei quattro umori, divenendo così sanguigno, collerico, malinconico o flemmatico. Il disagio, invece, insorge nel momento in cui l'equilibrio umorale subisce un'alterazione, cioè quando si verifica una "discrasia", per esempio il prevalere di un umore sugli altri. Nonostante di Ippocrate e di Galeno ci sia stata tramandata soltanto qualche osservazione, per lo più occasionale, sulle malattie mentali, si sa, per esempio, che secondo loro la malinconia era provocata da un'eccedenza di bile nera[61].

Ma la tradizione medica greca non si sviluppa subito come disciplina, per così dire, razionale, anzi il cosiddetto "contesto pre-ippocratico" è caratterizzato da un misticismo ancora sostanzialmente incapace di affrontare in modo efficace il problema della malattia mentale. Infatti, come d'altra parte molte altre comunità primitive, anche la Grecia arcaica aveva vissuto una fase "teurgica": in particolare, la fase "templare" rimandava al mito di Asclepio, primo medico laico, poi 'divinizzato' e diventato figura di riferimento con la quale si è poi per secoli identificata la comunità greca. D'altronde, l'idea di un dio artefice e guaritore della pazzia non si ritrova soltanto nei miti asclepiadi ma anche in poemi omerici come l'*Iliade*, teatro di eroi 'pazzi' poiché 'accecati', dunque privati della ragione[62]. Così, anche in Grecia si ebbe per un certo periodo il dominio della visione mistica

[58] Cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit, pp. 33-41.

[59] Per la medicina antica, con particolare riferimento alla teoria umorale, cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, Berlin/Heidelberg, Springer, 2016, pp. 1-2.

[60] Sebbene questa fosse la teoria più seguita in epoca greca, dal 300 a.C. si affermarono anche altre scuole di pensiero più vicine alla "teoria solidistica della malattia", secondo la quale questa sarebbe da ricondurre ad una modificazione delle componenti solide del corpo. Tra i fautori di tale linea di pensiero vi erano gli adepti della cosiddetta scuola dei metodisti, per i quali la malattia non era che la conseguenza di un'eccessiva tensione o di un allentamento dei tessuti (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 42-43).

[61] Sempre a proposito della malinconia, è bene ricordare come la descrizione di Galeno delle tre localizzazioni di tale malattia (cioè i cosiddetti "vapori": cervello, sangue e apparato digerente) abbia molto influenzato la tradizione medica successiva almeno fino al XVIII secolo (cfr. *ibidem*, p. 41).

[62] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 30-32.

e sacrale che di fatto rifiutava e allontanava i malati mentali, rispetto ai quali ci si mostrava impauriti, piuttosto che incuriositi e preoccupati.

Il distacco da quest'aurea di sacralità e di magia fu lento e tutt'altro che lineare. Soltanto intorno al sesto secolo a.C. maturarono le prime forme di interesse per l'osservazione clinica e per l'indagine sperimentale che resero possibile anche solo concepire l'idea di malattia mentale. Una concezione, questa, che si sviluppò parallelamente all'evoluzione del contesto sociale, perché anche in questo caso fu l'ambiente culturale e sociale a rendere possibili tali nuove prospettive. Le prime sperimentazioni nacquero dalla curiosità che andava pian piano maturando nei confronti dell'individuo e della sua natura: in questa prima fase è significativa la figura di Alcmeone di Crotone, il quale, focalizzando l'attenzione sull'uomo, segnò in qualche modo il distacco dalla medicina teurgica e si pose quale "precursore della psicologia fisiologica e scientifica". Egli pare sia stato il primo, tra l'altro, ad avere sezionato un cadavere e ad avere individuato il collegamento tra i sensi e il cervello. Una ricerca sperimentale mossa dal desiderio di svelare i misteri della ragione, della quale, insieme all'anima, si iniziava a ricercare la localizzazione fisica. Una localizzazione che Alcmeone individuò nel cervello ma che in realtà non approfondì ulteriormente, probabilmente perché i tempi non erano maturi ed era ancora troppo forte la convinzione che dei disturbi mentali dovessero occuparsi i saperi cosiddetti speculativi[63]. Del resto, anche durante i secoli successivi l'idea che la mente umana fosse oggetto d'attenzione quasi esclusivo della filosofia fu un preconcetto difficile da scardinare. Ciò si comprende, se si pensa al ruolo da protagonista giocato dalla filosofia, dato che furono proprio i primi filosofi a dare vita a forme di psicologia individuale, ponendo l'accento sulla necessità di uno studio specifico del soggetto inteso come individuo sostanzialmente unico. Questo si coglie, per esempio, nella riflessione eraclitea[64], dove la celebre espressione dell'uomo come "misura di tutte le cose" rimanda proprio a quella singolarità sulla quale occorreva indagare. Nell'ottica di tale attenzione per l'individualità si comprende, poi, l'attenzione di Empedocle per le emozioni, il pensiero e, in generale, la condotta umana. Così come si capisce la centralità assunta, nel pensiero greco, dall'idea dell'anima, nelle sue varie declinazioni, che vanno, per esempio, dal riferimento protagoreo ad una dimensione universale fino alle successive elaborazioni di Platone e di Aristotele[65]. Riflessioni, però, che per quanto significative erano ancora

[63] Cfr. *ibidem*, pp. 32-35.

[64] Cfr. *La concezione eraclitea dell'uomo*, in B.M. D'Ippolito**,** *La cattedrale sommersa. Fenomenologia e psicopatologia in Ludwig Binswanger*, cit., pp. 99-136.

[65] Per quanto riguarda, ad un tale proposito, il pensiero di Platone e di Aristotele e per l'influenza successiva che essi hanno esercitato si veda G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 43-52. Le ricerche mediche di Platone e Aristotele sono assai diverse da quelle sperimentali di Ippocrate ed hanno molto influenzato i secoli successivi. La psicologia di Platone ha un impianto mistico-idealistico che per certi versi ha indebolito i progressi compiuti da Ippocrate, dato che lì venivano riconsiderate, per esempio, la "pazzia sacra" e la "pazzia volgare", che Ippocrate aveva, invece, sostanzialmente disconosciuto. Infatti, la teoria platonica dell'anima la considera costituita da una parte razionale e da una irrazionale: proprio quest'ultima, distaccandosi dalla prima, può ammalarsi, provocando nell'uomo la follia. A dire di Platone esistono tre tipi di follia: la malinconia, la mania e la demenza, le cui cause possono essere spiegate attraverso la teoria degli umori. Tuttavia, Platone è anche convinto che vi siano alcune manifestazioni della follia (come per esempio talune forme di delirio) non spiegabili semplicemente in base alla teoria umorale e sostanzialmente attribuibili alla volontà degli dei. Come sottolinea Ellenberger, «Platone distingueva, la "follia divina" dalla follia naturale. La follia divina comprendeva quattro tipi: la follia profetica (mandata da Apollo), la follia religiosa (ispirata da Dioniso), la follia poetica (ispirata dalle Muse) e la follia erotica (ispirata da Afrodite e da Eros)» (H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 52). Probabilmente una delle migliori intuizioni da riconoscere a Platone è quella del ruolo attribuito al cervello, sede dell'anima razionale e quindi in qualche modo centrale. La psicologia di Aristotele, invece, pur non attribuendo centralità al cervello, ma al cuore, presenta alcuni tratti "evoluzionistici" ed è caratterizzata da osservazioni assai acute, molte delle quali saranno poi riprese dalle ricerche successive. Oltre alla teoria dell'anima, centrale nella sua filosofia, è significativa l'interpretazione aristotelica della malattia mentale, le cui cause sarebbero da ricercare nell'azione di due elementi, il caldo e il freddo, piuttosto che nella bile nera. Sebbene sia considerato da Aristotele una sorta di organo passivo, il cervello ha la funzione di condensare i

distanti da quelle per certi versi 'rivoluzionarie' di Ippocrate, il quale ben comprese il nesso tra malattia e medicina, di fatto inaugurando l'approccio clinico: per questo egli fu poi indicato come il "padre della medicina razionale", sebbene anche su di lui continuino a gravare non poche incertezze, dato che nei suoi scritti si riscontrano divergenze stilistiche e contenutistiche che alimentano i dubbi circa la loro effettiva attribuzione[66]. Quel che appare certamente evidente è, comunque, il ruolo sociale rivestito da Ippocrate non solo nell'ambito della sua comunità ma, più in generale, in seno all'intera civiltà greca e anche a quella occidentale successiva. Egli, infatti, sembra incarnare il prototipo del medico ideale, nel quale convergono capacità professionali e doti umane: probabilmente è proprio il codice etico ippocrateo ciò che ha aiutato a rendere ancora oggi la sua figura così rilevante[67]. È chiaro, poi, come anche nel caso di Ippocrate la società abbia influito sull'evoluzione delle ricerche. Non si deve tralasciare, infatti, il rimando al contesto culturale del quinto secolo avanti Cristo, considerato il tempo della fioritura delle scienze, delle arti e del sapere. In un ambiente così propizio, nell'Atene periclea animata dalla vivacità culturale di personalità di primo spessore, da Tucidide a Sofocle e a Euripide, non può stupire neppure tale crescita in ambito scientifico. È la curiosità di una comunità intellettualmente vivace, infatti, il terreno fecondo sul quale matura la ricerca di Ippocrate. È l'epoca della grande diffusione delle scuole greche[68], luoghi in cui, tra l'altro, veniva approfondita la ricerca medica, sebbene ancora secondo un impianto fondamentalmente filosofico-speculativo: lo stesso Ippocrate sembra essersi formato presso la scuola di Coo, particolarmente rinomata per avere studiato soprattutto il momento della prognosi. Il suo percorso, però, si è poi distaccato dalle credenze del tempo, ancora assai legate ad Asclepio e alla medicina sostanzialmente teurgica. Come sottolineano Zilboorg ed Henry, si nota spesso un tono acceso nelle descrizioni di Ippocrate, il quale, individuando per le malattie cause naturali piuttosto che divine, doveva avere incontrato spesso ostilità e doveva avere combattuto a lungo contro l'ignoranza popolare. A questo proposito è significativo l'*incipit* del suo *Morbo sacro,* scritto dedicato all'epilessia, nel quale, spiegando l'origine di quest'ultima, egli afferma: «Mi pare che non sia affatto più divina o più sacra di altre malattie; ha una causa naturale, da cui è originata, come le altre infermità. […] Coloro che per primi fecero dipendere questo malanno dagli dei, mi sembrano simili agli stregoni, ai

vapori che provengono dal cuore, i quali, dopo essere stati raffreddati dal cervello, rinfrescano il cuore, rendendolo più calmo e idoneo alle attività umane: questa fu la prima ipotesi (ripresa dopo la scoperta di Harvey sulla circolazione del sangue, nel 1628) secondo la quale gli stati nervosi sarebbero dovuti a vapori. Inoltre, pare che Menone, allievo di Aristotele, abbia scritto una *Storia della medicina* (cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 50), della quale si è conservato qualche frammento, con interessanti spunti in proposito.

[66] Le opere attribuite ad Ippocrate sono raccolte, come è noto, nel celebre *Corpus Hippocraticum*, che conta 130 scritti, a proposito dei quali si ipotizza che, nonostante le differenze stilistiche e contenutistiche, una settantina siano dello stesso Ippocrate, mentre è probabile che almeno una sessantina siano di un periodo successivo. Sono una decina le opere che vengono attribuite, con sostanziale unanimità, a Ippocrate: *Antica Medicina*, *Arie Acque Luoghi*, *Male Sacro*, *Prognostico*, *Regime delle malattie acute*, *Epidemie*, *Ferite nella testa*, *Articolazioni*, *Fratture*, *Il Giuramento* e parte degli *Aforismi*. Al di là del *Corpus Hippocraticum*, è bene ricordare che la conoscenza degli scritti di Ippocrate si deve anche all'opera di sistematizzazione fattane da Galeno nel II secolo d.C. (cfr., per questo, A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, Roma, Carocci, 1999, p. 27).

[67] I riferimenti ad Ippocrate e al suo valore di medico si ritrovano anche in K. Jaspers, *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1958), München, Piper, 1986. In questa sede farò riferimento alla traduzione italiana, a cura di M. Nobile, *Il medico nell'età della tecnica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991.

[68] Anche le scuole greche rivestono una certa importanza, se non altro perché testimoniano la presenza di una tradizione precedente rispetto a Ippocrate, per lo più considerato come il "padre della medicina". In realtà già nei secoli precedenti le scuole di medicina e filosofia erano molto diffuse ed è probabile vi fossero anche i primi trattati di medicina, che però non ci sono stati tramandati. Tra le scuole più importanti si ricordano senza dubbio quella di Cnido, distintasi per i tentativi di individuare la sede anatomica delle malattie, e quella di Cos, focalizzata soprattutto sulla prognosi e per certi versi anticipatrice della concezione dell'organismo quale totalità che interagisce con l'ambiente circostante. Per ulteriori dettagli cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 45-46.

purificatori, ai saltimbanchi e ai ciarlatani, che ostentano una grande religiosità e una conoscenza superiore. Persone di questo genere… si servono della divinità come di un pretesto e di uno schermo per la loro incapacità a fornire il minimo aiuto. […] Se aprite con un taglio la testa, troverete il cervello umido, pieno di sudore e maleodorante. In questo modo, potrete vedere che non è un dio a danneggiare il corpo; ma la malattia»[69].

Per quanto riguarda l'esercizio della professione, Ippocrate fu un "ricercatore" e un "osservatore clinico"[70] nel quale convergevano conoscenze fisiologiche, psicologiche e anatomiche. La sua originalità è da cogliere più nella capacità di osservazione che nei rimedi terapeutici proposti. Sfortunatamente il suo contributo a proposito dei disturbi mentali rimane piuttosto esiguo, nel senso che ve ne sono episodiche descrizioni all'interno di argomenti medici più generali, ma mancano trattati specifici[71]. Parlare di "psichiatria ippocratea" è, dunque, certamente improprio, sebbene sia opportuno non trascurare le sue conoscenze e la declinazione psicopatologica che molto spesso ha assunto la sua analisi, anche alla luce dell'indubbia capacità di individuare i sintomi psichici e di descriverli clinicamente[72]. Tra l'altro molte sue osservazioni sono considerate ancora oggi di qualche rilievo e parte della terminologia da lui usata per designare le malattie mentali, sebbene ora con ulteriori declinazioni semantiche, è ancora oggi valida.

Ippocrate, seguendo un'impostazione essenzialmente fisiologica, individua sostanzialmente tre forme principali di malattia mentale, vale a dire la frenite, la malinconia e la mania[73]: egli riconosce nella prima un disturbo mentale, a volte primario e altre volte derivato da ulteriori patologie, caratterizzato da turbamenti mentali molto forti che si manifestano con febbre e stati deliranti[74]. Nella malinconia, causata da un eccesso di bile nera, egli vede una condizione depressiva cronica che si sviluppa senza febbre né stati convulsivi e di agitazione[75]. Nella mania, infine, egli individua un turbamento mentale accompagnato da agitazione, senza, però, sintomi di febbre[76]. Molta attenzione è poi dedicata alla descrizione dei "temperamenti", che vanno da quelli flemmatici (testimonianza dell'importanza, oltra che dello "pneuma", anche della "flemma") a quelli

---

[69] G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 36-37.

[70] Cfr. *ibidem*, p. 37. Come sottolineano Zilboorg e Henry, Ippocrate «fornì la descrizione di un caso di cosiddetta "insania puerperale", nota attualmente come "psicosi post-partum"; diede una descrizione eccellente di ciò che sembra essere stata una psiconeurosi accompagnata da fobia; descrisse con grande esattezza clinica i deliri provocati dalla tubercolosi e dalle infezioni malariche; accennò ai disturbi della memoria in un caso di dissenteria, e a una confusione mentale acuta in seguito a una grave emorragia» (*ibidem*, p. 37).

[71] Interessante, tra gli aneddoti che testimoniano la vivacità culturale dell'epoca, è il presunto incontro con il filosofo Democrito, che Ippocrate dovette curare e con il quale vi fu anche un significativo scambio di opinioni di natura medica: pare che anche Democrito sostenesse che la causa della pazzia fosse da attribuire ad un eccesso di bile nera (cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p.37).

[72] Cfr. *I motivi psicopatologici nell'opera di Ippocrate. I sintomi psichici*, in A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 27-32.

[73] Interessante il riferimento etimologico sottolineato da Ellenberger: «Gli antichi avevano supposto che la sede dell'anima fosse il diaframma (*phrenes*), donde la parola *frenite* per designare il delirio febbrile acuto […]. La parola "melanconia" derivava dalla patologia umorale, "anoia" da concezioni psicologiche, "frenite" da pretesi dati anatomici, mentre la parola "mania" […] significava semplicemente "follia" o "furore". La parola "epilessia", termine essenzialmente clinico, esprimeva il sintomo principale delle crisi convulsive» (H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 48).

[74] Per approfondire l'etimologia del termine "frenite" e le sue descrizioni si vedano alcuni passaggi dei trattati di Ippocrate riportati da A. Civita in *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 32-33.

[75] Infatti, Civita riporta il famoso aforisma (VI, 23) di Ippocrate: «Se paura (*phobos*) o abbattimento (*dystimie*) durano a lungo, questa è malinconia» (*ibidem*, p. 35). D'altronde, come sottolinea lo stesso Civita, «la parola *melanconia* racchiude del resto in sé questo significato, perché in greco "bile" si dice *kholé* e nero *melaina*» (*ibidem*, p. 35). Tuttavia, come evidenzia ancora l'autore, i riferimenti alla malinconia sono piuttosto rari e la sua descrizione è spesso ambigua, nel senso che non si capisce se essa venga considerata un disturbo fisico o, invece, mentale. In ogni caso, più che come stato autonomo, essa emerge sempre come patologia che insorge secondariamente, spesso in seguito ad altri disturbi (cfr. *ibidem*, pp. 35-36).

[76] Per la figura di Ippocrate e il suo contributo, tra incertezza delle fonti e successivo processo di idealizzazione, cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 45-47.

collerici e ansiosi, provocati da un eccesso di bile gialla. Gli stati di eccitazione o di esaltazione sono invece dovuti, secondo lui, ad una maggiore presenza di calore e di umidità nel cervello. Ciò è in linea, d'altra parte, anche con l'intuizione ippocratea circa l'importanza del cervello, di cui però non si era ancora in grado di cogliere la centralità. Interessanti risultano anche le sue riflessioni sull'epilessia e sull'isteria, quest'ultima considerata, però, non come disturbo mentale ma come malattia dell'utero (come d'altronde sottolinea la stessa etimologia, dato che *hysteria* in greco significa utero). Si riteneva, in buona sostanza, che essa fosse dovuta al "soffocamento" o allo "spostamento" dell'utero, che nella tradizione greca rivestiva un'importanza indiscussa ed una considerazione tale da assumere quasi la connotazione di un vero e proprio "essere vivente"[77]. Ippocrate non affermò esplicitamente l'origine sessuale dell'isterismo ma è plausibile che la intuì, dato che suggerì come cura più appropriata, nel caso di donne nubili, il matrimonio[78].

La ricerca sperimentale avviata da Ippocrate visse poi un periodo di sostanziale stasi, mentre venivano privilegiati altri approcci, e questo sia perché prevalse l'impostazione di matrice aristotelica sia perché la Grecia attraversò un periodo di declino dovuto alla lacerante guerra del Peloponneso e, poi, alla conquista macedone. In realtà, però, proprio l'età alessandrina costituì un momento di rinnovata vivacità culturale che favorì anche un nuovo interesse per la medicina e per la ricerca sperimentale. Questa fase, che inizia per l'appunto con l'età alessandrina e si conclude nel quinto secolo, fu particolarmente proficua perché fu lì che venne a plasmarsi in modo sempre più chiaro il concetto di "malattia psichica" quale disturbo specifico e dunque non meramente assimilabile ad altre tipologie patologiche: proprio a partire da tale consapevolezza sarebbero maturati i criteri differenziali che ne avrebbero poi permesso lo studio mirato e le prime classificazioni nosologiche. Cominciava a delinearsi, in tal modo, anche una prima apertura in senso psicopatologico, ovvero la malattia psichica iniziava ad essere indagata come espressione dell'alterazione di determinate funzioni della mente (l'intelligenza, la memoria, la percezione etc.), prospettiva che in un certo senso poteva essere già stata intuita da Ippocrate ma che di fatto non era stata ancora sviluppata. Nello stesso tempo cominciava ad affermarsi anche il criterio di indagine anatomo-patologico, secondo il quale il disturbo psichico sarebbe dovuto ad una lesione dell'organo da cui dipende l'attività mentale: in questa prospettiva cominciava ad assumere sempre maggiore rilievo il cervello, che, superando lentamente la localizzazione cardiaca di matrice aristotelica, diventerà via via l'organo associato all'attività psichica[79].

Nel periodo alessandrino emersero grandi personalità che diedero un contributo significativo allo studio dell'anatomia del sistema nervoso. Tra questi vanno ricordati, almeno, Erofilo ed Erasistrato, che dedicarono le loro ricerche allo studio del cervello umano; pare si debba proprio ad Erasistrato l'ipotesi di un nesso tra "il numero delle circonvoluzioni cerebrali e l'intelligenza". Nonostante le opere di entrambi siano state perdute, dalle poche testimonianze pervenute risulta che la loro ricerca avesse ripreso la tendenza clinico-empirica già intuita da Ippocrate, liberandosi dalle teorie semplicemente speculative e arrecando così un contributo significativo allo sviluppo del sapere psichiatrico e, soprattutto, neurologico[80]. Inoltre, l'opera di Erofilo e di Erasistrato testimonia anche un'altra importante tendenza propria dell'età alessandrina, vale a dire la formazione di specifiche "scuole di medicina": entrambi appartenevano, per esempio, alla

[77] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 33-34.
[78] Per una descrizione più dettagliata della figura di Ippocrate e delle sue osservazioni cliniche si veda G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 35-43.
[79] Cfr. *La psicopatologia in età ellenistico-romana*, in A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 36-47.
[80] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 51-52. Si veda anche H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 50.

scuola solidista, che, insieme a quelle pneumatica, empirista e metodica, caratterizzò il panorama culturale del periodo e contribuì non poco al progresso scientifico.

La scuola pneumatica si ispirava, sostanzialmente, alla filosofia stoica, focalizzandosi sulla teoria dello pneuma: una figura di rilievo fu Archigene, delle cui opere (perdute) si può apprendere attraverso le testimonianze di Areteo.

La scuola degli empiristi fu rappresentata soprattutto da Eraclide di Taranto, del quale, però, non sono pervenute opere: tale orientamento si rifaceva alla filosofia scettica e privilegiava lo studio anatomico delle malattie. Proprio per questo metodo "empirico" si ebbero lì buoni medici in grado di distinguere le malattie secondo la loro sede anatomica, descrivendole "*a capite ad calcem*", cioè "dal cuoio capelluto fino ai talloni", e capaci di dedicare un capitolo alle malattie di carattere generale. In particolare, poi, i disturbi mentali erano considerati malattie della testa (insieme alle malattie del cranio e del cuoio capelluto) ed erano identificati come tali: sembra che tale classificazione fosse quella poi usata fino al diciassettesimo secolo.

Nella scuola dei metodici si distinse Asclepiade, medico vissuto nel primo secolo a.C. a Roma, il quale pare abbia avuto una grande curiosità per le malattie mentali e, soprattutto, per il loro ambito terapeutico: neanche i suoi scritti ci sono pervenuti, ma il suo pensiero è stato tramandato grazie all'opera di Celio Aureliano. È importante soffermarsi un momento su Asclepiade in quanto pare sia stato tra i primi ad ipotizzare una nuova spiegazione eziologica delle malattie mentali: sulla scia dell'insegnamento di Democrito e di Eraclito, egli riteneva il corpo umano costituito da un ingente numero di atomi in movimento e considerava la malattia come esito del cosiddetto "meato", vale a dire dell'errato (perché troppo piccolo o troppo grande) distanziamento tra gli atomi. Ciò diede origine alla teoria dello "*strictum et laxum*", cifra della tradizione metodista, approfondita da Temisone (123-43 a.C.), allievo di Asclepiade, e conosciuta grazie ad un altro esponente di questa corrente, Sorano di Efeso, vissuto nella prima metà del secondo secolo, il quale pare abbia ripreso le procedure terapeutiche di Asclepiade, come si apprende dalla testimonianza di Celio Aureliano[81]. La novità introdotta da Asclepiade e dalla scuola metodista costituì, quindi, per la spiegazione delle malattie una sorta di teoria alternativa a quella umorale: egli non solo fu il primo a distinguere tra malattie acute e croniche ma fu determinante anche, e forse soprattutto, per l'attenzione riservata alla componente psicologica e, di conseguenza, all'individuo nella sua complessità. Proprio tale attenzione psicologica gli permise di perfezionare la distinzione tra le malattie mentali vere e proprie e gli stati deliranti provocati dalla febbre: infatti, tale separazione divenne grazie a lui più netta, dal momento che il discrimine non fu più costituito soltanto dalla febbre ma anche dalla differente connotazione psicologica dei due stati. Le malattie mentali erano provocate, a suo dire, da disturbi emotivi che egli definiva "passioni delle sensazioni", anticipando così talune considerazioni psicopatologiche contemporanee[82]. Questo si riscontra, per esempio, nella sua decisa avversione rispetto all'uso del termine "pazzia", non ritenuto adeguato dal punto di vista clinico, ma anche e soprattutto nelle sue modalità terapeutiche, dove l'attenzione per il paziente come individuo e il tentativo di alleviarne il dolore usando metodi non invasivi sembrano anticipare alcune precise istanze jaspersiane (e non solo).

Nell'ambito di queste prime analisi a risultare fondamentale è, dunque, l'intuizione greca rispetto all'approccio alla malattia mentale, sebbene la maggior parte delle

[81] Cfr. *ibidem*, pp. 50-51. Celio Aureliano, originario della Numidia e vissuto tra il IV e il V secolo d.C., apparteneva alla scuola solidista, per cui non condivideva la teoria umorale ippocratea. La sua opera dal titolo *De morbis acutis et chronicis* ci è stata tramandata ed è così articolata: tre libri dedicati alle malattie acute e cinque a quelle croniche. Per ulteriori approfondimenti in merito, anche alla luce di un recente studio di D. Gourevitch (1983), si veda A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 39-42.

[82] Per Asclepiade "alienatio est passio in sensibus" (cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 53): ma la sua modernità non sta solo in questa considerazione ma anche, per esempio, nella distinzione tra illusioni e percezioni, aspetto che rimase poi sostanzialmente oscuro fino all'opera di Esquirol, degli inizi del XIX secolo (cfr. *ibidem*, pp. 52-54).

testimonianze risalga all'epoca romana, e questo perché i romani si distinsero più che per la fondazione di scuole per il contributo enciclopedico, poi fonte preziosa anche per la ricostruzione della tradizione medica precedente.

Seppure, anche in questo caso, diverse opere siano andate perdute, per esempio i trattati enciclopedici di Catone e di Varrone, tuttavia ci sono state tramandate opere piuttosto esaustive che permettono di ricostruire, per linee generali, la medicina romana. Un contributo in tal senso significativo è costituito certamente dall'opera di Aulo Cornelio Celso, intellettuale romano di grande rilievo vissuto agli albori dell'età imperiale, tra Augusto e Tiberio. Il suo trattato *De arte medica* (conosciuto anche come *De re medica* o *De medicina*), probabilmente il primo ad essere scritto in latino piuttosto che in greco, offre un'immagine significativa della medicina romana del tempo. Non si sa se e quanto Celso abbia direttamente contribuito al progresso della medicina del tempo, ma la sua ricostruzione storica della stessa è certamente rilevante, soprattutto per ciò che riguarda l'ambito delle malattie mentali. Nella sua trattazione si colgono il nuovo interesse e la crescente curiosità della società del tempo per tali argomentazioni, il che era forse dovuto anche ad un aumento significativo dei malati mentali, che dunque permettevano una maggiore osservazione teorica e clinica. Questi fattori favorirono, probabilmente, l'inizio di un processo di differenziazione attraverso il quale la malattia mentale assunse sempre più autonomia e specificità rispetto ad altri tipi di disturbo, come è dimostrato, per esempio, anche dalla terminologia adottata. Il disturbo mentale è adesso definito, infatti, come "*alienatio mentis*"[83] e viene approfondito in un capitolo specifico del *De arte medica*: qui Celso descrive le malattie mentali in linea con la sua distinzione tra malattie generali e locali, caratterizzandole come disturbi di tutto il corpo e lasciando così intravedere, sulla scia di Cicerone, una concezione della malattia mentale come disturbo dell'intera personalità, piuttosto che come semplice alterazione di una parte specifica del corpo umano (un altro elemento, questo, che fa in qualche modo pensare a Jaspers). Tuttavia, nonostante l'indubbia evoluzione rappresentata dal suo pensiero, le scelte terapeutiche da lui sostenute, spesso violente e restrittive, dimostrano che ancora i tempi non erano maturi per una vera e propria svolta, così come si evince, peraltro, anche dalla mentalità di Celso, ancora fortemente legata alla speculazione filosofica, che comunque continuava a rivestire un ruolo essenziale: egli riteneva che il filosofo sarebbe risultato certamente un guaritore superiore al medico, se si fosse attrezzato anche con qualche notazione tecnica specifica. Tale visione può servire a spiegare l'incertezza e la tutto sommato modesta originalità che ancora in qualche modo riguardavano la descrizione e la classificazione dei disturbi mentali da parte di Celso. Infatti, egli riprendeva le teorie di Asclepiade e di Ippocrate, adottava la suddivisione del primo tra malattie acute e croniche e scriveva su come trattare la malinconia e la mania, sebbene contestasse tale terminologia; rifacendosi a Ippocrate, poi, egli separava i deliri insorti in seguito a stati febbrili dalle malattie mentali vere e proprie, che denominava "insanie" e tra le quali annoverava manifestazioni della malinconia e altre patologie spesso caratterizzate da stati allucinatori[84].

Grande rilievo doveva assumere, poi, anche l'opera di Galeno, il quale, vissuto negli anni compresi tra il 130 ed il 201 circa, si distinse non soltanto per gli interessi eclettici e per la grande capacità di sistematizzazione[85], grazie alla quale è stata poi tramandata gran parte della tradizione medica di età classica, ma anche per le ricerche sperimentali e la forte inclinazione per la clinica e la fisiologia. Egli interpretò le "malattie dell'anima" come alterazioni dell'intelligenza o della sensibilità dovute ad una lesione del cervello o ad un'alterazione cerebrale prodotta "per simpatia", cioè in seguito alla lesione di un altro

[83] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., p. 37.
[84] Per quanto concerne il contributo di Celso cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 57-61.
[85] In merito a Galeno, al suo "eclettismo", al suo "positivismo scientifico" e alla sua forte inclinazione "teologica" si veda *ibidem*, pp. 74-76.

organo[86]. Il suo pensiero risente dell'influenza della filosofia aristotelica e di quella stoica, sebbene egli sia decisamente vicino anche al sapere ippocratico, dal quale riprende la teoria umorale e dei temperamenti o caratteri innati. L'origine delle malattie mentali è ricondotta anche da Galeno alla "discrasia" umorale di cui aveva parlato Ippocrate, cioè allo squilibrio provocato dal prevalere di un umore sugli altri. Inoltre, secondo l'elaborazione di Galeno, tali malattie possono essere provocate anche dall'alterazione e dalla mescolanza di più umori, come pure dall'incremento degli stessi in determinati organi, così come dai "vapori" che si elevano dallo stomaco o da altri organi e giungono fino al cervello. La novità introdotta da Galeno riguarda la relazione tra la parte organica malata e la manifestazione sintomatica: non è sempre la parte corporea in cui si manifesta il sintomo quella ad essere malata, perché esso può manifestarsi, "*per consensus*", anche in una diversa parte del corpo[87].

Il contributo di Galeno allo studio delle malattie mentali non è tuttavia, così innovativo: il suo interesse prevalentemente fisiologico emerge anche nello studio dei disturbi mentali, dei quali egli cerca sempre la correlazione con i dati fisiologici. Le malattie mentali sono da lui interpretate come «disturbi nelle funzioni degli spiriti animali, […] dovute all'affezione diretta del cervello o alla sua affezione per *consensus.* La demenza (*amentia*) e l'imbecillità (*stultitia, fatuitas*) derivano dalla rarefazione e diminuizione in grande quantità degli spiriti animali e dalla freddezza e umidità del cervello. La mania e la melinconia sono dovute a una malattia originale del cervello, mentre, come esempio di malattia mentale sviluppantesi per *consensus*, Galeno cita l'ubriachezza»[88]. A Galeno vengono attribuiti circa 400 trattati, di cui 80 sono quelli tramandati: tra questi, guardando alle malattie mentali, vi è lo scritto *Della malinconia*, dedicato proprio a tale patologia, che rimarrà anche nei secoli successivi un sicuro punto di riferimento per gli studi sulla malinconia[89]. Lì vengono descritte tre forme principali di tale patologia, vale a dire la "malinconia generale", dovuta ad un eccesso di atrabile in tutto il corpo, la "malinconia cerebrale", dovuta ad un eccesso di atrabile nel cervello, e la "malinconia ipocondriaca", provocata da vapori tossici che salgono dallo stomaco fino al cervello. Oltre a queste tre tipologie principali si distinguevano alcune forme minori di malinconia, tra cui la "costituzionale", la "consequenziale", ascrivibile ad una scorretta alimentazione, e quella dovuta a motivi cosiddetti "emozionali"[90]. Sono anche interessanti, inoltre, le considerazioni di Galeno sull'isteria, anche per lui intrinsecamente legata alla sfera della sessualità: la donna produce un seme simile allo sperma maschile e i sintomi

[86] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, pp. 37-39. Civita, riprendendo un passo del *De locis affectis* di Galeno, sottolinea l'origine somatica della malattia, che può essere dovuta ad un "danno primitivo" o essere prodotta "per simpatia", cioè in seguito alla lesione di un altro organo.

[87] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 76-79. In queste pagine viene esposta la teoria degli spiriti naturali e animali di Galeno, teoria che esercitò un'influenza secolare sul pensiero medico successivo. Importante è, inoltre, l'attenzione da lui riservata allo studio del sistema nervoso centrale e al cervello come fulcro della sensazione, del movimento, delle funzioni psichiche e dell'anima. Nonostante gli influssi platonici e aristotelici, Galeno prese le distanze da questi ultimi, non riconoscendo più il principio motore del cervello nello pneuma, ma individuandolo nel "temperamento", cioè nel "grado di secchezza del tessuto nervoso" (cfr. *ibidem*, pp. 74-80).

[88] *Ibidem*, p. 79. Qui si trova anche qualche ulteriore approfondimento circa la considerazione delle malattie mentali da parte di Galeno e la confusione che il suo eclettismo determinò nell'ambito della teoria umorale di matrice ippocratea.

[89] Questa tradizione di studi sulla malinconia raggiungerà il massimo sviluppo con l'opera di Robert Burton, del 1621, *Anatomia della melanconia* (cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 52).

[90] Per il pensiero di Galeno si veda *ibidem*, pp. 51-52. In merito alla sua riflessione sulla malinconia, e in particolare sulla sua sintomatologia, sul nesso tra la malinconia come "condizione psicopatologica" e la bile nera come "umore fisiologico", il cui eccesso sarebbe causa di "discrasia" e, nella personalità malinconica, di angoscia e di paura (perché, a causa del suo colore, essa "oscura la sede dell'intelligenza"), si veda A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 43-44.

isterici sarebbero provocati dalla ritenzione di tale seme, che invece nell'uomo sarebbe causa di sindromi più vicine alla malinconia[91].

Dopo l'importante contributo di Galeno non sono pervenute, su tali argomentazioni, testimonianze di particolare entità relative a studiosi successivi: pare abbia rivestito una certa rilevanza, nell'ambito delle malattie mentali e nervose, Posidonio, vissuto nella seconda metà del quarto secolo. Tuttavia, per la sostanziale mancanza di opere tramandate, non si può stabilire con certezza il panorama del periodo successivo né si può sapere se vi sia stato un effettivo declino nell'ambito della ricerca medica o se, più semplicemente, non siano state soltanto tramandate sufficienti testimonianze in merito.

Altre informazioni, in verità anch'esse piuttosto esigue, risalgono allo scritto *Malattie acute e croniche* di Areteo di Cappadocia, in cui vi è qualche capitolo dedicato alla natura della malinconia e della mania e al trattamento terapeutico della malinconia e della frenite. Appare qui significativa, per esempio, una prima distinzione tra la frenite, la mania e la malinconia, con particolare riguardo all'alterazione della percezione: se nella frenite essa appare disturbata, nella malinconia e nella mania è soltanto vittima di un'errata interpretazione. In realtà il contributo di Areteo sembra essere assai più significativo sia per quanto riguarda la descrizione e la differenziazione clinica che per ciò che concerne la prognosi e le intuizioni terapeutiche. Tuttavia la sua figura rimane ancora sostanzialmente avvolta nel mistero, probabilmente anche per la difficoltà di una più precisa contestualizzazione biografica: secondo alcune interpretazioni egli visse tra il 30 e il 90 d.C., secondo altre tra il primo e il quarto secolo, secondo altre ancora nel secondo secolo o, appunto, dopo Galeno[92]. Nonostante tale incertezza, le sue osservazioni risultano, però, molto chiare e comunque in qualche misura all'avanguardia. Ciò che colpisce è, prima di tutto, l'atteggiamento umanitario che egli sembra avere nei confronti dell'individuo malato, che considera nella sua complessità e unità tanto dal punto di vista scientifico che da quello più strettamente umano. Dalla prospettiva medica, infatti, egli ritiene l'uomo un "sistema biologico unitario", superando così la concezione puramente meccanicista secondo la quale l'organismo sarebbe il mero assembramento di più parti; e anche il suo approccio al malato risulta assai più partecipativo, votato ad una spiccata volontà di comprensione, attraverso la quale egli cerca di cogliere sentimenti, sensazioni e pensieri del paziente. Tale approccio anticipa proprio quello che sarà, tra gli altri, anche l'atteggiamento jaspersiano, laddove il medico doveva imparare a considerare il paziente sempre come un organismo vitale, e ciò sotto il profilo sia clinico che prettamente umano. Se da una parte Areteo è in qualche modo vicino (tenendo conto, naturalmente, dei contesti assolutamente diversi) all'atteggiamento psicopatologico di Jaspers, dall'altra egli è un pionere del metodo prognostico sostenuto da Kraepelin e secondo il quale per studiare una malattia mentale è imprescindibile analizzarne il decorso, fino all'esito finale. La considerazione della malattia mentale da parte di Areteo, come pure la sua capacità di differenziare i disturbi e di prevederne gli esiti finali, testimoniano non solo l'importanza da lui attribuita alla prognosi ma anche la specificità dell'atteggiamento clinico ogni volta adottato. Questa inclinazione clinica si trasferì, probabilmente, nella scelta di seguire direttamente i propri pazienti, accompagnandoli per tutto il decorso della malattia (anche questo un elemento tipicamente kraepeliniano), e gli permise di mettere in pratica significative diagnosi differenziali grazie alle quali fu poi in grado di distinguere ancora meglio i disturbi psichici, delineandone i diversi quadri clinici[93]. A differenza di molti predecessori, egli superò la teoria strettamente

[91] Cfr. *ibidem*, p. 45.

[92] A proposito delle difficoltà di una più precisa contestualizzazione biografica di Areteo di Cappadocia cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 62 (in generale, per il pensiero di Areteo cfr. *ibidem*, pp. 61-67).

[93] «Non solo Areteo fu capace di descrivere condizioni o stati psicologici individuali in maniera perfetta; ma, con un discernimento scientifico quasi moderno, mise a confronto i vari quadri clinici, e indicò il sistema per differenziarli uno dall'altro. In altre parole, ebbe la percezione del valore delle diagnosi differenziali: il compito più importante e difficile della medicina, e particolarmente della psichiatria. Dimostrò un'accuratezza speciale

umorale, limitandosi alla descrizione del disturbo, convinto che esso non fosse da associare ad una sola parte corporea, cioè a quella che risultava l'unica apparentemente colpita: più vicino a Galeno e alla sua teoria della malattia "*per consensus*", per Areteo possono ammalarsi anche le parti organiche non direttamente colpite. Inoltre, il disturbo per lui può localizzarsi sia nella testa che nell'addome. Per quanto riguarda le diagnosi, i suoi studi riuscirono a individuare un'importante differenza tra le malattie mentali che colpiscono i giovani e quelle, invece, proprie della senilità: cogliendo il rapporto tra gli stati della mania e quelli della malinconia, egli vide una maggiore inclinazione dei giovani alla mania e degli anziani alla malinconia[94], essendo così il primo a distinguere i disturbi mentali propriamente senili e a considerare le malattie mentali anche come esito di una qualche predisposizione naturale[95].

Qualche informazione più dettagliata viene dal metodista Sorano di Efeso (vissuto più o meno attorno al 100), i cui trattati sulle malattie acute e croniche, tramandati nella traduzione latina di Celio Aureliano[96], costituiscono una fonte preziosa per comprendere gli studi del tempo. Al di là della scuola di appartenenza, essi rispecchiano in modo attendibile le concezioni della malattia nella società greca. Interessante è, per esempio, lo

---

poi nel differenziare le manie e le melanconie dagli stati di esaltazione, dalle allucinazioni alcoliche, e dai comuni deliri febbrili» (*ibidem*, p. 66).

[94] Areteo illustra la condizione di diversi stati mentali (poi descritti in modo esaustivo soltanto in epoca moderna, specie grazie ai contribuiti di personalità come Kraepelin e Bleuler), cogliendone ogni volta le specificità. In particolare, egli nota come la mania sia diversa dai "disturbi senili", tanto da concludersi con un "indebolimento del male" o con la "guarigione totale". La melanconia, invece, colpisce gli anziani, può essere una "modificazione della mania", ma non intacca necessariamente le facoltà mentali (con questa considerazione Areteo anticipa l'idea della cosiddetta "*folie raisonnante*", cioè della "pazzia ragionante"). Osservando i soggetti melanconici Areteo nota anche il cosiddetto "deterioramento mentale", cioè la degradazione finale che può colpire pazienti affetti da vari disturbi mentali, tra cui proprio la melanconia o la schizofrenia (cfr. *ibidem*, pp. 64-67, dove viene tra l'altro riportata la sua considerazione dell'isterismo, sostanzialmente in linea con quelle dell'epoca).

[95] Come sottolineano Zilboorg ed Henry, «si accenna qui per la prima volta al fatto che certe malattie mentali non sono che un'estensione psicologica dei tratti della cosiddetta personalità normale di un determinato individuo» (*ibidem*, p. 63). In tal senso Areteo fu il primo ad avere interesse per le cosiddette "personalità prepsicotiche", cioè quelle in cui il disturbo mentale si manifesta soltanto in un momento successivo.

[96] Guardando alla compilazione enciclopedica di Celio Aureliano, risulta particolarmente interessante la trattazione della mania, che se da Ippocrate era descritta come un'alterazione della coscienza conseguente a gravi patologie febbrili adesso diventa una malattia a sé stante, un disturbo organico causato da una lesione cerebrale, simbolo per antonomasia della 'follia'. La mania presenta manifestazioni diverse (dai sintomi di natura affettiva, come la collera o l'allegria, a quelli più specifici, come le fobie; non mancano, poi, forme di delirio, allucinazioni, amnesie, disorientamento), come altrettanto varie possono essere la sua origine e il suo decorso (continuativo, intermittente o intervallato da crisi). Sebbene Celio Aureliano insista molto sulla sostanziale unicità di tale patologia, è difficile comprenderne più esattamente i termini, perché non è semplice riferirla alla nosologia attuale: da una parte essa potrebbe avvicinarsi alla schizofrenia, ma dall'altra potrebbe essere ricondotta anche a patologie più lievi (cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 39-41). Interessante è anche la descrizione che Celio Aureliano rende della malinconia (*ibidem*, p. 42), della quale, per la sua impostazione solidista, accetta soltanto il termine usato da Ippocrate, non condividendo l'ipotesi genetica, sostanzialmente ispirata alla teoria umorale (*ibidem*, p. 44). La malinconia è un'altra malattia assai trattata in questo periodo storico (sebbene non sempre nello stesso modo, come per esempio mostra l'approccio di Areteo di Cappadocia, il quale la considera come una sorta di nesso tra la tristezza e un'idea fissa, ipotesi poi in qualche modo ripresa dalla scuola francese di Pinel) e le cui analogie con la nosologia attuale risultano un po' meno complicate (tra l'altro, la sua descrizione da parte di Celio Aureliano sarà ripresa nel corso del diciannovesimo e del ventesimo secolo): egli ne elenca sia i sintomi psicologici (inquietudine, ansia, deliri) che le problematiche fisiche (dai disturbi digestivi all'indebolimento in generale). Ma, al di là delle caratterizzazioni più o meno esatte della mania e della malinconia, ciò che assume certamente rilievo è il nesso che già Aureliano comincia a cogliere tra le due: si tratta, infatti, proprio del nesso poi ripreso da Kraepelin, il quale ricollegherà questi due disturbi ad un unico processo, meglio noto come "psicosi maniaco-depressiva".

Per ulteriori approfondimenti sulla figura di Celio Aureliano cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 72-74. Interessante, dal punto di vista storico, la transizione, avvenuta con Celio, da un "atteggiamento umanitaristico" alla "superstizione moralistica", alla quale pare che lo stesso Celio, figlio di un tempo che stava rapidamente mutando, non riuscì a sfuggire.

studio della frenite, per Soriano una "malattia molto seria", un disturbo che colpisce lo spirito, quindi il pensiero, ed è fisicamente localizzato nel "*fren*", ovvero nel diaframma. Essa viene trattata anche dal punto di vista teorico (sebbene sia preponderante quello clinico), attraverso cui se ne indagano l'origine e la tipologia, riconducendola, nell'ottica del metodista[97], alle due forme insorte o per "tensione eccessiva" (*status strictus*) dei tessuti o per "allentamento anormale" (*status laxus*) degli stessi. Per Sorano si tratta di una malattia sistemica, della quale definisce le modalità di insorgenza e i sintomi che l'accompagnano, come la febbre alta o la difficoltà di articolazione delle mani. La parte maggiormente colpita è, secondo Sorano, la testa, alla quale si deve dedicare, quindi, un trattamento più specifico. Proprio la descrizione dei trattamenti risulta molto interessante perché lascia emergere lo spirito critico e antidogmatico di un medico che, al di là delle convinzioni metodologiche generali (per esempio l'idea che la frenite da *status strictus* debba essere curata in una camera luminosa, mentre invece quella da *status laxus* in una stanza buia), presta molta attenzione alle personalità dei diversi pazienti e alle loro specifiche modalità di reazione. In tal senso egli sostiene la necessità di individualizzare la cura, che non deve essere genericamente applicata a tutti malati, ma deve tenere conto della specificità di ogni paziente: in questa prospettiva, Sorano fu il primo, per esempio, a considerare l'importanza dei fattori culturali per la terapia dei disturbi mentali, suggerendo letture appropriate per ogni periodo di cura[98]. Egli, così come Areteo, si distinse per l'atteggiamento umanitario[99] nei confronti dei malati, una qualità che manifestò proprio attraverso i metodi terapeutici scelti, sempre volti a tutelare i pazienti, contrariamente alle abitudini spesso violente di quell'epoca. Non manca, inoltre, l'attenzione per i dettagli clinici, attraverso i quali egli cerca di indagare gli elementi sintomatici della frenite (dall'insonnia all'arrossamento degli occhi e così via), ed è certamente significativo anche l'aspetto legato alla diagnosi, attraverso la quale egli è capace di distinguere le diverse malattie. Oltre alla frenite, infatti, egli conosceva in modo particolare la malinconia e la mania. Nella parte dedicata a quest'ultima emerge, ancora, lo spirito critico di Sorano, che si confronta con punti di vista diversi dal suo, con un atteggiamento a tratti anche volutamente polemico (per esempio nei confronti di Asclepiade, per via di alcune marcate differenze metodologiche). Per quanto riguarda la mania egli si rifà alla differenziazione platonica tra la mania di origine divina e quella più prettamente fisica, della quale dichiara di volersi occupare più direttamente, definendola un "disturbo della ragione senza febbre". Se il trattamento appare piuttosto simile a quello della frenite, differenti sono, invece, le modalità e le cause della sua insorgenza: tipica malattia che colpisce gli uomini, molto rara nelle donne, essa si manifesta con gli stessi sintomi dell'apoplessia e dell'epilessia. Se per i filosofi essa era per lo più una malattia dello spirito, per Sorano, invece, si tratta di una malattia fisica[100], ricondotta alla testa e dovuta ad uno *status strictus*; alcune delle sue cause, poi, come per esempio l'eccessivo affaticamento, risultano direttamente osservabili, mentre altre rimangono per lo più nascoste. Ciò che emerge con chiarezza è il delirio con cui essa si manifesta, che può essere continuativo o occasionale. Meno attenzione, invece, è dedicata alla malinconia, che da metodista viene trattata non come disturbo della "bile nera" ma come "rabbia nera". Si tratta, in definitiva, di una malattia dell'apparato digerente il cui trattamento è lo stesso di

[97] Egli rifiuta, in tal senso, la suddivisione della frenite in due forme, la serena e la triste. Per ulteriori approfondimenti sul pensiero di Sorano, con particolare riferimento alle malattie mentali e alle minuziose modalità del loro trattamento clinico, si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 42-47.
[98] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 71. Per approfondire la figura di Sorano e la sua modernità, specie relativamente alle scelte terapeutiche, cfr. *ibidem*, pp. 67-72.
[99] Come sottolineano Zilboorg ed Henry, si tratta dell'«avvento di un vero umanitarismo in psicopatologia, ben rappresentato sia da Areteo di Cappadocia sia da Sorano: un interesse profondo per l'uomo e per i più piccoli aspetti del suo comportamento, la percezione delle differenziazioni caratteriologiche, e un intento terapeutico ben vivo e radicato. Areteo si mostrò degno del suo compito con l'abilità delle descrizioni e la sapienza dei particolari, mentre Sorano giunse a un'altezza di acume terapeutico mai raggiunto fino allora» (*ibidem*, p. 72).
[100] È interessante notare come per Sorano l'unica malattia dello spirito sia l'omosessualità (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 47).

quello utilizzato per la mania, seppur con una diversa localizzazione (non è più la testa, infatti, l'area coinvolta, quanto la zona gastrica e quella scapolare). Essa si manifesta soprattutto negli uomini maturi, attraverso forme diverse di chiusura e di introversione, e può avere svariate cause, da quelle alimentari a quelle legate all'uso di droghe. Per quanto riguarda l'isteria, poi, Sorano assimila qualche concetto di Areteo e supera l'arcaismo delle considerazioni ippocratee secondo le quali essa sarebbe fondamentalmente dovuta al "vagare dell'utero nel corpo della donna". Nel *Trattato delle malattie della donna* egli ridimensiona la teoria ippocratea, parlando di piccole deviazioni cui può essere soggetto l'utero ma non di quei grandi movimenti ai quali faceva riferimento, invece, Ippocrate: l'origine dell'isteria è somatica, nel senso che essa è provocata da tali piccole deviazioni dell'utero che ne causano l'infiammazione e la contrazione. Il contributo di Sorano ha anche un'inclinazione psicopatologica, nel senso che egli descrive accuratamente la sintomatologia isterica, con specifica attenzione per l'attacco isterico[101]. In merito alla prognosi della malattia, poi, per lui si tratta di un argomento molto controverso, dal momento che l'incurabilità della malattia mentale è stata spesso convinzione per lo più dominante: egli non fa alcun cenno alla prognosi della malattia, mentre Areteo fa spesso riferimento a possibili ricadute nella malattia e, in base alla frequente incurabilità del disturbo mentale, di fatto si allinea con quello che fino al Settecento sarà un diritto riconosciuto al medico, ovvero la possibilità di rifiutarsi di curare una determinata malattia.

Tale tendenza ad individuare una genesi somatica del disturbo mentale rappresenta un tratto tipico della medicina dell'età classica, soprattutto di epoca romana, come testimoniano le analisi fin qui svolte. Tuttavia è bene considerare almeno altri due elementi fondamentali: l'influenza del Cristianesimo e quella della filosofia stoica, elementi che stimolarono ulteriormente la riflessione sulla coscienza e sull'interiorità. Il Cristianesimo cambiò, infatti, la predisposizione generale, almeno da un punto di vista formale, nei confronti del malato mentale, al quale ci si doveva avvicinare sempre mossi dallo spirito di carità cristiano: si spiega così la diffusione di centri di accoglienza, primi fra tutti i monasteri, che nelle epoche successive offrirono rifugio e protezione ai cosiddetti "alienati"[102]. Per quanto riguarda la filosofia stoica, invece, essa favorì lo sviluppo di una più attenta sensibilità nei confronti dell'interiorità del malato. Un esempio in tal senso è costituito da Cicerone[103], il quale cerco di andare oltre la teoria umorale, dando risalto anche alla dimensione interiore dell'individuo, pur incontrando, nell'ambiente del tempo, non poche ostilità: cominciava già in questo periodo, infatti, una prima forma di separazione tra i diversi campi del sapere e, come per esempio sosteneva Celio Aureliano, considerare la malattia mentale come disturbo dell'anima, piuttosto che come malattia del corpo, era ritenuto sostanzialmente un errore, dal momento che la filosofia non aveva mai guarito nessuno, anzi forse un'eccessiva propensione per quest'ultima era persino da considerare tra le possibili cause del disagio mentale[104].

Si evince, in conclusione, che, nonostante l'indubbio progresso e l'importanza di alcune intuizioni, così come di alcuni metodi di trattamento che in qualche modo sembrano richiamarsi alla moderna psicoterapia, le malattie diagnosticate in età classica non sono certamente riconducibili all'attuale nosologia. È indubbio, sicuramente, il contributo reso, per esempio, ai fini della nomenclatura delle malattie, ma dal punto di vista della diagnosi

[101] A proposito della considerazione dell'isteria da parte di Sorano si veda A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 44-45.
[102] Cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 53-54.
[103] Per approfondire le considerazioni di Cicerone in ambito medico e la premura umanitaria che egli manifestò nei confronti dei malati mentali si veda G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 54-56. Risultano interessanti, a tal proposito, anche le riflessioni di Plutarco, che mostrano certamente la capacità di immedesimazione, in tal senso, da parte di ogni uomo dotto, anche se non necessariamente medico (*ibidem*, pp. 56-57).
[104] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 38-39.

e della prognosi delle stesse è difficile trovare un concreto punto di congiuntura. La mania trattata dai Greci corrisponderebbe, secondo l'attuale nosografia, soltanto ad una forma di pazzia che si manifesta in modo più agitato ed eccitato, mentre la malinconia si sviluppa in modo più tranquillo. È solamente la diversa manifestazione del malessere che, con le dovute accortezze, può richiamare alla mente la descrizione successivamente conosciuta come *dementia praecox* e oggi come schizofrenia.

Dal punto di vista psichiatrico la tradizione di età classica, soprattutto quella di epoca ellenistico-romana, vede al centro dell'interesse patologie quali la frenite e la letargia. La frenite viene considerata una vera e propria malattia ed è sempre accompagnata da febbre e delirio: è trattata già da Ippocrate ed è poi ripresa dagli enciclopedici. Il punto di controversia non riguarda tanto le modalità di manifestazione quanto la localizzazione, cioè se essa abbia sede nel diaframma, nel cervello o, in modo più generale, in tutto il corpo. La letargia invece, come si legge in Celio Aureliano, è una forma più lieve, contraddistinta da "indebolimento" e "ottundimento" ed anch'essa accompagnata da febbre[105].

Ciò che emerge dalla descrizione di questo periodo storico è, in ultima analisi, la sostanziale mancanza di uniformità e di sistematizzazione, problematiche certamente dovute anche alle oggettive difficoltà di ricostruzione storiografica alle quali ho a più riprese accennato. Quel che si può dedurre da questa analisi necessariamente sommaria è la tipologia degli interessi di questo periodo, quando le malattie analizzate sono più le acute che le croniche[106], e ciò si può anche comprendere se si considera la concezione somatica della malattia che comincia a delinearsi, insieme al tentativo di darne una spiegazione razionale, che forse viene cercata soprattutto lì dove essa sembra essere più latente. La problematicità delle fonti e il carattere ancora incerto di molte attribuzioni rendono più difficile l'elaborazione di una nosologia di età classica in qualche modo unitaria, anche se non sono mancate le ipotesi in tal senso: interessante, per esempio, appare, il tentativo di classificazione compiuto, alla fine del Novecento, da D. Gourevitch, il quale riscontra in qualche modo un'unità sistematica relativamente ad alcune malattie mentali come la frenite, la letargia, la malinconia e la mania.

I criteri di classificazione delle malattie ne analizzano il carattere (acute o croniche) e le modalità di manifestazione (presenza o meno della febbre e degli stati di agitazione o di abbattimento). Ne emerge una nosologia che considera, per esempio, la frenite come una malattia acuta caratterizzata da febbre e agitazione, la letargia come un disturbo acuto segnato da febbre e stati abbattimento, la mania come una malattia cronica caratterizzata da febbre ma priva di agitazione e la malinconia come una malattia cronica priva di febbre ma accompagnata dalla sensazione di abbattimento[107]. Queste classificazioni tipologiche delle malattie si diffonderanno e verranno ulteriormente approfondite nei secoli successivi, insieme a quelle riguardanti, soprattutto, l'isteria e l'epilessia[108]: nonostante gli inevitabili errori e le non poche manchevolezze, quel che qui appare certamente innegabile è la radice classica della medicina e, anche, della psichiatria.

1.3 Le 'ombre' del Medioevo

Il tramonto del mondo antico inaugurò una stagione lunga e turbolenta che per la prima volta, dopo la grande egemonia greco-romana, vide il mondo più nettamente diviso dal punto di vista politico e culturale. L'epoca tardo-antica e poi il Medioevo furono infatti caratterizzati, come è noto, dalla compresenza di più forme politiche e culturali che

[105] Cfr. *ibidem*, p. 45.
[106] Cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 52.
[107] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 45-45.
[108] Per lo studio di queste patologie in età classica cfr. *ibidem*, p. 46.

inevitabilmente stravolsero ogni aspetto della vita. La cultura greco-romana non fu mai completamente dimenticata ma perse l'egemonia, ciò che da sempre era stato in qualche modo il suo punto di forza. Adesso lo scenario vedeva protagonista la civiltà bizantina, espressione della sopravvivenza dell'Impero romano d'Oriente, il mondo arabo, che dalla conquista di Alessandria d'Egitto, nel 640, cominciò la sua fase di espansione anche in Europa, e infine quel che restava di un'Europa occidentale che, travolta dal "barbaro" straniero, cercava di reagire affidandosi per lo più al Cristianesimo[109]. L'impatto con il "barbaro", cioè con quello che per secoli la cultura classica aveva percepito come il diverso, non ebbe ripercussioni soltanto politico-culturali ma anche psicologiche, come dimostra la progressiva diffusione delle "psicosi di massa", espressione di un disagio radicato e profondo. Si realizzò che il macrocosmo era molto più esteso di quanto si era fino a lì pensato e il ruolo del singolo assai più insignificante: impotenza e incertezza iniziarono così a invadere la mente dell'uomo medievale, inizialmente protagonista di una crisi identitaria assai marcata.

In tale scenario anche l'evoluzione della medicina sembrò in una qualche misura arrestarsi e questa, sempre più in balia di stregoni e di spiriti maligni, andò incontro ad un inesorabile regresso. Sebbene tale 'buio' medievale sia per certi versi anche riconducibile, soprattutto dal punto di vista scientifico, ad un problema di natura storiografica, data l'esiguità delle fonti tramandate, che non ne permettono un'adeguata ricostruzione, tuttavia si deve anche considerare che, dalle poche notizie possedute, in ambito medico si è trattato di un'epoca piuttosto statica, nella quale il contrasto tra magia e religione sembra in qualche modo avere sgretolato l'interesse per l'indagine naturale suscitato durante l'età classica. La medicina venne addirittura privata della propria identità unitaria, perché, come sottolinea Ackerckneckt, «la chirurgia cadde infatti nelle mani dei barbieri, l'ostetricia in quelle di ostetriche prive di conoscenze e la psichiatria spesso in quelle di sacerdoti esorcisti e di cacciatori di streghe ministri di Dio»[110]. Tale smembramento della scienza medica determinò la perdita di molti risultati conseguiti dai Greci: a parte qualche eccezione costituita da chi provò comunque, non senza difficoltà, a proseguire sulle orme del passato[111], per quel che riguarda lo studio dei disturbi mentali la concezione naturalistica e somatica della malattia, della sua genesi come del suo sviluppo, rimase ben salda solamente in pochi ambienti, mentre nella maggior parte dei casi ad essa subentrarono forme estreme di primitivismo che vedevano nelle malattie mentali manifestazioni dell'opera di diavoli e spiriti maligni. Il malato agiva in balia di questi spiriti che, opportunamente invocati da maghi e stregoni, lo dominavano e potevano essere combattuti soltanto con trattamenti catartici e riti esorcistici praticati da sciamani e da pseudo-sacerdoti. Così la figura del medico ritornò, in questa fase, almeno in una certa misura al ruolo marginale esercitato nell'ambito delle prime tribù, anche perché egli era certamente privo delle 'competenze' necessarie per entrare in contatto con il diavolo o con chi per lui.

Dalla diagnosi e dalla prognosi naturalistiche si passò velocemente, dunque, ad una spietata lotta contro il demonio, artefice delle numerose epidemie psichiche, o meglio di quelle presunte "psicosi di massa"[112] protagoniste indiscusse di questo periodo di 'ombre'. Le "psicosi di massa" saranno analizzate con grande interesse anche da Jaspers, dal momento che si tratta di un tema assai rilevante ed avvertito sia dal punto di vista

[109] Per una visione d'insieme della psichiatria nel Medioevo si veda H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 54-57.
[110] E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 50.
[111] A tal proposito si veda quanto fatto da Temkin a proposito dell'epilessia (cfr. *ibidem*, p. 50). Si veda, inoltre, anche O. Temkin, *The falling seekness – A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore, John Hopkins, Press, 1945. Infine, per la traduzione di alcuni testi medievali in merito si veda, per esempio, J.R. Witwell, *Historical notes on psychiatry*, London, Lewis, 1936.
[112] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 53.

psicopatologico che da quello antropologico[113], così che egli riprenderà alcune di queste categorie concettuali adattandole, naturalmente, alle analisi dei suoi tempi. Sebbene vi siano, certamente, notevoli differenze tra le azioni delle masse coeve a Jaspers e quelle tipiche dell'epoca medievale, tuttavia alcuni principi basilari in qualche modo permangono e ritornano utili anche per spiegare situazioni e fatti dei periodi successivi. La "psicologia di massa" agisce sempre sgretolando i principi razionali e coscienti da cui è guidata una comunità e ingloba gli individui in una collettività che annulla la volontà individuale, intrappolando il singolo in azioni nelle quali poi, nonostante la convinzione mostrata sul momento, egli stesso non si riconosce più: «La diffusione di comportamenti psichici mediante contagio inconscio che nelle epidemie psichiche appare in modo specialmente violento e sotto forma di fenomeni somatici avviene sempre in manifestazioni collettive di fede, di atteggiamenti, di azioni e nella "opinione pubblica". […] È un processo che sta ai margini della malattia per la mancanza di freni inibitori, per la cessazione di qualsiasi critica; in un livellamento delle realizzazioni psichiche, gli uomini, come un materiale di forze spersonalizzate, diventano capaci di azioni estreme, criminali o eroiche, di illusioni comuni o allucinazioni, di cecità incomprensibile. La massa non pensa e non vuole, ma vive in immagini e passioni. Queste forze delle masse sono il contrario dei poteri della comunità. L'uomo è sommerso nella massa, e dopo non capisce più nemmeno lui come sia stato possibile che in quell'istante abbia agito come gli altri. Nella comunità invece, si forma un popolo che, cosciente di sé stesso, si sviluppa costruttivamente in una continuità storica. […] La massa è un'"anima collettiva" con sentimenti ed impulsi comuni dell'individuo che non è più una individualità. […] Nelle azioni comuni momentaneamente ha una potenza irresistibile, è credula, priva di critica e di qualsiasi sentimento di responsabilità, ma anche influenzabile e rapidamente mutevole. Tende verso le "psicosi di massa", verso emozioni smisurate, verso azioni violente […]»[114]. Tale violenza si manifestò, per esempio, proprio nelle "epidemie psichiche" di epoca medievale, alle quali Jaspers dedica una significativa riflessione anche nella *Psicopatologia generale*, sottolineandone non soltanto alcuni aspetti storici ma anche e soprattutto il significato sociale. Così, ora riferendosi al periodo immediatamente successivo, egli scrive: «Nel XVI e XVII secolo erano diffuse le epidemie dei conventi, quando schiere di suore erano invasate dal diavolo. Con la cacciata del diavolo e con il suo ritorno, tali epidemie ebbero decorsi molto drammatici. Quando il Vescovo ordinava arresti in casa e isolamento delle suore, l'epidemia si spegneva prontamente, mentre quando era combattuta con esorcismi pubblici cresceva rapidamente. Tutte queste epidemie, secondo alcuni dei sintomi descritti, possono riconoscersi senz'altro di natura isterica, e secondo l'ambiente e le idee dominanti, avevano contenuti diversi. Perché tali epidemie ebbero luogo in alcune epoche passate – e neanche in tutte? Perché non esistono ancora oggigiorno? Si può rispondere che oggi tali epidemie non hanno diffusione, ma sono soffocate fin dall'inizio, perché non sono favorite dalle idee e dalle aspettative della folla, dalla credula accoglienza e dal timore superstizioso. Così esistono piccoli gruppi di spiritisti, nei quali si propagano fenomeni isterici, ma il grande pubblico attualmente di fronte a tali "superstizioni" ha solo un sorriso ed un atteggiamento razionalistico di superiorità. Possiamo supporre che in tempi particolari, per le loro singolari esperienze, per le concezioni religiose e quindi per gli istinti e le finalità risvegliati da esse, vengano posti in moto alcuni meccanismi sopiti, che diventano così uno strumento, in determinati ambienti culturali, mentre diversamente non sono considerati altro che manifestazioni morbose che restano isolate»[115].

[113] A proposito della "psicologia della massa" e della disamina critica della società circostante cfr. anche K. Jaspers, *Die geistige Situation der Zeit*, Berlin, De Gruyter, 1931 (traduzione italiana, a cura di N. De Domenico, *La situazione spirituale del tempo*, Roma, Jouvence, 1982).

[114] K. Jaspers*, Psicopatologia generale*, cit., pp. 787-788. È interessante il fatto che Jaspers aggiunga, proprio in queste pagine, un paragrafo dedicato alla "psicologia delle masse", probabilmente stimolato dalla difficile situazione storico-antropologica del periodo.

[115] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 785-786.

In realtà, però, il processo storico che vide divampare tali "epidemie psichiche" (che Jaspers per l'appunto prolunga anche oltre la fine del Medioevo) che sembrarono consegnare definitivamente la medicina mentale alla demonologia fu il risultato di secoli di transizione in cui si intrecciarono dinamiche politiche, religiose e culturali in realtà molto più complesse rispetto al banale riduzionismo con cui spesso si suole definire il Medioevo semplicemente come epoca 'buia'[116]. Sicuramente fu un'epoca problematica e fortemente contraddittoria, dove se da una parte venne meno l'interesse per le dinamiche psichiche, il che comportò l'arresto della ricerca medico-scientifica, dall'altra aumentarono, però, le manifestazioni delle malattie mentali, tanto da far parlare, appunto, di "psicosi di massa". Proprio il dilagare di questo fenomeno diede un contributo decisivo all'affermazione della demonologia.

Sebbene nel corso del Medioevo si raggiunse forse il culmine del disinteresse per lo studio dei disturbi mentali in ambito medico-naturalistico, così che in un tale ambito vennero a mancare innovazioni sostanziali, è bene però ricordare che tale mancanza di rinnovamento affonda le radici già in epoca romana, quando l'eclettismo e la capacità enciclopedica furono in qualche misura già distanti dallo spirito critico greco. L'eclettismo romano, erede della multiforme e dinamica tradizione alessandrina, è a grandi linee sinonimo di 'pluralismo culturale', tendenza che fu probabilmente inevitabile non solo in virtù dell'eredità greco-ellenistica ma anche per via della politica espansionistica dell'impero. L'interesse erudito, già alessandrino e poi trasfuso nella tendenza eclettico-enciclopedica romana, guardava alla raccolta del sapere fino a quel momento sviluppatosi al fine di creare opere sistematiche da utilizzare e da trasmettere ai posteri, con evidente sacrificio di ogni ambizione all'originalità scientifica.

Questa fusione di culture e, dunque, la convivenza di svariate credenze, tra l'altro sempre legate alle diverse personalità dei vari imperatori che si succedettero, ebbero un impatto significativo sull'individuo, il quale assunse gradualmente un atteggiamento di chiusura in se stesso, percependosi come un microcosmo sempre più insignificante e sperduto all'interno di un macrocosmo multiforme e in continuo mutamento. Fu sempre più avvertita, così, l'esigenza di conoscere meglio se stessi e la propria interiorità, ed in questo giocarono un ruolo rilevante le dottrine cristiane, che, guardando all'aldilà e alla salvezza eterna, distolsero anche l'interesse per le patologie mentali, considerate sempre più come forme di deviazione ed espressioni di blasfemia, in netta contrapposizione con la filosofia mistica che si andava nel frattempo sviluppando. Considerando che lo studio dei disturbi mentali è sicuramente determinato anche dall'atteggiamento dell'individuo e dagli influssi sociali, si comprende come già alla fine del secondo secolo fosse sempre più evidente il distacco dalla scienza razionale classica e non stupisce, di conseguenza, che le risposte alle reazioni psicologiche di anime sempre più inquiete e insicure si andassero ora cercando, come nelle tribù primitive, nelle diverse forme del misticismo. Tra l'altro, quest'ultimo trovò terreno anche piuttosto fertile nella benevola predisposizione con cui la tradizione romana aveva spesso accolto le più svariate credenze culturali, da quelle scientifiche a quelle superstiziose[117]. Ampio spazio era stato dato, per esempio, alla componente emozionale dell'individuo, rispetto alla quale, invece, i Greci si erano mostrati più disinteressati, anche perché poteva in qualche modo distogliere dall'atteggiamento

[116] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 81-102. Interessante, nell'ambito di questo processo che gli autori definiscono di "grande declino", è considerare anche i diversi sviluppi che interessarono Oriente e Occidente, dato che la medicina bizantina fu in qualche misura più resistente alla decadenza, come dimostra l'operato degli ultimi medici di tale epoca, Alessandro di Tralle e Paolo di Egina (cfr. *ibidem*, pp. 98-100). Per la medicina bizantina si veda, anche, H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 54.

[117] In merito alla superstizione rispetto ai disturbi mentali in epoca romana e all'atteggiamento cristiano nei confronti della malattia mentale cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 92-95.

razionale posto alla base dell'indagine scientifica, anche di quella di natura medica, su di sé e sugli altri[118].

Tale apertura agli aspetti emozionali del singolo si radicò ancora di più con l'avvento del Cristianesimo e la nascita dei monasteri come luoghi di isolamento nei quali il dotto si rifugiava per sfuggire alle dinamiche mondane. L'affermazione dei monasteri quali luoghi del sapere[119] favorì ulteriormente l'analisi introspettiva, accentuando l'attenzione per gli aspetti emotivi della personalità: in un clima di incertezza e caducità, ciò coinvolse sempre più anche le credenze irrazionali e di senso comune più vicine alla superstizione, così che anche la medicina, così radicalmente trasformata, divenne in una qualche misura prerogativa della Chiesa. La malattia mentale venne via via sottratta all'indagine medica: l'uomo diventò, in buona sostanza, un'anima scissa tra la volontà terrena e la speranza di salvezza eterna, continuamente minacciata dalle tentazioni carnali e diaboliche, considerate effimere, prive di ogni valore e dunque da combattere con ogni mezzo. L'unica risposta alle domande esistenziali di un essere reso misero e impaurito non poteva che essere data dalla fede: sparirono gli interrogativi razionali e i problemi psicologici diventarono sempre più motivo di tormento, cifra della profonda e irrisolvibile enigmaticità che avvolgeva l'anima. Psicologia e religione si intrecciarono e si influenzarono a vicenda, come dimostra, per esempio, anche la speculazione di Agostino[120], che testimonia appieno l'avvenuta fusione tra teologia, filosofia e psicologia, oltre che l'affermazione di una tendenza sempre più ideale e mistica[121]: «Della psichiatria si occupò solo il cacciatore di eretici o il contemplatore solitario del mondo, che osava ancora porsi delle domande sulla natura della mente umana. La psicologia e la psichiatria furono completamente isolate, verso la fine del XII secolo, e sparirono addirittura come soggetti di considerazione scientifica»[122].

Fu questo il processo attraverso il quale dall'indagine razionale-naturalistica di età classica si giunse al trionfo della demonologia medievale[123], che in un primo momento fu solo l'esito di una naturale propensione alla superstizione e dunque non scatenò atteggiamenti violenti, mantenendo forme piuttoste benevoli e controllate. La situazione precipitò quando, in seguito alla sempre maggiore diffusione dei disturbi mentali, il proliferare delle "psicosi di massa" generò l'urgenza di trovare una qualche motivazione eziologica per tali "psicosi", il che favorì la ricerca di un capro espiatorio che potesse essere ritenuto responsabile di tutto questo: il sentimento misogeno, peraltro già radicato, determinò l'accanimento verso le donne, dando inizio a quella che divenne una delle lotte

[118] L'atteggiamento di abbandono alla parte emozionale dell'uomo fu più contrastato in Grecia, piuttosto che a Roma, come dimostrano le numerose accuse di "empietà" lì avanzate proprio con l'intenzione di porre un freno a tali fenomeni e di mettere l'accento, piuttosto, sulla componente razionale dell'individuo. Inoltre, la varietà degli interessi scientifici e delle credenze superstiziose nella società romana si riflette anche nei diversi atteggiamenti degli imperatori rispetto al sapere e alle credenze popolari (cfr. *ibidem*, pp. 88-90).

[119] Cfr. *ibidem*, pp. 91-92. Un monastero che ebbe un ruolo particolarmente importante come punto di riferimento per il sapere di ambito medico fu quello di Montecassino. In generale, per la storia della medicina è importante considerare anche il ruolo dei "compilatori", che permisero una notevole trasmissione delle conoscenze antiche: a proposito delle malattie mentali, per esempio, rimane interessante la descrizione clinica della licantropia, oramai estinta.

[120] Per approfondire il pensiero di Agostino, espressione della psicologia medievale, cfr. *ibidem*, pp. 96-98.

[121] Per quanto riguarda le più importanti personalità dello scenario teologico-filosofico medievale, da Agostino, a Scoto Eriugena e a Tommaso d'Aquino, cfr. *ibidem*, pp. 112-115.

[122] *Ibidem*, pp. 111-112.

[123] Michele Psello (1018-1096) fu il monaco che per primo diede un impianto sistematico alla demonologia, che poi sarebbe sostanzialmente diventata la psichiatria medievale. Egli, nel *De Operatione Daemonum*, descrisse la gerarchia dei demoni che disturbano e danneggiano l'anima e le loro funzioni. Al di là degli aspetti strettamente contenutistici, tale opera assume indubbio rilievo per il significato simbolico: essa dimostra, infatti, come oramai il medico fosse stato per buona parte sostituito dal monaco (cfr. *ibidem*, p. 101).

più cruente della storia, vale a dire la "caccia alle streghe"[124]. Il disturbo mentale venne così completamente assimilato alla follia, frutto di eresia e di stregoneria, pericolo sociale dal quale ci si doveva salvaguardare. Questo divenne il modo di pensare comune, non solo delle classi sociali meno istruite ma anche dei ceti più colti, dal momento che erano anche molti medici, per esempio, a credere a tutto questo, rifiutando a priori l'idea che la malattia mentale potesse riguardare la medicina, piuttosto che il demonio: «Dalla fine del medioevo l'Europa per tre secoli fu sotto l'incubo dei processi contro le streghe. Le rappresentazioni derivate dall'antichità, sotto l'influenza della politica ecclesiastica contro l'eresia (tanto nei cattolici quanto nei protestanti), in un mondo di paura e sotto l'impulso sadico, acquistarono un potere per noi quasi incomprensibile. L'esecuzione di un processo fondato su pure irrealtà era possibile solo per la realtà dell'isteria e della suggestione. Ci sono sempre stati uomini che hanno riconosciuto la follia (non esiste alcuno spirito del tempo che possa imporsi agli uomini singoli). Ma se qualcosa diviene un fenomeno collettivo, anche la forza del singolo, nonostante la sua lucidità e il carattere fermo, rimane impotente»[125].

La "caccia alle streghe" segnò un arco temporale molto lungo, più o meno fino al diciassettesimo secolo, ed è ancora oggi oggetto di controversi studi storiografici. Se la tragedia umana fu certamente enorme e per certi versi irrimediabile, dato che furono perseguitate e uccise, con l'accusa di avere stretto patti con il diavolo, migliaia di donne,

---

[124] Interessante a proposito della caccia alle streghe, il celebre *Malleus Maleficarum* (oggi conosciuto come *Il martello delle streghe*) dei frati domenicani Heinrich Krämer e Jakob Sprenger: si tratta di uno dei documenti più significativi dell'epoca perché testimonia come il clima di incertezza avesse portato ad assumere atteggiamenti violenti contro tutto ciò che non si poteva spiegare razionalmente e che pertanto appariva in qualche modo eretico e da combattere. Il *Malleus* dimostra, insomma, come la superstizione da iniziale fenomeno popolare fosse stata riconosciuta e accettata prima nell'ambito della fede e poi anche in quello della legge. Apparso per la prima volta nel 1487, dopo una lunga gestazione dovuta anche alla lenta e delicata approvazione da parte degli organi clericali, in ottemperanza alle Bolle papali già attive in tema di eresia e di stregoneria, il *Malleus* fu poi ristampato più volte e mantenne una certa autorevolezza anche nelle epoche successive. Il *Malleus* afferma, nella prima parte, l'esistenza della stregoneria e la presenza delle streghe, peraltro con un ragionamento che si sforza di essere deduttivo ma che risulta, inevitabilmente, soltanto argomentativo; nella seconda parte, poi, esso descrive ipotetici quadri clinici riguardanti le streghe e i metodi usati per individuarle; nell'ultima parte, infine, lascia spazio all'aspetto legale, laddove ci si poneva come fine quello di perseguire le "malefiche" (come sottolinea lo stesso titolo) e di combattere l'eresia e la stregoneria (si vedano, per questo, E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 52, e G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 125-151).
Tra gli altri manuali del tempo risultano interessanti, per esempio, il *Formicarius* di Johannes Nider, apparso nel 1475 ma già composto tra il 1436 e il 1437 (tanto da essere stato ritenuto anche una possibile fonte del *Malleus Maleficarum*), e il *De lamiis et phitonicis mulieribus* (*Delle streghe e delle indovine*) di Ulrich Molitor, del 1489. Anche in epoca contemporanea non manca l'interesse per tale tematica e la letteratura a riguardo è molto vasta: tra i testi più recenti in merito al *Malleus Maleficarum* si vedano C. Mornese / R. Astori, *L'eresia delle streghe. Due letture del «Malleus Maleficarum»*, Milano, Lampi di Stampe, 2004, e D. Tavilla, *L'eresia e il* Malleus Maleficarum, Roma, Palombi, 2012. Per un ulteriore approfondimento storico del periodo si veda, infine, B.L. Levack, *The Witch-Hunt in Early Modern Europe*, London, Longman, 1987 (traduzione italiana, a cura di A. Rossatti e S. Liberatore, *La caccia alle streghe in Europa agli inizi dell'età moderna*, Roma/Bari, Laterza, 1988).

[125] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 786. In questa parte, aggiunta nelle edizioni successive (nella prima Jaspers, dopo la riflessione sulle epidemie psichiche, passa direttamente a descrivere i riti orgiastici: cfr. Id., *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., p. 302) e che riporto, dunque, dall'edizione italiana, dopo la descrizione della stregoneria medievale, Jaspers sottolinea anche che «nell'incredulo mondo attuale, nel quale la superstizione non è più messa in rapporto con la religione, e le ossessioni e le streghe non sono più oggetto di esorcismi e di processi, i fatti psichici persistono però in altra forma. Secondo la corrente scientifica dell'epoca, divennero contenuto della medicina, in certi periodi furono coltivati come un mondo dell'isteria, e nello stesso tempo divennero il contenuto di pseudoscienze […] che volevano indagare la realtà del soprannaturale come qualche cosa di naturale. Così queste antichissime manifestazioni si trasformarono contemporaneamente in due modi: furono studiate scientificamente come fatti psicologici, con una confusione continua fra fatti fisiologico-psicologici spontanei ed artefatti, a causa delle situazioni e degli osservatori, e secondo lo spirito del tempo, divennero il mezzo per l'esplorazione di un mondo soprannaturale, mondo di spiriti, di demoni, di occulti effetti a distanza, di chiaroveggenza e altre cose simili» (*ibidem*, p. 787).

ciò su cui ancora oggi si indaga riguarda l'effettiva patologia di queste donne, cioè ci si chiede se fossero realmente malate mentali e, eventualmente, da quali malattie potessero essere affette. Secondo diversi storici della psichiatria, dai dati dei processi del tribunale dell'Inquisizione sembrerebbe, sebbene siffatta ricostruzione a posteriori non sia affatto facile, che la maggior parte di queste donne fosse affetta da isteria, anche se potrebbero esserci stati anche casi di simulazione della malattia mentale, per cui non è possibile trarre alcuna conclusione certa. Ma, al di là delle diverse interpretazioni, il fenomeno della stregoneria è la cifra della dimensione che può assumere la follia sulla base della percezione individuale e sociale e dell'influenza dell'ambiente circostante[126].

In un contesto così tetro e controverso un aspetto positivo può tuttavia ritrovarsi nel ruolo che in questo periodo cominciarono a ricoprire i cosiddetti "luoghi di accoglienza", dai conventi agli ospedali. L'ospedale rappresenta, infatti, una conquista tipicamente medievale che non riguarda soltanto la medicina in generale ma anche la psichiatria, visto che all'interno di queste strutture vennero allestiti anche reparti per i malati mentali. In realtà si sa dell'esistenza di tali strutture già a partire dal quarto secolo, ma le testimonianze più significative risalgono agli Arabi[127], che assunsero un atteggiamento benevolo nei confronti dei malati mentali (li ricoveravano anche nei conventi), tanto da istituire, per l'appunto, strutture specifiche dedicate alla loro assistenza. Ma il contributo fornito dagli Arabi fu di rilievo non soltanto per l'istituzione degli ospedali ma anche per le ricerche compiute in ambito terapeutico, innanzi tutto per fronteggiare le violente epidemie di peste bubbonica che colpirono l'Arabia e l'Europa.

Sostanzialmente gli Arabi ripresero le principali teorie sostenute da Ippocrate e poi da Galeno, ma l'inclinazione per la ricerca anatomica fu presso di loro in qualche modo ostacolata dalla struttura politica dell'Impero arabo, teocratico e con una cultura religiosa molto radicata. Tuttavia, al di là dell'acquisizione di conoscenze specifiche, che tutto sommato rimasero molto legate alla tradizione classica, emersero lì personalità di sicuro rilievo che meritano di essere almeno menzionate. Tra queste vi è senz'altro il medico Rhazes (860-925), soprannominato "il Galeno degli Arabi": studioso scrupoloso, si distinse nell'ambito delle descrizioni cliniche, trattando l'alcolismo e classificando i disturbi psicopatologici in base al diverso equilibrio con cui si rapportano l'anima vegetativa, quella razionale e quella sensitiva. Ciò che colpisce maggiormente, però, è la sua etica medica, dai tratti fortemente ippocratici, soprattutto per l'attenzione riservata all'individuo e per l'idea che il medico dovesse rappresentare, agli occhi del paziente, un esempio e un modello.

Significativo è stato anche il contributo di Najab (probabilmente contemporaneo di Rhazes), che elaborò la descrizione più esaustiva delle malattie mentali allora conosciute, suddividendole in circa trenta tipologie e fornendo anche qualche indicazione terapeutica.

Da ricordare è anche il ritorno ad Aristotele da parte di Avicenna (989-1037), la cui ricerca scientifica fu contraddistinta da una sorta di eclettismo, e di Averroè (1126-1198), uno dei commentatori più importanti dello stagirita: in particolare, assai importante fu il *Canone di Medicina* di Avicenna, dove vengono riprese le indicazioni di Galeno e sono classificate le malattie, anche quelle mentali, inserite nella parte dedicata alle "malattie

[126] Per approfondire la demonologia e il suo presunto rapporto con la malattia mentale, in particolare la relazione tra streghe e isterie, si veda A. Cività, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 50-51. Per quanto riguarda le interferenze tra religione e demonologia nelle diverse epoche storiche si veda H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 19-32.

[127] L'ospedale di Bagdad risale al 750 circa, quello del Cairo al 873. Particolare rilievo assunsero, via via, gli ospedali dedicati esclusivamente all'assistenza psichiatrica (a Damasco nell'800, ad Aleppo nel 1270, a Kaladun nel 1283, al Cairo nel 1304, a Fez nel 1500 e così via). Si pensa anche che alcuni di questi ospedali, detti "moristani", dei quali rimangono ancora oggi efficaci descrizioni, si ispirassero ai "morotrofi" bizantini (cfr., per questo, E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 50-51, e H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 55-56).

della testa", così che tale scritto "divenne l'opera sistematica di medicina" alla quale per secoli fecero riferimento sia la tradizione occidentale che quella islamica[128].

[128] Per quanto riguarda la medicina araba e i suoi maggiori esponenti si vedano G. Zilboorg / G.W. Henry, *A History of Medical Psychology*, cit., pp. 100-110, e H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 54-56.

Capitolo secondo

La nascita della psichiatria e della psicopatologia in età moderna

In questo capitolo prenderò in esame alcuni tratti significativi dell'età moderna, quando una "prima rivoluzione psichiatrica" determina in qualche modo l'apertura nei confronti della malattia mentale, che comincia così, seppur lentamente, il lento processo di emancipazione dai retaggi magico-demoniaci dell'epoca medievale e inizia ad essere considerata come una patologia specifica. In questa prospettiva, intendo analizzare gli sviluppi in tal senso più significativi determinatisi nel corso del Seicento, un secolo contraddittorio, caratterizzato soprattutto dalla trattazione dell'isteria, considerata il simbolo della cosiddetta "non-ragione". Nello specifico, guardando anche ad alcune importanti testimonianze di Foucault, approfondirò la questione del "grande internamento", al fine di sottolineare il ruolo decisivo svolto dall'emergente classe borghese nel processo di accettazione e di integrazione sociale del malato mentale. Inoltre, mostrerò come tale condizione apra la via ad una prima forma di psichiatria 'scientifica', quella che Jaspers ha poi definito "manicomiale", nell'ambito della quale per la prima volta i malati mentali vengono distinti dagli altri internati e divengono destinatari di un trattamento medico specifico. Infine, proprio guardando alla genesi della cosiddetta "psichiatria manicomiale", mi soffermerò sulla cultura illuminista, per sottolineare il ruolo determinante che essa ha assunto nell'ambito della considerazione della malattia mentale: in modo particolare, intendo delineare alcuni momenti decisivi della storia della psichiatria francese e inglese di questo periodo, prime espressioni, secondo le argomentazioni dello stesso Jaspers, della "psichiatria manicomiale", cioè in qualche modo 'scientifica', e snodi decisivi e propedeutici anche rispetto alle dinamiche psichiatriche che si svilupperanno successivamente in Germania.

2.1 La "prima rivoluzione psichiatrica" in età rinascimentale

L'età rinascimentale fu segnata, certamente, da una rinnovata e fervida vivacità culturale, grazie alla quale rifiorì una generazione di intellettuali che si rivolse nuovamente al sapere razionale e alla scienza. In un contesto nuovamente propositivo, l'uomo riacquistò consapevolezza delle proprie potenzialità, distaccandosi gradualmente dall'atteggiamento mistico-religioso e riscoprendo l'interesse per la dimensione terrena in tutte le sue esplicazioni, compresa l'indagine naturalistica: queste furono le premesse che spinsero a superare i pregiudizi ormai secolari e a rivolgersi nuovamente allo studio scientifico dei disturbi mentali. Fu, tuttavia, un'apertura non sempre agevole e rapida, perché, epoca in qualche modo di transizione, il Rinascimento fu anche un periodo di ombre nel quale i retaggi del passato in una qualche misura dovevano ancora ripresentarsi con qualche frequenza. Basti pensare, per esempio, alla violenta "caccia alle streghe" che in parte riguardò anche questo periodo e che dunque non può essere rigidamente circoscritta al solo Medioevo.

Uno degli ostacoli per cui non si riuscì subito a superare certi retaggi culturali fu rappresentato anche dall'avere inizialmente privilegiato alcuni ambiti di indagine piuttosto che altri: il Rinascimento, infatti, riaccese la curiosità nei confronti dell'uomo ma proprio tale ritorno di interesse per la sfera mondana favorì l'impulso per lo studio dell'anatomia più che quello capace di guardare alla psiche o all'anima. L'attenzione per l'uomo come animale sociale maturò prima nell'intellettuale che nel medico[129], ma fu proprio il

[129] È bene però ricordare che vi furono anche medici, per così dire, pionieri che sottolinearono l'importanza dello studio del comportamento umano, con particolare attenzione alle dinamiche mentali. Questo è il caso, per esempio, di Juan Luis Vives (1492-1540), il quale dedicò molto tempo all'osservazione degli individui,

rinnovato interesse per la comprensione delle dinamiche comportamentali umane che rese nuovamente possibile lo studio dei disturbi mentali. Più che di "psichiatria", alla fine del '500 si parlò per la prima volta di "psicologia", intesa come studio del comportamento umano. Essa assunse via via tratti sempre più scientifici e, oltre a prendere la forma di una "psicologia antropologica" o, più in generale, di una "psicologia umana" (dunque più di tendenza, per così dire, socio-pedagogica), acquisì anche i caratteri di una "psicologia medica", volta ad indagare la mente[130]. Questo dato contribuì certamente all'avvento della cosiddetta "prima rivoluzione psichiatrica"[131], che vide medici *ante litteram* opporsi alla convinzione, peraltro ancora molto radicata, secondo la quale chi manifestava disturbi mentali fosse in balia del demonio: la "rivoluzione" significò, innanzi tutto, cominciare a percepire che non vi erano né streghe né forze soprannaturali dirompenti, ma si trattava soltanto di malattie mentali che, piuttosto che giustificare i roghi, dovevano stimolare l'utilizzo di terapie mediche[132].

Questo è quanto veniva affermato, per esempio, nel celebre *De praestigiis daemonus*, trattato del medico Joahnnes Weyer (1515-1588)[133] pubblicato nel 1563, dove veniva sostenuto che la malattia mentale dovesse essere curata dalla medicina e non dalla religione. Weyer cercò di operare una distinzione tra individui, per così dire, 'diabolici', da perseguire perché pericolosi per la società, e la maggior parte delle presunte 'streghe', che in realtà erano solo donne malate e dunque da curare, piuttosto che da perseguire. Tale trattato è significativo anche per questo motivo, vale a dire perché è in qualche modo espressione delle contraddizioni del tempo: da un lato l'apertura, e per certi versi anche la benevolenza, piuttosto che la ripugnanza, nei confronti dei malati di mente, dall'altro la credenza, ancora molto forte, dell'esistenza di entità soprannaturali in qualche modo capaci di interferire con i comportamenti umani. Non mancano, infatti, i riferimenti al diavolo, responsabile delle azioni compiute dalle streghe: azioni che, però, sono da considerare altrimenti, perché non effettivamente volute da chi le compie ma provocate dal diavolo, che colpisce i soggetti più fragili e predisposti, quelli che, come per l'appunto la maggior

---

consapevole della necessità di guardare agli atteggiamenti pratici, piuttosto che alle sole nozioni teoriche. Egli fu fortemente convinto dell'importanza fondamentale, per ogni individuo, della mente: nel suo scritto *De anima et vita* emerge una forte connotazione etica per cui, al di là dell'esposizione di alcuni principi psicologici, si allude chiaramente alla responsabilità del medico rispetto all'indagine non solo dei disturbi corporei ma anche di quelli mentali. Nonostante i metodi terapeutici al tempo piuttosto violenti, rimane certo significativa la progressiva riconsiderazione, che man mano si andava affermando, dei malati mentali come esseri umani da proteggere e curare (cfr., per la figura e l'opera di Vives, G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 157-170).

[130] Cfr. *ibidem*, pp. 154-157. Il termine 'psicologia' fu usato per la prima volta, probabilmente, alla fine del 1500, nel titolo del trattato di Rodolfo Goeckel *Psychologia: hoc est de hominis perfectione*, dove si guardava alla psicologia come strumento di miglioramento dell'uomo. Si comprendono, quindi, lo scopo sociale e la forte inclinazione etico-educativa che si ritrovano anche nel titolo del libro di un allievo di Goeckel, Otto Cassmann, cioè *Psychologia anthropologica*. La "psicologia umana", sempre più in relazione con la dimensione scientifica che comprendeva i problemi del conoscere e del sentire, interessò via via sempre più intellettuali, da Erasmo a Locke, da Giordano Bruno a Campanella e così via. Fu così che si delineò la cosiddetta "psicologia medica", della quale Zilboorg ed Henry individuano, nel corso del sedicesimo secolo, due orientamenti predominanti: «Il primo consiste nel trattare delle caratteristiche e delle proprietà della mente umana come distinte da quelle dell'anima e, quindi, nel ricercare la causa di queste proprietà e delle loro funzioni nelle attività del corpo umano, e non dell'anima. Questo orientamento […] è soprattutto psicologico, descrittivo, empirico e, in definitiva, sperimentale. […] Il secondo orientamento della psicologia, che si andò già ben delineando a inizio secolo, si occupò invece degli impulsi, degli istinti, delle emozioni e degli affetti umani; e portò direttamente al problema della motivazione psicologica, determinante l'individualità dell'uomo e il suo comportamento sociale» (*ibidem*, p. 156).

[131] Tale espressione, come ricorda E.H. Ackerknecht in *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 53, si deve a Zilboorg (cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 152-214).

[132] Tra i medici *ante litteram* vi sono Cornelio Agrippa, Paracelso e Weyer. Inoltre, protagonisti di questa 'rivoluzione' furono anche medici quali Gesner, Montanus e Benedictus, i quali ricorsero al trattamento naturale come strumento terapeutico, senza più allusioni a forze soprannaturali (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 53-57).

[133] Per maggiori dettagli sulla sua biografia cfr. *ibidem*, p. 54.

parte delle streghe, soffrono già di malinconia o di altri disagi mentali e hanno, quindi, capacità razionali e immaginative alterate.

La modernità del pensiero di Weyer, al di là delle controversie interpretative intorno al suo trattato[134], si rivela nel riconoscimento della realtà quanto meno effimera e precaria della magia, che dunque non deve essere né temuta né perseguita. È chiaro, però, che Weyer, figlio del suo tempo, mantiene ancora alcune credenze in una tale direzione, ma quantomeno le limita e le circoscrive, sostenendo l'origine naturale di alcuni disturbi e scardinando l'idea che ogni forma di alterazione sia sempre riferibile ad un qualche tipo di stregoneria[135]: è il caso, per esempio, della licantropia, che egli annovera tra le forme di pazzia. Più che le streghe, dovrebbero essere perseguiti i monaci che le tormentano e dai quali i medici dovrebbero distaccarsi, cominciando a considerare, invece, che il vero "spirito del male" è costituito dalla malattia vera e propria, sulla quale occorre intervenire in modo terapeutico (un tema che sarà poi ripreso, evidentemente, dalla psicoterapia contemporanea). Ne segue un radicale cambiamento di approccio, nel senso che la terapia non viene più affidata, almeno nelle intenzioni, ai riti mistici dei sacerdoti, ai quali spetta, semmai, il successivo compito della rieducazione, ma all'intervento del medico.

La visione di Weyer si collega da un lato all'atteggiamento di benevolenza e di compassione nei confronti del malato che in quel periodo si andava sempre più diffondendo, come dimostra anche il rapido proliferare delle strutture di cura che iniziarono a essere costruite in diversi parti del mondo[136], e d'altro lato alla curiosità del tempo, che stimolava continuamente il dubbio, rendendo possibile la maturazione di un forte interesse per l'indagine delle cause naturali, ora da distinguere nettamente da qualsiasi forma di suggestione evocata dall'*imaginatio*[137]. Emerge, in Weyer, la necessità di separare la teologia dall'indagine medico-naturalistica, e proprio in tale esigenza si può intravedere il suo spirito fortemente clinico, che innanzi tutto muove verso la separazione dei fenomeni biologici da quelli religiosi: questo si legge, per esempio, nel trattato del 1577 intitolato *De commentitiis jejuniis*, dove egli smaschera il senso ambiguo di un finto digiuno, strumentalmente creduto un miracolo seguito al superamento di una grave patologia[138]. Weyer «fu il primo medico il cui interesse maggiore si sia rivolto alle malattie mentali e che quindi abbia anticipato la nascita della psichiatria come una specializzazione della medicina; e fu pure il primo clinico e il primo psichiatra descrittivo che abbia lasciato alle generazioni successive un'eredità che fu accettata, sviluppata e perfezionata in un ramo della medicina basato sull'osservazione, con un processo che culminò nel grande sistema descrittivo della psichiatria, formulato alla fine del XIX secolo. Inoltre, più di ogni altro, completò, o almeno fu sul punto di farlo, il processo di distacco della psicologia medica dalla teologia, e della conoscenza empirica della mente umana dalla fede nella perfezione dell'anima umana»[139].

Un'altra figura che certamente segnò quest'epoca per certi versi di transizione fu Paracelso (1493-1541), il medico rinascimentale che, come suggerisce già il titolo della sua opera, *Delle malattie che ci derubarono della ragione*, fu sempre affascinato dai disturbi mentali. Egli fece dell'esperienza la via verso la scienza, e tale spirito, tipicamente

---

[134] Per un'analisi dettagliata della figura e dell'opera di Weyer (con particolare riferimento al *De praestigiis daemonum*), nonché della controversa ricezione del suo pensiero, cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 180-206. Su Weyer si veda anche H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 60-61.

[135] La critica di Weyer incontrò anche molti oppositori, cifra della diffusa ostilità dell'epoca, non ancora pronta ad accettare che le malattie mentali potessero essere oggetto della medicina. Un esempio è dato dalla confutazione ad opera di Jean Bodin (1530-1596), che scrisse un testo in cui criticò le tesi di Weyer e difese, sostanzialmente, la caccia alle streghe (cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 206-211).

[136] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 56-57.

[137] Per il concetto di "*imaginatio*", che riporta, tra i tanti, a Pico della Mirandola, cfr. *ibidem*, p. 57.

[138] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 183-185.

[139] *Ibidem*, p. 200.

rinascimentale, di apertura e di curiosità traspare anche in questo scritto nel quale le malattie mentali sono considerate processi naturali e dove viene redatta una nuova classificazione nosologica che, seppur con alcuni evidenti retaggi dell'età classica, amplia il novero delle malattie mentali fino ad allora riconosciute, superando definitivamente la limitazione classica alla triade costituita da mania, malinconia e frenite.

Paracelso si occupa, tra l'altro, dell'epilessia, distinguendone, in base alla derivazione (dal cervello, dal fegato, dal cuore, dall'intestino o dagli arti), cinque tipologie e sottolineandone la potenza sintomatica (paragonata a un terremoto). Secondo lui si tratta di un disturbo dello *spiritus vitae* che, cominciando a svilupparsi già in fase prenatale, conduce, esplicandosi in diverse manifestazioni (dalle convulsioni all'impotenza), all'annientamento del soggetto colpito. Della vecchia triade di malattie classiche Paracelso dà maggiore spazio alla mania, che però non riconduce più alla teoria umorale, ma sempre allo *spiritus vitae*, interpretandola come un'alterazione della ragione, piuttosto che dei sensi. Essa è riconoscibile attraverso sintomi evidenti: stati di eccitazione, incapacità di ragionamento, irrequietezza e manifestazioni di cattiveria. Le differenti reazioni sono dovute, principalmente, al modo in cui viene "distillato" un determinato materiale che poi, in forma di vapore, arriva fino al cervello: se la distillazione avviene per mezzo degli escrementi i pazienti mostrano mancanza di attenzione e indisposizioni come malesseri di stomaco, se, invece, la distillazione avviene nella zona degli arti prevalgono gli stati di eccitazione.

Paracelso parla anche del cosiddetto "ballo di San Vito", che ritiene si sviluppi attraverso l'*imaginatio* oppure quando, per opera dello *spirito vitae*, i sali irritano il sangue. Inoltre, egli parla della *suffocatio intellectus*, una malattia che può essere provocata da vermi intestinali oppure dall'eccesso di cibo o di sonno, e che insorge secondo varie modalità: una di queste è costituita dai colpi in testa, che, generando traumi, provocano stati di alterazione e di convulsione (per queste intuizioni Paracelso è da molti considerato una sorta di precursore di Jackson). Inoltre, tale malattia comporta anche l'emissione di fumo da parte degli organi colpiti, fumo che poi giunge alla testa o è aspirato dal cuore, esercitando una pressione tale da provocare stati convulsivi. Tale disturbo, insomma, se lo si volesse descrivere secondo l'odierna nosologia, sembrerebbe avere elementi sia dell'epilessia che dell'isteria.

Tuttavia, per Paracelso nessuna delle malattie ora ricordate costituisce la vera e propria pazzia, che, invece, è uno *status* permanente da collegare alle stelle. Da questo punto di vista egli distingue cinque categorie: i "lunatici" (coloro che hanno lo *spiritus vitae* segretamente influenzato dalla luna), gli "insani" (i nati pazzi), i "vesani" (le vittime di avvelenamento, spesso avvenuto per magia), i "malincholici" (i dominati dall'atrabile o bile nera ippocratica, che provoca stati di tristezza costanti e in casi estremi anche il suicidio) e gli "obessi". Egli considera le prime quattro tipologie non riconducibili a forme diaboliche, dato che lì a venir meno è la ragione stessa. Si tratta di soggetti che non patiscono alcuna pena, sostanzialmente privi di contatto con la realtà e probabilmente condannati ad un destino di pazzia perenne. Significativo, a tal proposito, è la considerazione della pazzia quale affezione che può colpire sin dalla nascita, come nel caso dei cosiddetti "insani". Questo è, con ogni probabilità, un elemento di grande novità che rappresenta, insieme ai rinnovati metodi terapeutici, un diverso modo di approcciarsi alla malattia.

Per quanto riguarda le scelte terapeutiche, il trattato di Paracelso presenta come grande innovazione innanzi tutto il ricorso a metodi chimici: le malattie possono essere guarite grazie alle ricette preparate dagli alchimisti[140], i quali usano elementi differenti secondo la

[140] L'alchimia suscitò molto interesse in epoca rinascimentale. Tra gli intellettuali che la studiarono degno di nota è certamente Cornelio Agrippa (1486-1535), medico e teologo, ma soprattutto personalità poliedrica che combatté il fanatismo dei tempi e, come si legge nel suo scritto *La filosofia occulta*, fu all'avanguardia nella lotta contro la "filosofia demonologica" (cfr. *ibidem*, pp. 175-180).

patologia da curare[141]. Singolare è, anche, quella che si può ritenere una prima elaborazione del concetto di prevenzione: anche la pazzia congenita dovrebbe essere evitata dai genitori attraverso l'assunzione di "medicine" speciali. Insomma, al di là delle conoscenze astrologiche, in linea con il suo tempo, la grande novità di Paracelso è, certamente, l'introduzione della iatrochimica. Come sottolinea Ackerknecht, «il corpo appare nei suoi scritti come una specie di cucina alchemica, da cui salgono vapori corrosivi che causano le malattie mentali»[142]. Questo, almeno, è quanto si legge in questo trattato, perché assai differente appare, invece, la sua posizione in *Delle malattie invisibili*, del 1531, dove sembrano essere predominanti, per la spiegazione delle malattie, elementi di natura mistica.

Nell'opera *De generatione stultorum* vi è, poi, la prima considerazione del rapporto tra gozzo e cretinismo, oltre che un esplicito invito alla benevolenza (anche nel trattamento) nei confronti dei pazzi. Tuttavia, non mancano atteggiamenti più duri nei confronti dei malati, che addirittura nel *De Lunaticis* si dice debbano essere puniti e bruciati, affinché non vengano strumentalizzati dal diavolo. Tale riferimento al diavolo è, come si è detto, in linea con l'interesse del tempo per la stregoneria e con la convinzione che essa sia in qualche modo congenita, quasi una sorta di predisposizione, visibile in diverse forme corporee e comportamentali: tuttavia, rimane differente l'atteggiamento rispetto alla stregoneria tradizionale, dal momento che non compare alcuna invocazione, per le streghe, del rogo, piuttosto si parla di una loro eventuale redenzione. In definitiva, dunque, Paracelso è stato certamente un uomo in parte contraddittorio, così come, d'altronde, l'epoca in cui visse, ma sicuramente il suo contributo alla medicina rimane indiscutibile, se non altro per l'introduzione della chimica in ambito terapeutico. Di più, l'aspetto rivoluzionario che apre la via verso la modernità non è, in lui, tanto quello nosologico, né la riconsiderazione della malattia in chiave fisico-naturale, quanto, piuttosto, la nuova concezione dell'uomo che, superata l'eredità ippocratico-galenica, viene ora visto come un'entità fondamentalmente costituita da processi biologici[143].

Tale acquisita consapevolezza favorì, probabilmente, la spinta ad adottare un metodo sempre più clinico, cosicché già alla fine del '500 alcuni medici sentirono la necessità di procedere ad un'osservazione diretta dei pazienti e dunque scelsero di 'internarsi' con i malati, al fine di potere osservare clinicamente le dinamiche genetiche ed evolutive delle patologie mentali. Questo è stato, per esempio, il caso di Felix Platter (1536-1614), il medico che, come testimoniano le biografie tramandate, si dedicò all'osservazione diretta dei malati. Le sue descrizioni, più che teoretiche e speculative, sono di natura pratica, senza neppure molti riferimenti storici; in esse traspaiono derivazioni della tradizione greca ma anche l'importante novità di una classificazione dei disturbi che supera il criterio galenico "dalla testa al tallone". Nella descrizione delle malattie, infatti, queste sono considerate secondo i sintomi, le cause e il trattamento: ogni disturbo è studiato secondo "*genera*, *causae* e *curatio*"[144].

Nell'opera *Medizinische Praxis* Platter tenta di spiegare tale suo rinnovato approccio e descrive le malattie mentali dividendole in quattro grandi categorie: *imbecillitas* (cioè una generica menomazione delle facoltà di pensiero), *consternatio* (che include lo stupore che si presenta con i deliri febbrili o gli stati catatonici ed è particolarmente interessante perché tra i casi di stupore ve ne è anche uno dovuto ad un tumore cerebrale, che Platter

[141] Per le cure delle varie patologie si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 61-62.
[142] *Ibidem*, p. 62.
[143] A proposito di Paracelso si vedano G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 170-175, H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 58-59, e H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 41-46.
[144] Cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 59-60.

scopre al tavolo anatomico[145]), *alienatio* (che comprende la demenza e l'alcolismo) e *defatigatio* (cioè le malattie di origine soprannaturale). Quest'ultima categoria di malattie mostra la superstizione alla quale si è ancora in qualche modo legati, in questo periodo, ma ciò non toglie spazio alla progressiva affermazione di uno sguardo clinico ora sempre più attento e oggettivo. Fu anche tale interesse ad imprimere un forte impulso alla ricerca sulle patologie mentali e si deve dare a Platter il merito di avere contribuito all'affermazione di una medicina clinica con precisi agganci non più e non solo alle riflessioni filosofiche ma anche e soprattutto alle scienze naturali.

2.2 Il Seicento: il "grande internamento" e l'isteria, espressione borghese della "non-ragione"

Come si avuto modo di vedere, seppur brevemente, il Cinquecento ha in qualche modo rappresentato un periodo di transizione, da una parte ancora fortemente legato ai retaggi del passato, dall'altro proiettato verso l'indagine empirica e naturalistica intorno all'origine e all'evoluzione dei disturbi mentali. Un secolo che, sulla scia di un innegabile processo di rinnovamento, è stato certamente teatro dell'azione di personalità in qualche modo *ante litteram*, in una società nella quale per certi versi aleggiavano ancora le ombre inquietanti del diavolo e delle streghe. Un secolo nel quale l'uomo si è riscoperto, ritrovando interesse per le indagini naturalistiche, da perseguire e da approfondire mediante l'osservazione, dunque in una prospettiva capace di procedere ben oltre le credenze mistiche medievali.

Il Cinquecento e poi anche il Seicento videro l'affermazione di grandi scienziati che, da Copernico a Galileo, non solo diedero un impulso rilevante alla scienza sia dal punto di vista metodologico, con l'introduzione del metodo sperimentale, che da quello più strettamente contenutistico, con le loro scoperte rivoluzionarie, ma anche e soprattutto modificarono il paradigma del pensiero e della conoscenza. Cambiò la percezione che l'uomo aveva di se stesso e, dunque, il suo rapporto con il mondo circostante, che non fu più da temere o da evitare ma da indagare con rinnovata curiosità. Si spiega così l'interesse per la natura e per le indagini empiriche, un interesse che portò grandi progressi anche in ambito medico, soprattutto per quel che riguardava la medicina organica, ma che inizialmente fu per alcuni versi paralizzante per la psichiatria. Se si guarda dal punto di vista storico a questo importante periodo, si vede che da una parte emergono i primi interessi clinici per i disturbi mentali e che dall'altra lo studio della mente diventa nuovamente oggetto di interesse da parte dei filosofi e degli intellettuali in genere, prima ancora che dei medici[146]. Tali profonde contraddizioni, molte delle quali restie ad essere estirpate in modo rapido e radicale, provengono già dal Cinquecento ma diventano sempre più evidenti nel secolo successivo.

L'alba del Seicento si porta dietro, infatti, le ombre del passato e da un punto di vista antropologico-sociale rappresenta un momento assai complesso, in cui probabilmente alcune contraddizioni radicate e secolari raggiungono la massima tensione. Infatti, il Seicento da un lato è il secolo segnato da quello che Foucault ha definito il "grande internamento"[147], dove il malato diventa una sorta di espediente per la risoluzione di presunte crisi sociali, dall'altro è il momento dei grandi progressi che, in linea con la ripresa degli studi classici e con la riscoperta dell'osservazione clinica di matrice ippocratica, si vanno sempre più delineando in chiave anatomico-fisiologica, permettendo di pervenire,

[145] «Plater fu infatti un pioniere dell'illuminazione del lavoro clinico in sede autoptica» (E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 65).

[146] Per uno sguardo più approfondito sull'epoca rinascimentale si vedano G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 215-222, e H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 61-62.

[147] Cfr. M. Foucault, *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Parigi, Plon, 1961. In questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di F. Ferrucci, *Storia della follia*, Milano, Rizzoli, 1963.

tra l'altro, alla prima elaborazione dell'idea di nevrosi. Tale contraddizione chiarisce lo spirito del tempo, spinto verso la ricerca medico-scientifica ma con lo sguardo rivolto alla "struttura dell'uomo", cioè alla sua costituzione anatomico-biologica, clinicamente osservabile, piuttosto che alla personalità individuale, sede degli impulsi più profondi e, anche, dei disturbi psichici: «È con stupore e disappunto che lo storico nota che Weyer non è quasi mai, o a stento, nominato nei trattati medici dei grandi clinici dell'epoca e che la malattia mentale occupa solo un posto secondario nei loro sistemi. […] La psicologia del Rinascimento tendeva a scoprire un individuo consapevole dei suoi diritti; ma il risorto ippocratismo, dovuto al Rinascimento, e la fusione dell'ippocratismo formale col pensiero fisicomatematico eliminò l'interesse per la psicologia di tipo individualistico. Si cominciò a studiare il comportamento dell'uomo non dal punto di vista delle sue esigenze e dei suoi impulsi individuali, personali; ma da quello della sua struttura generale, fisica e fisiologica. Il consiglio di Weyer, di studiare accuratamente ogni persona e di capire a fondo il contenuto ideativo della malattia, pare essere stato messo da parte […]. In altre parole, la psichiatria clinica continuò a seguire il principio antichissimo di ridurre l'uomo a un comune denominatore e di considerare tutti gli individui come se fossero uguali. La nuova medicina, così fruttuosamente unita alla fisica e alla fisiologia, seguì il principio istituito dai teologici demonologi, i quali ridussero tutti gli esseri a un comune denominatore di buona e cattiva volontà. Ai primi del XVII secolo, il comune denominatore diventò un postulato iatrofisico e iatromatematico. È questo tratto caratteristico della psichiatria del XVII secolo che le dà un carattere così transitorio, perché, nonostante la grande affermazione della scienza, il mondo, cattolico e protestante, dotto e ignorante, rimase con le idee confuse in fatto di malattie mentali»[148].

Tale atteggiamento determinò l'arretratezza della psichiatria rispetto alla medicina clinica[149]. Anche se ci si andava progressivamente distaccando dagli stereotipi medievali, la malattia mentale continuò a suscitare un atteggiamento sociale di grande ostilità che, seppur senza scadere nella "caccia alle streghe", assunse nuove forme per certi versi non meno brutali. Il malato di mente rimase ai margini, dunque, anche nel Seicento, quando fu addirittura assunto a simbolo dell'emarginazione e del rifiuto sociale: «I malati di mente abbondavano in città e villaggi. Abitavano in prigioni e sotterranei, vagavano per le vie cittadine e lungo le arterie principali tra il divertimento e, talvolta, l'orrore del popolino. Il medico non poté fare a meno di notarli; ma, a quanto pare, si limitò solo a constatare la loro esistenza: raramente li studiò o tentò di capirli. Sembrerebbe che la medicina si sia volontariamente disinteressata delle infermità mentali. Questa curiosa indifferenza della confraternita ippocratica ha un significato storico enorme, perché non solo mantenne la psichiatria in una posizione arretrata rispetto al corso generale della scienza medica ma riflettè pure un timore inespresso e un odio spesso manifesto nei confronti del malato di mente»[150]. Fu proprio questo diffuso odio sociale a favorire, certamente, il fenomeno del "grande internamento", cioè l'istituzione di strutture nelle quali venivano reclusi i reietti della società, dai mendicanti ai portatori di handicap, dagli emarginati ai malati mentali: «Sparita la lebbra, cancellato o quasi il lebbroso dalle memorie, resteranno queste strutture.

---

[148] G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 223-225.

[149] A tale proposito è interessante, relativamente a questo periodo, l'evoluzione di alcuni ambiti della medicina, come per esempio quello della medicina legale. Significativa, in tal senso, è la figura di Paolo Zachia (1584-1659), medico personale del papa, considerato il 'fondatore della medicina legale', il quale si dedicò ad un'opera di medicina legale (*Quaestiones medico-legales*) nella quale, tra l'altro, guardò ai disturbi mentali, distinguendosi tanto nell'ambito strettamente diagnostico che per una certa compenetrazione umana.
Anche la trasfusione di sangue è una pratica che risale a questo periodo (sebbene venisse successivamente proibita, per i tanti casi di morte, e di fatto reintrodotta soltanto nel Novecento) e si deve anche agli esperimenti del docente parigino Jean Denis, il quale introdusse, a scopo terapeutico, quantità di sangue di agnello nei malati di mente (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 72, H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 62, e G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 211).

[150] *Ibidem*, p. 223.

Spesso negli stessi luoghi, due o tre secoli più tardi, si ritroveranno stranamente simili gli stessi meccanismi di esclusione. Poveri, vagabondi, corrigendi e "teste pazze" riassumeranno la parte abbandonata del lebbroso e vedremo quale salvezza ci si aspetta da questa esclusione, per essi e per quelli stessi che li escludono. Con un senso tutto nuovo e in una cultura molto differente, le forme resisteranno: soprattutto quella importante di una separazione rigorosa che è esclusione sociale ma reintegrazione spirituale»[151]. Si tratta di un vero e proprio processo di stigmatizzazione operato dalla società, che ha sempre avuto un ruolo decisivo nella definizione dell'idea di anomalia e di disturbo mentale. L'anormalità è stata determinata, in modo più o meno esplicito, dalle reazioni della società, che ha stigmatizzato certi atteggiamenti provocando meccanisimi di emarginazione in tutte le epoche storiche. Se una testimonianza eloquente di questa dinamica è costituita dai lebbrosi del Medioevo[152], esclusi ed emarginati perché contagiosi, adesso un'esclusione simile si manifesta nuovamente, seppur in forme diverse, attraverso altre forme patologiche. Per la prima volta, però, la modernità opera una cesura netta tra follia e non follia, tra ragione e antiragione, il che costituisce, comunque, un elemento importante[153].

Il fenomeno dell'"internamento", sebbene in qualche modo travestito da una sorta di presunto rinnovamento etico, non rivela, in realtà, soltanto la modesta coscienza morale che probabilmente animava i medici del tempo, i quali vivevano la professione in modo sostanzialmente anaffettivo, non ancora pienamente consapevoli della loro missione e dell'importanza della relazione interpersonale tra medico e paziente, ma è anche il segno della forte predominanza ancora esercitata dai pregiudizi e da paradigmi sociali stereotipati: «In queste istituzioni vengono così a mescolarsi, spesso non senza conflitti, i vecchi privilegi della Chiesa in materia di assistenza ai poveri e di riti dell'ospitalità, e la preoccupazione borghese di mettere ordine nel mondo della miseria; il desiderio di assistere e il bisogno di reprimere; il dovere di carità e la volontà di punire: tutta un'usanza equivoca, di cui bisognerà chiarire il significato, simbolizzato senza dubbio da questi lebbrosari, vuoti dal Rinascimento, ma bruscamente destinati ad altro uso nel XVII secolo, e riarmati di poteri oscuri. Il classicismo ha inventato l'internamento, un pò come il Medioevo la segregazione dei lebbrosi […]»[154].

---

[151] M. Foucault, *Storia della follia*, cit., p. 27.

[152] Questo esempio relativo ai lebbrosi del Medioevo si ritrova spesso come modello di "stigmatizzazione" operata dalla comunità sociale. La lebbra, considerata prima come una sorta di calamità da isolare, per poi diventare, sotto l'influenza del Cristianesimo, "malattia santa", rappresenta bene l'idea di "pericolo sociale" in grado di spingere i malati fino all'emarginazione, come pure quella della dipendenza della sua diagnosi e terapia da marcati pregiudizi sociali. Schott e Tölle specificano chiaramente: «il fatto che le diagnosi della malattia – tanto indiscutibile è il loro valore anche per la terapia – potessero significare un evidente stigma per i malati in questione è immediatamente palese. Questo risulta evidente con un esempio storico. Nel medioevo la "lebbra" accertata aveva come conseguenza per il malato di tale patologia l'"abbandono", vale a dire l'eliminazione dalla comunità. Perché lebbroso corrispondeva a impuro e pericoloso. In quanto rifiutato, egli perdeva i propri diritti ancestrali e, per così dire, subiva la morte sociale. Veniva persino letta per lui, quando era mandato nel lebbrosario, la messa funebre. Dopo che anche i crociati si ammalarono di lebbra, nel dodicesimo secolo si giunse ad una diversa interpretazione della lebbra come "malattia santa": i lebbrosi dovevano ora essere curati, nella carità cristiana, nei "lazzaretti", che originariamente dall'ordine di San Lazzaro – fondato nel 1120 a Gerusalemme – erano stati allestiti in modo particolare per la cura dei lebbrosi. La comparsa della lebbra fu soggetta, nel medioevo, a denuncia obbligatoria, e prima dell'accettazione nel lebbrosario il malato doveva essere "osservato" da una commissione di medici e di chirurghi. Questa "osservazione della lebbra" assomigliava ad un procedimento giudiziario nel quale veniva alla fine formulato un giudizio e veniva redatto un corrispondente certificato che occorreva presentare all'ingresso nel lebbrosario. In modo particolare, nel tardo medioevo una tale procedura doveva impedire che poveri vagabondi trovassero nel lebbrosario rifugio e vitto […] Questo rapporto con i malati di lebbra nel medioevo chiarisce in modo paradigmatico la stigmatizzazione dell'uomo malato attraverso una diagnostica introdotta da medici al servizio di istituzioni sociali, cioè pubbliche» (H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 497).

[153] Cfr. K. Dörner, *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt a.M., Verlagsanstalt, 1969. In questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di F. Giacanelli, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma/Bari, Laterza, 1975, pp. 22-26.

[154] M. Foucault, *Storia della follia*, cit., p. 87.

Al di là delle complesse dinamiche che si celano dietro ad un fenomeno socio-antropologico di tale natura, quel che emerge, anche in quest'epoca storica apparentemente più evoluta e, per così dire, in cammino verso la scienza, è la consapevolezza (che poi Jaspers sottolineerà con forza) non soltanto del fatto che l'anormalità psichica si dispiega all'interno della società ma anche, e forse ancor di più, dell'idea che sia proprio la società, in un certo senso, a rendere possibile lo sviluppo di tale anormalità. Non solo, quindi, lo studio della malattia mentale si mostra ancora una volta soggetto alle credenze del tempo, che ne influenzano le scelte terapeutiche come le direzioni di ricerca, ma, ancor più che le epoche precedenti, il Seicento appare da questo punto di vista come un secolo estremamente importante perché, anche per via delle grandi trasformazioni politiche, economiche e culturali che lo percorrono, rappresenta una sorta di avvio decisivo verso la modernità, cosa che stravolge l'assetto della società e dunque provoca al suo interno effetti comunque in una certa misura destabilizzanti. Non è un caso, infatti, che si registrino molti più fenomeni di malattia mentale proprio in tale epoca, espressione di un'evidente fragilità sia religiosa che politica: da una parte si era avuta, infatti, l'indiscussa affermazione del Cristianesimo come potere religioso e temporale, dall'altra, poi, la grande destabilizzazione causata dalla Riforma e dalla Controriforma; inoltre, il tramonto del sistema feudale e della società classista, fondata su evidenti privilegi, aveva portato all'affermazione della classe borghese, che doveva insistere proprio perché quei privilegi venissero del tutto estirpati. Queste e altre tensioni politico-sociali, religiose e culturali si rifletterono ben presto anche sulla diffusione dei disturbi psichici, che si manifestarono in modo sempre più ampio e che la società preferì dapprima ignorare, non più e non solo, però, per l'antico timore e l'atavica chiusura mentale, ma anche e soprattutto per la nuova mentalità che si andava affermando. La malattia mentale, infatti, va qui contestualizzata nell'ambito del processo di sviluppo industriale che cambiò rapidamente i paradigmi e le esigenze della società, delle grandi rivoluzioni che da lì a poco avrebbero sconvolto i rapporti di potere e, soprattutto, della progressiva affermazione sociale della borghesia. Lo sviluppo della psichiatria non può prescindere, in questo preciso momento storico, dal riferimento alle dinamiche borghesi, che, nel tentativo di superare i privilegi secolari e di stabilire un diverso ordine civile e sociale, operarono una netta cesura con tutto ciò che era in qualche modo considerato una sorta di turbamento rispetto al conseguimento di tale agognato ordine.

La scienza psichiatrica, che prende forma dapprima entro la società inglese e francese del secolo successivo, nasce nel processo di formazione del capitalismo industriale tipicamente borghese e ha radici in tali rinnovate e complesse dinamiche sociali, segnate dal processo di emancipazione e dai tentativi di affermazione della nuova classe sociale[155] all'interno di un ordinamento collettivo rapidamente e ripetutamente sconvolto ma che ambisce, ora più che mai, alla pace e alla sicurezza[156]. Si capisce, così, la progressiva diffusione degli *hôpitaux généraux* francesi, degli *Zuchthäuser* tedeschi, delle *houses of correction*, poi *workhouses*[157], inglesi: tutte istituzioni che, al di là della denominazione, diventarono luoghi di accoglienza per coloro che erano ritenuti problematici e destabilizzanti per la società. Proprio quest'ultima diventa, dunque, il sistema di riferimento che stabilisce il confine tra integrazione ed emarginazione, proiettandolo anche nella relazione tra salute e malattia. Il disturbo psichico continua ad essere trattato anche e soprattutto come fenomeno sociale e l''eliminazione' dei malati mentali, rinchiusi in queste

[155] Proprio in questo periodo matura la concezione, che si svilupperà in modo compiuto nel Settecento, della responsabilità dello stato nei confronti dei cittadini. Ciò è in linea con l'affermazione del valore della collettività, che emergerà soprattutto durante la Rivoluzione Francese, e in buona sostanza sostituisce la tendenza individualistica della tradizione greca, per la quale di fatto era il singolo, piuttosto, che combatteva in nome e a tutela dello stato (cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 277-280).

[156] In questo senso risulta significativo il connubio tra psichiatria e sociologia, le cui dinamiche relazionali sono approfondite, in una prospettiva storica, da K. Dörner in *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 3-22.

[157] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 66-67.

strutture in condizioni ancora per lo più disumane, diventa la 'terapia' con cui lo stato sceglie di gestire i problemi sociali, rispondendo così alle pressioni sempre più violente di una classe borghese della quale si voleva comunque tentare di arginare l'ascesa. L'"internamento" diventa, allora, da una parte lo strumento politico dei regimi che cercano di tutelare i loro interessi, provando così a tenere a bada le rivendicazioni del ceto medio in ascesa, dall'altra il veicolo sociale della borghesia per l'affermazione del proprio *status* identitario, dal momento che il medico di quest'epoca è, sostanzialmente, il cittadino borghese, simbolo della ragione che si oppone alla follia, cioè alla "non-ragione": «È difficile rendere il senso pregnante del *Bürger* tedesco che è insieme il cittadino (*citoyen*) fruitore dei diritti civili e il borghese con le sue connotazioni di classe; il *Bürger* si contrappone al folle che è insieme il povero e il non-cittadino, appartiene alla classe subalterna ma è anche al di là di ogni collocazione "civile", in una situazione nella quale la mancanza della ragione (la follia) e quella dei diritti di cittadini (la povertà) appaiono inscindibilmente legate fra loro. Ma poiché il rapporto tra poveri e borghesi è un rapporto storico, cioè dialettico, derivante dal farsi di una società, anche tra follia e classe borghese permane un legame analogamente dialettico, in altri termini anche la follia (la malattia mentale, la sofferenza) ha una sua storicità, un suo "farsi" all'interno delle contraddizioni fra le classi e della classe»[158].

Il borghese è a tutti gli effetti il cittadino, in quanto rappresenta l'ordine naturale di cui la ragione è presupposto indispensabile, e si identifica con la parte 'sana' della società, che si contrappone a quella 'malata', che viene di fatto privata di ogni diritto (non solo civile, ma anche naturale). È proprio in questa fase storica che si acutizza il contrasto tra normale e anormale, tra salute e malattia, contrasto che invece Jaspers cercherà di ridimensionare, mostrando come un confine così netto non sia pensabile, dal momento che sono proprio le dinamiche sociali ad alterare ogni presunto criterio e stato di 'normalità'. E questo è proprio l'esempio offerto dal Seicento e dal Settecento, quando la "non-ragione", brutalmente esiliata, si ripresenta proprio nella figura del borghese che, mentre combatte per l'ordine razionale, finisce per diventare il primo isterico. L'"internamento" assume, allora, un'importanza storica fondamentale nella genesi della psichiatria scientifica e testimonia una cesura abbastanza netta con le epoche precedenti, sia per quanto riguarda la concezione della follia che per il modo di relazionarsi ad essa[159]: «L'origine della psichiatria nella sua fisionomia più moderna di scienza va vista sullo sfondo di un movimento che nel corso del XVII secolo cambiò radicalmente il panorama sociale dell'Europa. L'ascesa dell'era della ragione, del mercantilismo e dell'assolutismo illuminato, si effettuò in concomitanza con nuovo rigoroso ordinamento spaziale che delimitò tutte quelle forme della "non-ragione" che avevano fatto parte nel medioevo dell'unico mondo divino, e nel rinascimento del mondo che si secolarizzava, e le fece sparire sotto-chiave, al di là dell'universo dei rapporti civili, della eticità e del lavoro, in breve: dell'universo della ragione»[160]. Qui si colloca il simbolico inizio di quella che Foucault ha definito come la "segregazione della non-ragione", convenzionalmente circoscritta al periodo compreso tra il 1650 e il 1800, quando vennero aperti, per garantire stabilità ai cittadini e rispondere alle nuove esigenze economiche, i cosiddetti 'luoghi di accoglienza'. Tutto ciò che era considerato in qualche modo contrario all'ordine naturale razionale veniva percepito come una minaccia e dunque allontanato, cosicché il disturbo mentale non soltanto perse sempre più il proprio riferimento medico fondamentale ma, relegato a indistinta forma di disagio sociale, assunse persino una connotazione per certi versi etica, divenendo il simbolo di una grave inettitudine che andava segregata in luoghi

[158] F. Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. IX-X.

[159] Interessante, a questo proposito, anche l'analisi di R. Porter in *A Social History of Madness*, Londra, Weidenfeld & Nicolson, 1987; traduzione italiana, a cura di M. Papi, *Storia sociale della follia*, Milano, Garzanti, 1999.

[160] K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 22.

che, lontani dai cittadini, erano per l'appunto riservati ai "non cittadini", cioè ai malati e ai vagabondi[161], al fine di correggerne l'innaturale deviazione e di renderli nuovamente utili o, nei casi più gravi, quantomeno innocui per la società. L'"internamento" costituisce una testimonianza sociologica assai importante proprio perché riflette un tratto significativo della società del tempo, lasciando scorgere con cruda efficacia non soltanto le condizioni precarie e disumane delle classi subalterne ma anche le paure dei vecchi regimi in decadenza e le ambizioni del nuovo ceto medio in ascesa. Tuttavia, nonostante la crudeltà che inevitabilmente esprime, l'"internamento" costituisce anche un momento essenziale nel processo di emancipazione della scienza psichiatrica perché ha reso possibile la definizione del disturbo mentale come entità a sé stante, cioè da non identificare genericamente con altre forme di disagio sociale: fu proprio negli ospedali che occultavano e segregavano la "non-ragione", infatti, che poté stabilirsi la peculiarità del disturbo mentale, riconoscendo la necessità della cura medica, così che da semplici prigioni questi luoghi divennero poi manicomi, facendo germogliare la "psichiatria manicomiale", cioè una sorta di scienza medica ancora allo stato iniziale. Si trattò, ovviamente, di un processo secolare in cui, prima ancora che contro i metodi brutalmente repressivi, si dovette combattere contro sedimentati stereotipi e innumerevoli pregiudizi.

Foucault descrive, attraverso una severa analisi critica, il "grande internamento" come fenomeno tipico dell'Europa del Seicento, la quale, al di là degli interessi economici e delle dinamiche sociali, non era ancora pronta ad affrontare il disturbo mentale, trasformando così l'alienazione mentale in disagio sociale, ora da intendersi nell'accezione più negativa e disumanizzante. Nel corso del diciassettesimo secolo, infatti, coloro che si trovavano in una posizione, per così dire, 'scomoda', e quindi non potevano dare un contributo alla società, venivano "internati" in strutture che assunsero le sembianze di case di cura popolate da senzatetto, mendicanti e malati mentali[162]. Secondo Foucault il "grande internamento" fu conseguenza della crisi economica che aveva colpito l'Europa nel sedicesimo e nel diciassettesimo secolo, quando, per l'eccessiva urbanizzazione e il continuo stato di guerra, le condizioni di vita peggiorarono notevolmente e la miseria e la disoccupazione causarono un aumento considerevole del numero dei vagabondi e dei mendicanti. Esso rappresenta, dunque, la reazione del potere di fronte al divampare di questo fenomeno, una reazione che, però, assume anche una connotazione etica, dal momento che rappresenta una "condanna morale dell'ozio", visto che queste strutture hanno il compito di rendere produttivo chi per qualche motivo non lo è. Il problema, però, è rappresentato non solo dall'atteggiamento spesso spietato nei confronti di questi

[161] Suggestiva è l'associazione tra vagabondaggio e follia, che ben simboleggia una delle tante dimensioni mitiche e degli artifici letterari che spesso caratterizzarono la follia. Un immaginario che non riguarda soltanto le epoche più antiche ma che si ripercuote anche in periodo rinascimentale, nonostante il progressivo distacco dalle concezioni troppo fantasiose. Questo aspetto rappresenta in qualche modo l'altra dimensione del disturbo mentale, che, al di là dello allo statuto strettamente clinico, si inserì prepotentemente nell'immaginario popolare e nelle credenze folkloristiche, dando vita a ciò che in termini colloquiali e semplicistici si definisce 'follia'.
La *Storia della follia nell'età classica* di Foucault riprende il tema della follia intesa come percezione, e perciò indubbiamente non solo legata agli aspetti clinici e alle dinamiche del potere socio-politico-economico ma anche radicata nelle tradizioni popolari e nell'immaginario collettivo, letterario, filosofico e mitologico. A tal proposito, anche l'analogia tra folli e vagabondi viene ricollegata da Foucault ad un artificio letterario, che però, a differenza di altre costruzioni mitiche, sembra riferirsi a qualcosa di realmente esistito. È il *Narrenschiff*, cioè la "nave dei folli", metafora da un lato di tale vagabondare dei folli e dall'altro della tendenza delle comunità ad allontanare chi è considerato anormale: «Ma di tutti questi vascelli romanzeschi o satirici, il *Narrenschiff* è il solo che abbia avuto un'esistenza reale, perché sono esistiti questi battelli che trasportavano il loro carico insensato da una città all'altra. I folli allora avevano spesso un'esistenza vagabonda. Le città li cacciavano volentieri dalle loro cerchie; li si lasciava scorazzare in campagne lontane, quando non li si affidava a un gruppo di mercanti o di pellegrini» (M. Foucault, *Storia della follia*, cit., p. 30. Si vedano, a questo proposito, anche le pp. 23-76).

[162] Cfr. V.P. Babini / E. Montanari, *L'ospedale e la malattia mentale nel Sei-Settecento*, in R. Sabbatini (a cura di), *Dal monastero allo spedale de' pazzi. Fregionaia da metà Settecento al 1808*, Roma, Donzelli, 2012, pp. 67-73.

bisognosi che, considerati soltanto come un problema sociale, diventano di fatto dei reietti, ma anche dalla considerazione che, in questo scenario, assume la malattia mentale. Il disagio mentale diventa, infatti, "follia", in un'accezione pericolosa, ora non più perché evocazione di spiriti diabolici ma in quanto minaccia "dell'ordinamento civile". Si tratta, in fondo, di un altro modo per neutralizzare l'aspetto irrazionale della mente, così tanto temuto proprio per la sua sostanziale incontrollabilità. L'"*alienatio mentis*" diventa, dunque, alienazione sociale, nel senso che il disturbo mentale, il cui appellativo si trasforma, con un'accezione chiaramente dispregiativa, semplicemente in "insania", determina anche una separazione fisica dalla società "normale": il "grande internamento", che per Foucault inizia simbolicamente con l'istituzione dell'*Hôpital général* di Parigi, nel 1656, è una segregazione non solo fisica ma anche e soprattutto sociale e morale[163]. In realtà, a quel tempo vi erano già, e non solo in Francia ma in tutta Europa, strutture adibite ad accogliere mendicanti e disagiati mentali, ma l'istituzione dell'*Hôpital général* di Parigi[164] rappresentò il momento in cui lo stato decise di intervenire direttamente e in modo capillare nella delicata questione, esercitando la propria autorità attraverso il potere conferito non già al medico, il cui ruolo rimaneva ancora tutto sommato secondario, ma al direttore, che aveva pieni poteri nella gestione dell'istituzione ed era a tutti gli effetti espressione del potere. Spietata, in tal senso, è la critica di Foucault, che associa tali strutture a dinamiche di potere basate su logiche repressive che, al di là di ogni considerazione di carattere umanitario, combattevano la "sragione" e rendevano tale processo di internamento "furioso"[165]: «L'Hôpital général non è un'istituzione medica. È piuttosto una struttura semigiuridica, una specie di entità amministrativa che, accanto ai poteri già costituiti, e al di fuori dei tribunali, decide, giudica ed esegue. […] Sovranità quasi assoluta, giurisdizione senza appello, diritto esecutivo contro il quale niente può prevalere: l'Hôpital général è uno strano potere che il re crea tra la polizia e la giustizia, ai limiti della legge: il terzo stato della repressione. […] l'Hôpital général non è legato a nessuna idea medica. Esso è un'istanza dell'ordine, dell'ordine monarchico e borghese che si organizza in Francia in questa stessa epoca. Esso si ramifica direttamente dal potere reale, che l'ha sottomesso alla sola autorità del governo civile […]»[166].

L'*Hôpital général* di Parigi diventa, dunque, simbolo del "grande internamento"[167], dando inizio alla diffusione, ufficializzata con l'editto del re del 16 giugno 1676, con cui si autorizzavano queste istituzioni in tutta la Francia. In realtà, però, queste strutture si diffusero in tutta Europa, con sovrapposizioni cronologiche più o meno evidenti, come dimostra per esempio il primo *Zuchthaus* tedesco, che sembra risalire al 1620, e le altre che si diffusero in questo periodo in altre città europee limitrofe[168]. In Inghilterra il fenomeno ha radici addirittura antecedenti, dato che l'ordine di costruire *houses of correction*[169], con lo scopo di prevenire e di fronteggiare la povertà, risale al 1575, sebbene senza mai raggiungere la stessa importanza che tali istituzioni ebbero in Francia. Nonostante i cittadini partecipassero alle spese di mantenimento di tali strutture con un'imposta fissa e

---

[163] A proposito delle considerazioni di Foucault sul "grande internamento" cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 54-57, dove risulta interessante anche la rilettura di tale fenomeno da parte di Quètel e Collèe, i quali valutano il processo di internamento non solo in una "prospettiva repressiva" ma anche alla luce di una necessità in qualche modo dovuta al considerevole aumento degli "insani" e, anche, tenendo conto di una possibile "dimensione caritatevole".

[164] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 139-141.

[165]«Durante tutta l'età classica non vi è che un internamento; in tutte le misure che vengono prese, e da un estremo all'altro, si nasconde un'esperienza omogenea. Una parola la segnala - la simbolizza quasi -, una parola che è una delle più frequenti fra quelle che si ha occasione d'incontrare sui libri dell'internamento: quella di "furioso"» (M. Foucault, *Storia della follia*, cit., p. 164. Per un'analisi approfondita intorno alle "esperienze della follia", con particolare riferimento al processo di internamento, si vedano anche le pp. 163-195).

[166] *Ibidem*, p. 83.

[167] Per approfondire le vicende della fase storica iniziale dell'*Hôpital général* cfr. *ibidem*, pp. 102-104.

[168] Cfr. *ibidem*, p. 88.

[169] Cfr. *ibidem*, p. 89.

con contributi liberali e sebbene ci fosse un gran numero di nullatenenti (specialmente in seguito alla politica latifondista delle *enclosures*, che aveva diminuito la manodopera e aumentato il numero dei nullatenenti)[170], queste istituzioni si andarono via via fondendo con le prigioni tradizionali, oppure assunsero le caratteristiche di *workhouses* che sfruttavano la manodopera degli internati per finalità produttive. Tali evoluzioni risultano coerenti con le varie strutture politico-economiche dei diversi paesi ed è chiaro che se il potere assolutistico francese aveva interesse a garantire l'ordine sociale (e ciò spiega anche la capillare diffusione di queste strutture in tutta la Francia) il capitalismo inglese doveva privilegiare, invece, l'ottimizzazione delle strutture in senso economico. In ogni caso, ai fini della nascita della psichiatria come scienza[171], che si vuole in qualche modo fissare con Tuke in Inghilterra e con Pinel in Francia, risultano fondamentali i processi di evoluzione di cui furono protagonisti, nel corso del Settecento, questi istituti sociali. L'analisi di Foucault ne caratterizza, certamente, entità e finalità ma risulta per certi versi insufficiente. La sua disamina rispecchia più la situazione francese, della quale certamente coglie le cause politico-religiose della "segregazione della non-ragione", da individuare non soltanto nella controversia tra potere temporale e autorità religiosa ma anche e soprattutto nelle nuove influenze ideologiche ad opera della Riforma e della Controriforma: fu certamente determinante, infatti, l'atteggiamento calvinista rispetto alle opere e al lavoro, se non altro perché favorì un accentuato distacco dal povero e una diversa reazione dinnanzi alla sua miseria, che non impietosiva ma semmai alimentava un sentimento di separazione giustificato dalla presunta volontà di un Dio, che in qualche maniera aveva già predestinato in tal modo le diverse anime. La miseria divenne, così, sinonimo di turbamento sociale, peraltro sconvolgendo anche la visione della Chiesa cattolica, ora chiamata a rivedere e a riadattare il concetto di carità cristiana[172]: «Ormai la miseria non è più presa in una dialettica dell'umiliazione e della gloria, piuttosto in certo rapporto del disordine all'ordine che la chiude nella colpevolezza. Essa che a partire da Lutero e da Calvino, portava già i segni di una punizione intemporale, nel mondo della carità statalizzata diventerà compiacenza verso se stessi, e colpa verso il buon funzionamento dello stato. Essa scivola da un'esperienza religiosa che la santifica a una concezione morale che la condanna. Al termine di questa evoluzione si incontrano le grandi case d'internamento: laicizzazione della carità, indubbiamente; ma, oscuramente, anche punizione morale della miseria»[173].

Queste dinamiche trovarono margini di sviluppo anche tra i presupposti filosofici maturati già dal Rinascimento, quando l'uomo aveva acquisito consapevolezza della propria *ratio,* basando molte delle proprie certezze su tale capacità: quella "compiacenza di sé" di cui discute Foucault si radica, infatti, nel saper pensare e dubitare che era diventato, con la tradizione inaugurata da Cartesio, il sigillo della propria capacità di

---

[170] Per quanto riguarda il processo di internamento avviato in Francia e in Germania e la condizione di povertà che spinse ad assumere tali misure si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 22-23.

[171] La psichiatria si sviluppa in Italia in modo in qualche misura più tardivo, se non altro perché si radica nelle dinamiche risorgimentali e nel complicato processo di formazione dello stato unitario (cfr., per questo, F. Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. X-XXII).

Per quanto riguarda lo sviluppo degli ospedali psichiatrici in Italia si veda R. Sabbatini (a cura di), *Dal monastero allo spedale de' pazzi. Fregionaia da metà Settecento al 1808*, cit., che riguarda principalmente la realtà di Lucca e il ruolo dell'ex Monastero di Fregionaia che, adibito ad ospedale, accolse i primi malati mentali.

Più in generale, per approfondire la storia della psichiatria in Italia si vedano almeno: V.P. Babini / M. Cotti / F. Minuz / A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metá dell'Ottocento***,** Bologna, Il Mulino, 1982; V. P. Babini., *La vita come invenzione. Motivi bergsoniani in psichiatria*, Bologna, Il Mulino, 1990; P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia,* Firenze, Olschki, 1991; V.P. Babini*, Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2011.

[172] Cfr. M. Foucault, *Storia della follia*, cit., pp. 91-95.

[173] *Ibidem*, p. 95.

intendere e di volere e quindi, nello stesso tempo, un discrimine rispetto a coloro che ne erano invece privi[174].

Dopo un'analisi approfondita del meccanismo dell'internamento, non senza una ricostruzione storica dei suoi presupposti culturali e politici, così come degli eventi che ne hanno determinato la capillarizzazione su tutto il territorio, la riflessione di Foucault si concentra sulle logiche di potere che, travestite da "correzionarismo" etico[175], diventano di fatto uno spietato meccanismo di repressione che perdurerà per oltre un secolo[176]. Tuttavia, va ribadito, in questa prospettiva appare fin troppo predominante il riferimento alla situazione francese, le cui dinamiche vengono spesso assimilate a quelle di altri paesi. Foucault denuncia il carattere repressivo di questi istituti sociali, che, attenendosi alla giustificazione di dovere "correggere" moralmente gli internati indirizzandoli al lavoro, di fatto se ne servono per gli interessi economici del paese[177]. L'"internamento" nasce, dunque, come risposta alla crisi diffusasi tra Seicento e Settecento, ma via via si 'adatta' alle diverse trasformazioni delle varie realtà nazionali, con esiti non sempre uniformi.

Foucault non descrive, quindi, la malattia mentale con diretto riferimento alla sua esplicazione clinica ma si sofferma, piuttosto, sulla follia intesa in senso più culturale che patologico, guardandola nelle diverse declinazioni filosofico-letterarie e sociali assunte nel corso del divenire storico[178]. Pare condivisibile, dunque, la prospettiva ermeneutica di Hoff, secondo cui la critica di Foucault è più "filosofica" e "sociale" che prettamente "psichiatrica"[179].

La logica brutale dell'internamento rappresenta un regresso dal punto di vista umano e una delle sconfitte etiche più significative nella storia della malattia mentale; essa, nel tentativo di esiliare l'anormalità, ha reso il cittadino borghese assai più vulnerabile e maggiormente soggetto ad essa, confinando tale "segregazione della non-ragione" in un orizzonte tutt'altro che scientifico. Inoltre, in linea con le contraddizioni dell'epoca, se da una parte vi fu un atteggiamento di repulsione e di isolamento rispetto alle forme psicotiche in generale, dall'altra si manifestò, invece, un certo interesse per alcuni di questi disturbi. L'isteria, oramai da non intendere più come malattia dell'utero ma come nevrosi riconosciuta e trattata ambulatorialmente, diventò, per esempio, la forma borghese della "non-ragione"[180]. Probabilmente uno dei motivi che spinse ad indagare su tale disturbo fu l'intensificarsi del contatto con i pazienti affetti da nevrosi, i quali, se non ancora internati, cominciarono a frequentare spesso il medico. Sono significative, in tal senso, le testimonianze dei medici del periodo[181], che denunciano l'aumento dell'ipocondria e,

---

[174] Per quanto concerne l'influenza esercitata da Montaigne e da Cartesio cfr. *ibidem*, pp. 77-80.

[175] Cfr. *Il mondo correzionario*, *ibidem*, pp. 123-162.

[176] Per approfondire l'analisi condotta da Foucault sul "grande internamento" e sul suo carattere "repressivo" si possono consultare in traduzione italiana, pur con qualche difformità rispetto agli originali, le seguenti opere del filosofo francese: *Storia della follia*, cit.; *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, a cura di A. Fontana, Torino, Einaudi, 1998; *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, Milano, Feltrinelli, 1996-1998, volume 1, a cura di J. Revel, *Follia, scrittura, discorso (1961-1970)*, volume 2, a cura di A. Dal Lago, *Poteri, saperi, strategie (1971-1977)*, volume 3, a cura di A. Pandolfi, *Estetica dell'esistenza, etica, politica (1978-1985)*; *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, a cura di V. Marchetti e A. Salomoni, Milano, Feltrinelli, 2000; *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974*), edizione stabilita da J. Lagrange, a cura di M. Bertani, Milano, Feltrinelli, 2004.

[177] Cfr. M. Foucault, *Storia della follia*, cit., pp. 107-120.

[178] Cfr. M. Foucault, *Follia e cultura*, in Id., *Malattia mentale e psicologia*, cit., pp. 67-101.

[179] Cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 3.

[180] Cfr. *Isteria e identità del borghese*, in K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 36-44. In queste pagine viene analizzato il nesso tra borghesia e isteria, con particolare riferimento alle dinamiche sociali e alla scelta politica della "segregazione della non-ragione". Vengono quindi evidenziati gli studi sull'isteria al tempo condotti soprattutto in Inghilterra, principalmente da Willis e Sydenham, e poi proseguiti nel corso del Settecento.

[181] Si tratta di testimonianze le cui prime tracce risalgono al Seicento ma che si ritrovano anche nei periodi successivi: «G. Mercuriali (1530-1606) lamenta, già intorno al 1600, l'aumento dell'ipocondria. T. Sydenham (1621-1689) […] è dell'opinione che la metà di tutti i suoi pazienti non febbrili, ossia un sesto totale dei suoi pazienti, consista in casi di isteria. Nel XVIII secolo il clinico inglese George Cheyne (1671-1743) è del parere

soprattutto, dei casi di isteria, confermando così la convinzione di Jaspers secondo la quale ogni secolo è caratterizzato da un determinato disturbo, piuttosto che da altri. Nonostante i numerosi casi di nevrosi, però, non fu semplice né immediato ricondurre una sintomatologia tanto ampia ad un unico disturbo, così ci si concentrò sulla ricerca degli elementi di somiglianza, al fine di individuarne il denominatore comune in grado di svelare il processo morboso originario. Si trattò di un processo molto lungo e legato ai continui progressi nel frattempo compiuti dalla scienza[182].

Uno dei primi e forse anche dei più significativi studi sulla nevrosi, con particolare riferimento all'isteria, fu senza dubbio quello di Thomas Sydenham (1621-1689)[183], che, si avvalse di un metodo più pratico che teorico, focalizzandosi sul paziente e considerando tanto i sintomi che il decorso della malattia, oltre alle influenze ambientali e climatiche. Egli si accorse che l'isteria era la malattia al tempo più diffusa e più complicata da curare, che poteva scatenarsi in seguito ad un momento di eccitazione così come dopo un periodo di lungo digiuno: essa era dovuta ad un'"atassia" o ad uno "spasmo" degli "spiriti animali" della tradizione classica e rinascimentale. Sydenham non intendeva ricondurre la malattia né ad un piano esclusivamente somatico, secondo la tradizione ippocratica, dalla quale era comunque influenzato, né ad un orizzonte soltanto psichico: gli "spiriti animali" rappresentavano una sorta di sintesi che permetteva di sfuggire a tali possibili assolutizzazioni, in un senso o nell'altro, e l'isteria, a differenza degli altri disturbi mentali in qualche modo riconducibili al piano umorale, era, per Sydenham, l'unica malattia che andava ricondotta a tale causa. Essa si manifesta in forme molto varie, colpendo principalmente le donne (eccetto quelle con una condotta di vita molto faticosa), in quanto più deboli e costituite da "spiriti animali" più sensibili; ma non risparmia neppure gli uomini (basti pensare al caso, trattato da Sydenham e ricordato da Ackerknecht, dell'uomo che soffriva di crisi di pianto isterico)[184], soprattutto quelli che vivono in modo eccessivamente sedentario.

In ogni caso, al di là delle determinazioni specifiche, si tratta, con la teoria di Sydenham, di un momento certamente significativo per la storia della psichiatria, dal momento che le malattie non vengono più trattate con un'esclusiva visione di genere, come era per lo più avvenuto nell'antichità, quando si erano nettamente distinte le malattie propriamente maschili e quelle femminili (come per esempio proprio l'isteria). Sebbene negli uomini essa si manifesti sotto forma di ipocondria, tuttavia si tratta pur sempre di un disturbo riconducibile all'isteria: ciò costituisce un chiaro segno della sopra accennata tendenza ad individuare, al di là delle diverse sintomatologie, il processo morboso comune che ne è alla base. Ed è proprio l'ampia sintomatologia con cui si manifesta l'isteria a renderne problematico il riconoscimento: essa può apparire, infatti, in forma di epilessia,

---

che i pazienti nevrotici rappresentino un terzo di tutti i suoi pazienti. […] All'inizio del XIX secolo Thomas Trotter (1761-1831), nel suo *View of the nervous temperament*, afferma a chiare lettere che due terzi dei suoi pazienti sono nevrotici» (E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 68).

[182] In questo periodo è molto acceso il dibattito sull'origine dell'isteria e, in particolare, sulla sua localizzazione. La tesi uterina, sostenuta per esempio da Lange, riprende la teoria ippocratica con qualche lieve modifica, nel senso che più che nelle emigrazioni dell'utero si crede negli spostamenti dei vapori che ne derivano. La tesi neurologica, invece, sostenuta da Willis e Sydenham, ritiene che l'isteria sia dovuta ad una patologia cerebrale, e non genitale: il «flusso patogeno" non prosegue dall'utero al cervello, ma viceversa. Diversa è anche l'interpretazione della sintomatologia: secondo la tesi uterina l'isteria è una malattia acuta che si manifesta periodicamente con sintomi molto forti come crisi e convulsioni; secondo la tesi neurologica, invece, si tratta di una malattia cronica che si manifesta senza regole determinate. Tuttavia, per quanto le ipotesi siano differenti, anche la tesi neurologica si riferisce alle stesse teorie fisiologiche e fisiopatologiche di derivazione ippocratica: ciò dimostra che, nonostante la centralità via via assunta, nella spiegazione dei disturbi mentali, dal cervello, questa è ancora in qualche misura una fase "prescientifica" (cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 51-54).

[183] Per ulteriori dettagli biografici, specie relativamente agli studi di Sydenham e alle sue relazioni con importanti intellettuali contemporanei (come per esempio Locke), si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 69.

[184] Cfr. *ibidem*, p. 70.

di tachicardia, di tosse, di irritazione dello stomaco e di dolori articolari e muscolari; tuttavia, particolarmente sintomatico di tale disturbo è l'eliminazione di ingenti quantità di urina chiara, il che costituisce certamente un elemento comune alle diverse sintomatologie.

In merito alle modalità secondo le quali il paziente vive l'isteria, anche qui i quadri clinici appaiono molto diversificati (e addirittura non tutti classificabili): emergono pazienti malinconici, di buon umore, ma soprattutto molto lunatici. I metodi terapeutici sono elementari, dal momento che solitamente si ricorre a salassi e a purganti, mentre sono diffuse le terapie che prevedono una dieta lattea e la pratica dell'equitazione. Il dolore viene curato con l'oppio, mentre le crisi più gravi e violente vanno gestite con gli antichi metodi "puzzolenti" di cui aveva trattato anche Areteo. Il merito di Sydenham non va però cercato tanto nelle scelte terapeutiche, quanto nella capacità di delineare l'eziologia di tutti quei disturbi fino ad allora considerati genericamente "isterici" ma che, in realtà, presentano quadri clinici molto più complessi e non riconducibili a semplici "malattie dell'utero".

È chiaro che il pensiero di Sydenham abbia risentito del clima culturale del suo tempo, e probabilmente anche del confronto con altri medici: considerando che l'epicentro dell'interesse di studio si stava spostando sempre di più verso il sistema nervoso, non stupisce che, come sostiene Isler, molte convinzioni di Sydenham risentirono anche dell'influsso di Thomas Willis (1621-1675)[185], ritenuto il padre della neurologia, colui che definì l'isteria come malattia del cervello, e non dell'utero. Willis rappresenta pienamente il prototipo del medico del Seicento, interessato allo studio organico del paziente e meno attento alla comprensione individuale del malato, dunque alle dinamiche psicologiche del singolo. Probabilmente per questo motivo egli viene spesso ricordato per i trattamenti spesso brutali prescritti ai suoi pazienti (tra questi, per esempio, il cambio di luogo), convinto che la priorità fosse guarire e i mezzi più efficaci per raggiungere questo obiettivo fossero quelli più severi e coercitivi, piuttosto che un atteggiamento benevolo e umano. Del resto, ciò non stupisce, alla luce di quanto detto, vale a dire del processo di "segregazione della non-ragione" che implicava il netto distacco dai folli, per i quali non valevano neppure, per dir così, i diritti umani più naturali. Così, «il trattamento razionalistico-addestrativo, punitivo e crudele»[186] di Willis appare in linea con le considerazioni del tempo e non è escluso che sia stato anche tale approccio ad aver fatto ritenere Willis come uno dei fondatori della "psichiatria apsicologica", che «si radicò nella scienza medica e che, mentre rese un servizio inestimabile alla neuroanatomia, alla neurofisiologia e alla neuropatologia, trascurò quasi interamente lo studio degli stessi fenomeni psicologici»[187].

In questo periodo la secolare ricerca della sede dell'anima si trasformò nell'esigenza di scoprire la causa del disturbo mentale, individuando il punto focale della malattia mentale, che, secondo i progressi degli studi anatomici, venne localizzata nel cervello[188]. Poté iniziare, così, in modo più sistematico lo studio del sistema nervoso e la neurologia divenne in una certa misura 'sinonimo' della psichiatria. Queste furono le basi della prima affermazione della neurofisiologia e, soprattutto, della patologia cerebrale, che occuperà un posto centrale nei secoli successivi. Proprio a Willis si devono le prime significative scoperte in questo ambito, dato che fu lui a individuare "l'undicesimo paio dei nervi cranici", a conferma delle sue capacità metodologiche ed empiriche. Inoltre, tra i suoi contributi in questo senso fondamentali vanno ricordati quelli in ambito anatomico e fisiologico, dato che proprio a lui si deve la nozione di "riflesso", assai utilizzata nelle epoche successive, così come i concetti di funzione della corteccia cerebrale e di

[185] Per maggiori approfondimenti, biografici e scientifici, su Willis si veda *ibidem*, pp. 71-72.
[186] K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 37.
[187] G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 231.
[188] Un'altra figura che molto insistette sulla localizzazione cerebrale fu Charles Lepois (1563-1633), il quale sostenne che la causa dell'isterismo fosse da localizzare nel cervello, e non nell'utero, cosicché i soggetti colpiti potevano essere sia uomini che donne. Fu una tesi piuttosto all'avanguardia, se si pensa che anche ai tempi di Freud, dunque secoli dopo, non ci fu subito molta apertura rispetto al riconoscimento di un possibile isterismo maschile (cfr. *ibidem*, p. 227).

localizzazione cerebrale, nonché le prime analisi in ambito neuropatologico (per esempio una prima descrizione della *miastenia gravis*).

Nella sua *Opera Omnia* viene trattata proprio la patologia cerebrale, insieme ad alcune forme, per così dire, precorritrici, come è stato evidenziato da studiosi di epoca più recente, dell'epilessia e della schizofrenia. Sicuramente il carattere più innovativo, per quanto riguarda la riflessione sulla malattia mentale, si può individuare, però, nella considerazione dell'isteria come malattia nervosa, e non più uterina. Non sono mancate neppure importanti considerazioni sulla melanconia[189] e sulla mania, che egli riconobbe in qualche modo legate, ipotizzando anche che gli stati di euforia e di depressione fossero due momenti diversi della stessa patologia mentale, vale a dire di quella che secoli dopo sarà indicata come psicosi maniaco-depressiva. Ma, al di là delle considerazioni specifiche e della classificazione dei disturbi mentali, che per certi aspetti risentono dell'influenza della tradizione e dei tempi, il contributo maggiore di Willis riguarda proprio la rappresentazione del sistema nervoso dei malati di mente, ora visto come «un laboratorio, nel quale vari liquidi, alterati da fermenti cattivi, agiscono incessantemente sulla mente e ne turbano l'equilibrio»[190]. Certamente il suo studio del cervello, e in particolare della sua forma e del suo volume, e quello dell'irritabilità dei tessuti nervosi risentono ancora della tradizione classica, tanto per l'influsso della teoria umorale che per la teoria dell'espansione e della contrazione delle sostanze di matrice metodica e per certi versi solidistica.

Probabilmente, però, la definizione di "apsicologia" può qui risultare fuorviante, se non altro perché i fenomeni psicologici non sono in realtà trascurati, anzi, peraltro in linea con la tradizione dell'empirismo inglese, Willis ha cercato di comprendere la genesi delle sensazioni, delle abitudini e di altre realtà considerate prettamente psicologiche. Il problema è, soltanto, che la sua ricerca ebbe basi anatomiche molto forti e individuò le cause dei processi non già all'interno dell'individuo ma, per così dire, all'esterno. La sensazione, per esempio, sarebbe provocata da una spinta esterna che colpisce gli "spiriti animali" presenti negli organi, spingendoli verso l'interno e dando così vita alla sensazione. Allo stesso modo, altre facoltà quali la percezione e l'immaginazione sorgono dal movimento meccanico dei nervi, così come le abitudini sono date dal rapporto causale tra movimento e sensazione. Tuttavia, il fulcro che anima e media questi movimenti è dato dal "*sensus communis*", cioè "il senso comune del mesencefalo"[191]. Più che di "apsicologia" si dovrebbe parlare, semmai, di "neuropsicologia", riconoscendo a Willis il merito di avere oltrepassato sia la tradizione umorale che quella iatrochimica, ponendo le basi per la neurologia ed ammettendo così per la prima volta che il disturbo, per quanto eziologicamente organico, può anche non essere visibile.

Con Willis e alcuni dei suoi interlocutori si assistette al trionfo dell'empirismo clinico, che ha portato a compimento il processo in virtù del quale la psichiatria è stata in una certa misura traghettata nella neurologia, assumendo così una forma organicista, focalizzandosi soprattutto sul versante anatomico-cerebrale, e la psicologia è diventata oggetto della filosofia, come peraltro dimostrano gli interessi in tal senso di grandi personalità, da Cartesio a Locke[192]. Grazie a Willis un disturbo abnorme venne comunque ricondotto ad una forma di lesione e questo certamente gettò le basi per lo studio della malattia mentale come oggetto della scienza, in qualche modo anche distinguendola dalla patologia organica

[189] A proposito della "melancolia", essa «viene ancora localizzata in parte in senso chimico-tradizionale, in parte negli spiriti nervosi (il vuoto parlare), e in parte nel cuore (i sentimenti tristi). Qui la spiegazione teoretica (*low spirits*) si collega maggiormente al modello nervoso, mentre la terapia (sostituire le passioni spiacevoli con quelle piacevoli) si collega di più al cuore […]. In Willis *manie* e *madness*, ossia le forme centrali della follia, appaiono ancor più periferiche e intese solo come derivazione da altri quadri morbosi» (K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 36-37).

[190] G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 231.

[191] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 35-36.

[192] Per approfondire l'analisi della "neurologia" e della "psicologia medica" dalla prospettiva filosofica si veda G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 223-242.

propria della medicina in generale: «Le malattie derivano da scosse meccaniche prodotte da oggetti esterni. Le varie forme della follia insorgono quando non è visibile alcun danno materiale, poiché in questo caso sono lesi unicamente gli spiriti nervosi che sono riconoscibili soltanto nei loro effetti. Si crea così quell'ambito che, anche dopo la fine dell'era che pensava in termini di rapporti sostanziali corpo-anima, permise di definire "malato" o "abnorme" quasi ogni fenomeno psichico, morale, sociale e politico, proprio per l'invisibilità della lesione materiale, pur nondimeno postulata (o contestata)»[193].

Iniziano a consolidarsi, in tal modo, i presupposti per il riconoscimento dell'abnorme come malattia degna di indagine scientifica; inoltre, una volta identificata l'isteria come disturbo tipico della società borghese, il processo di "segregazione della non-ragione" si prepara ad essere oltrepassato, alla fine del secolo successivo.

2.3 L'età dell'*Aufklärung*: l'indagine somatico-psicologica e la scoperta della nevrosi

Il Settecento è il secolo in cui il pensiero in qualche modo ancora 'prescientifico' del Seicento assume, per così dire, connotati via via più scientifici. Si tratta di un processo lungo e complesso nell'ambito del quale diventa sempre più vivo l'interesse per i disturbi mentali, nella loro costante interazione con le dinamiche politico-economiche e socio-culturali[194]. Si dischiude, così, un'epoca nella quale si assiste ancora al mantenimento della "segregazione della non-ragione" ma anche al suo graduale oltrepassamento, il che tra l'altro favorirà l'ospedalizzazione e la formazione dei manicomi. Quella che Jaspers ha definito "psichiatria manicomiale" inizia a costituirsi proprio in questo periodo e grazie a più fattori.

Per quel che riguarda, in modo più specifico, la scienza psicopatologica, nel corso del Settecento maturarono i presupposti per mutarne il "paradigma descrittivo", focalizzato sulla semplice osservazione e catalogazione dei sintomi, nel "paradigma strutturale"[195], maggiormente interessato al significato complessivo della malattia mentale[196]. Tali

---

[193] K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 36.

[194] Interessante la considerazione di V.P. Babini e E. Montanari, che individuano in due elementi principali del Seicento i presupposti delle inclinazioni che la ricerca assunse, poi, nel Settecento: «I due paradigmi centrali del Seicento - il dualismo antropologico elaborato da Cartesio e la fisicalizzazione della scienza incoraggiata da Newton - costituiscono la base critica dell'analisi settecentesca; il primo sarà l'obiettivo contro cui vari scienziati-filosofi francesi (Le Camus, d'Holbach, Cabanis, solo per citarne alcuni) indirizzeranno le critiche più severe. Va al cosiddetto movimento vitalistico il merito di "aver rivoluzionato una certa immagine del corpo e, correlativamente, una certa interpretazione della vita psicofisica dell'uomo"» (V.P. Babini / E. Montanari, *L'ospedale e la malattia mentale nel Sei-Settecento*, in R. Sabbatini (a cura di), *Dal monastero allo spedale de' pazzi. Fregionaia da metà Settecento al 1808*, cit., p. 78).

[195] La psicopatologia degli antichi può essere definita descrittiva perché «il compito che la contraddistingue è la descrizione dei fatti psicopatologici così come appaiono, senza preoccuparsi di oltrepassare il livello fenomenico. […] In qualunque modo i sintomi si manifestino, la peculiarità della psicopatologia descrittiva risiede nel non andare al di là della registrazione e del raggruppamento dei fenomeni a cui accede. La psicopatologia strutturale si caratterizza invece proprio per l'esigenza di oltrepassare questo limite. Essa ritiene insufficiente o addirittura ingannevole limitarsi alla pura descrizione dei fatti psicopatologici, e pone al centro della sua ricerca l'individuazione delle strutture non fenomeniche che sono alla base dei sintomi e delle malattie psichiche» (A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 13-14).

[196] «I punti di forza della psicopatologia antica sono due. Il primo ci riporta alla distinzione tra psicopatologia descrittiva e strutturale: la psicopatologia degli antichi è interamente descrittiva. I sintomi sono rappresentati semplicemente come alterazioni del funzionamento mentale o della condotta, e le malattie psichiche come insiemi stabili di sintomi che il medico si limita a registrare e catalogare. Del tutto assente è invece la dimensione strutturale, la quale non può che nascere da una riflessione sul significato dei sintomi e sui processi non fenomenici che organizzano la malattia mentale. Il secondo punto di forza è la convinzione che la sintomatologia mentale è la diretta e meccanica espressione di una lesione organica. […] Sono questi due elementi – l'atteggiamento descrittivo e il presupposto organicista – a fare della psicopatologia antica un vero e proprio *paradigma*, nel senso di T. Kuhn, ossia un sistema coerente di principi, di teorie, di ipotesi e di regole metodologiche condiviso dalla comunità scientifica. […] A partire dal XIX secolo […] l'indagine psicopatologica da un lato problematizzerà il presupposto organicista, e dall'altro non si accontenterà più di

cambiamenti epocali furono certamente stimolati, tanto in psichiatria quanto in psicopatologia, in primo luogo dal vivo impulso scientifico che, sulla scia delle ricerche iniziate nel Seicento, indirizzò sempre più le indagini sul cervello e sul sistema nervoso, in modo da addentrarsi gradualmente nello studio dell'"abnorme invisibile". Inoltre, un altro fattore decisivo fu la progressiva emancipazione della classe borghese, con l'affermazione di modelli e ideali sempre più razionalistici e, almeno teoricamente, aperti. Non mancarono, inoltre, rivolgimenti di carattere economico, primo fra tutti il grande impatto della rivoluzione industriale, che stravolse metodi ed esigenze di produzione, mutando anche la concezione e l'organizzazione del lavoro, e che negli istituti sociali determinò sempre più lo spostamento della cosiddetta 'punizione' da semplice strumento di correzione morale a produzione di forza lavoro del tutto funzionale agli interessi economici del paese. Se questo fu, per lo più, il caso inglese, la Francia fu senza dubbio scossa dalla Rivoluzione interna che modificò i paradigmi umanitari e, con il suo ideale egualitario, favorì la riflessione intorno ai diritti naturali più elementari, dei quali i 'folli' erano stati più o meno da sempre privati.

In un'Europa nella quale la borghesia si era pienamente affermata, nessuno restò immune dal potente influsso culturale esercitato dall'Illuminismo[197]: per quanto riguarda l'atteggiamento specifico nei confronti della malattia mentale, esso da una parte contribuì alla ricerca scientifica generale, stimolando la sistematizzazione e, quindi, l'affermazione della nosologia, e dall'altra, anche grazie all'ideale filantropico, determinò un nuovo approccio nei confronti del disturbo psichico. Il primato della ragione, da cui scaturì la tendenza alla razionalizzazione e alla ricerca della normatività, generò una nuova concezione della malattia mentale che, ora finalmente liberata dalla superstizione, dal pregiudizio sociale e dalla religiosità più paralizzante, venne progressivamente considerata come un oggetto indagabile soprattutto nelle sue manifestazioni oggettive, e quindi ambito specifico della medicina e, in particolare, della psichiatria, che finalmente poté affermarsi come disciplina scientifica autonoma.

Questo progresso, per molti versi così radicale, fu certamente l'esito di un lungo e travagliato processo di riconoscimento e di accettazione del disturbo mentale durante il quale l'intera società dovette confrontarsi prima di tutto con se stessa, così da combattere beceri conservatorismi e vecchi stereotipi. In tal modo la malattia mentale cessò, con il procedere del Settecento, di essere una 'colpa' e diventò, invece, la manifestazione di un disagio che, al pari di altre forme di disturbo, poteva e doveva essere indagato e, soprattutto, curato. La curabilità del disturbo mentale fu certamente, dal punto di vista psichiatrico, la conquista fondamentale di quest'epoca, conquista che molto giovò per incentivare ulteriormente la ricerca scientifica e per modificare radicalmente i metodi terapeutici. La società illuminista si distinse, dunque, per l'apertura nei confronti della malattia mentale, ora da trattare non più con distacco e cinismo ma con oggettività scientifica e con sentimento filantropico: nell'età dei lumi, d'altra parte, la ragione costituiva il bene primario e chi la perdeva doveva essere soltanto compatito e aiutato, non certamente escluso né tanto meno trattato con metodi di cura disumani.

In questo clima di rivalutazione del sapere come unica via possibile per liberarsi dall'ottundimento e dalla barbarie del passato, si apriva ulteriormente la via all'indagine scientifica, nella quale dovevano convergere e completarsi, per quanto riguardava la malattia mentale, considerazioni, per così dire, somatiche e aspetti più direttamente psicologici. Emergeva, inoltre, l'interesse per le scienze sociali, che ora permettevano lo sviluppo di precise teorie sociologiche anche sull'insorgenza delle malattie mentali, favorendo di conseguenza la riflessione sulle possibilità di prevenzione delle stesse: tutti

---

descrivere e classificare i fenomeni, ma si sforzerà di penetrarli alla ricerca di significati e strutture profonde» (*ibidem*, pp. 47-48).

[197] Per quanto riguarda la concezione della psichiatria durante l'Illuminismo si veda H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 49-50.

elementi che non solo ribadivano l'idea di curabilità del disturbo mentale ma contribuivano a ridurre sensibilmente l'ostilità nei confronti dei 'folli', favorendo così, verso la fine del secolo, la reintegrazione nella società dei rappresentanti della cosiddetta "non-ragione" e ponendo fine alla segregazione disumana e paralizzante prima riservata a questi poveretti. Il disturbo psichico venne liberato dalla generica e fuorviante associazione ad altre forme di disturbo sociale, così come dagli spiriti demoniaci del passato e dalle credenze religiose e filosofiche che, facendo leva sulla presunta immortalità dell'anima, avevano considerato la mente umana come un'entità comunque non indagabile e tanto meno in qualche modo condizionabile.

L'Illuminismo non soltanto aiutò a riconsiderare, in generale, i diritti dell'individuo ma creò i presupposti per considerare la mente nella sua realtà e finitezza, cioè come parte dell'uomo della quale si devono analizzare gli aspetti organici come quelli psicologici, così come d'altra parte suggerivano anche diversi fonti filosofiche[198]. Tale risultato fu conseguito, innanzi tutto, grazie alla prima differenziazione tra malattie organiche e malattie mentali, scaturita in seguito ai lavori di Stahl, poi proseguiti da Langermann[199]. Tale distinzione fu fondamentale, infatti, sia per le scelte terapeutiche, dal momento che, se non si conosceva l'entità della malattia, non era possibile stabilire quale cura somministrare, ma anche per la definizione specifica della malattia mentale, che per la prima volta diventò fondamentalmente oggetto della ricerca scientifica, liberandosi via via da ogni eccessivo gravame teologico e filosofico. Aumentarono, quindi, i disturbi ora considerati come vere e proprie malattie mentali e, di conseguenza, si avvertì la necessità di una loro sistematizzazione, il che diede grande impulso alla nosografia. D'altronde, ciò era anche in linea con la tendenza generale del tempo, il cui esempio più emblematico è certamente rappresentato dall'*Enciclopedia* di Diderot e D'Alembert. Furono proprio i francesi, peraltro, i principali autori di opere di carattere nosologico. Si pensi, per esempio, a Boissier de Sauvages (1706-1767), il celebre medico di cui si ricorda l'opera in tre volumi intitolata *Nosologie métodique*, una vera e propria classificazione dei disturbi fino a quel momento conosciuti: lì si parla di dieci malattie, l'ottava delle quali è proprio la "*Folie*", a sua volta distinta in quattro ambiti, cioè «errori di ragione, bizzarrie, deliri e anomalie»[200]. Gli "errori di ragione", tra cui si annoverano per esempio la vertigine e l'ipocondria,

---

[198] A proposito del ruolo positivo svolto, a questo proposito, dall'Illuminismo si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 73-75. Tra i filosofi che in questo periodo discussero della malattia mentale certamente significativo fu il ruolo di Kant, il quale non solo fu, almeno per alcuni versi, tra le personalità più influenti del movimento culturale illuministico ma fu in grado anche di proporre, nella *Anthropologie*, una classificazione delle malattie mentali. La sua visione della malattia mentale è molto significativa, al di là della sua evidente discutibilità dal punto di vista medico, perché, sebbene ne riconosca la localizzazione organica nel cervello, tuttavia tiene conto anche dell'influsso esercitato dall'ambiente circostante. L'uomo primitivo era sano perché non era pressato dalle continue richieste dell'ambiente, con il quale interagiva in modo armonioso e sereno; l'uomo moderno, invece, è in qualche modo vittima dei condizionamenti, sempre più invasivi, da parte dell'ambiente circostante, così che le sue funzioni intellettive e quelle del giudizio non possono spesso svilupparsi in modo corretto, provocando il disturbo mentale, inteso, quindi, come una forma di "disadattamento" (cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 270-273).

[199] Georg Ernst Stahl rappresenta una figura molto significativa nel panorama della psichiatria internazionale, in particolare per il contributo che diede alla psichiatria tedesca e alla scuola di Halle, sulla quale mi soffermerò più avanti. Per quanto riguarda il lavoro di Stahl, poi proseguito da Langermann, si vedano G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 242-259, e E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 75-76.

[200] G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 269. Per approfondire la nosologia di Boissier de Sauvages e dei suoi contemporanei (tra cui, per esempio, Hermann Boerhaave, ancora fortemente legato alla classificazione ippocratica) si veda *ibidem*, pp. 260-270. Non si tratta solo, a questo proposito, di una prerogativa francese, come dimostra, per esempio, l'opera di J.H. Erhard, il quale differenziò le principali forme di malinconia (cfr. *ibidem*, p. 270).

Per quanto riguarda la tendenza generale dell'epoca alla sistematizzazione si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 80-81.

Per la psichiatria italiana, si ricorda, a questo proposito, il contributo del patologo Giambattista Morgagni, che si distinse anche per avere sezionato alcuni cadaveri di malati mentali (cfr. *ibidem*, p. 77).

dipendono da lesioni di organi non cerebrali, mentre i "deliri", cioè la demenza, la mania, la malinconia e la demonomania, sono determinati da una lesione del cervello[201]. Nonostante l'impegno e lo sforzo compiuto per chiarire i nuovi quadri clinici, la nosologia risultava, però, ancora molto disordinata, soprattutto per quanto riguardava l'utilizzo della terminologia, che, tra residui influssi ippocratici e nuove denominazioni emergenti, era piuttosto confusionaria. Tuttavia, il merito che bisogna certamente riconoscerle è l'importanza attribuita alla diversità dei sintomi che, riconosciuti come tali, hanno permesso lo sviluppo della sintomatologia, necessaria per la differenziazione scientifica delle malattie mentali e della loro cura. Fu questo nuovo impulso che, sulla base della distinzione principale tra malattia organica e malattia funzionale, favorì lo sviluppo di due ambiti di ricerca specifici, il primo dei quali volto a considerare le istanze psicologiche e biologiche della malattia, aprendo quindi la via alla medicina somatico-psicologica, mentre il secondo doveva invece focalizzarsi sugli aspetti organici della stessa, giungendo tra l'altro a definire per la prima volta il concetto di "nevrosi".

Un esempio di tale sintesi somatico-psicologica tipica del Settecento è dato dall'opera di Pierre Cabanis, il filosofo e medico vissuto tra la seconda metà del Settecento e il primo Ottocento, animato da interessi poliedrici e stimolato dal vivace ambiente culturale del tempo. Egli venne a contatto, tra l'altro, con il gruppo degli *idéologues* e strinse amicizia con Pinel. Cabanis, nel *Traité du physique et du moral de l'homme* (1799), ambiva a spiegare i fenomeni "morali", cioè psicologici, sul piano fisiologico, guardando all'insorgenza psicogena delle malattie, dove giocavano un ruolo fondamentale le *passions*, e tentando di fornirne una spiegazione, per così dire, razionale. Tentativi simili furono compiuti anche per giustificare il "trattamento morale" della psicoterapia (in contrasto con i precedenti protocolli, per lo più invasivi e brutali)[202], che non poteva più essere concepita secondo le vecchie impostazioni, sia somatiche che animistiche[203]. Quel che è certamente da riconoscere a Cabanis è la risoluta decisione con cui ha voluto considerare l'uomo come un intero complesso, piuttosto che come la mera somma delle singole parti componenti[204].

---

[201] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., p. 58.
[202] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 80.
[203] Cfr. *ibidem*, pp.78-79.
[204] Cabanis appartenne, come è noto, al movimento degli *Idéologues*, il cui obiettivo fu «fondare una medicina con aspirazioni antropologiche, capace di scoprire scientificamente i domini del *physique* (somatico) e del *moral* (psichico) dell'uomo, e di occuparsi dei loro reciproci rapporti, nonché conseguentemente dei riflessi delle conoscenze scientifiche sulla costruzione politica di un buon governo e di una buona società. All'interno di questo progetto, assume importanza fondamentale la rivoluzione medica vitalistica e le implicazioni che avrebbe comportato nel campo dello studio della follia. Legata principalmente alla scuola medica di Montpellier, la medicina vitalistica francese attuò una serie di fondamentali cambiamenti teorici: la considerazione del corpo umano come organismo e non più come macchina, il primato della sensibilità, la riabilitazione degli istinti. Attenendosi a una fenomenologia del vivente, che di principio metteva tra parentesi le annose questioni metafisiche sull'esistenza dell'anima, Cabanis affermava che il cervello produce le idee così come lo stomaco digerisce: che, in sostanza, le funzioni intellettuali superiori andavano studiate e spiegate riconducendole alla loro natura fisiologica. Indagare scientificamente quella dimensione sensibile-pensante che, sotto l'influenza del dualismo cartesiano, era rimasta appannaggio di speculazione metafisica, significava annettere la mente al campo della natura investigabile: un'annessione importante che avrebbe finalmente consentito indagini scientifiche prima impraticabili» (V.P. Babini / E. Montanari, *L'ospedale e la malattia mentale nel Sei-Settecento*, in R. Sabbatini (a cura di), *Dal monastero allo spedale de' pazzi. Fregionaia da metà Settecento al 1808*, cit., p. 79).
Per quanto riguarda il rapporto tra vitalismo e illuminismo si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 141-147, dove, a p. 142, si legge: «Dal 1750 cominciano in medicina gli impulsi decisivi di Theéphile Bordeu e della sua scuola vitalistica di Montpellier. Bordeu e i suoi successori Barthez e Bichat giunsero alla loro posizione da un duplice rifiuto. Per essi il razionalismo cartesiano, che separava dualisticamente la materia inanimata dell'organismo corporeo dall'anima, non era più sostenibile stante il livello raggiunto dagli esperimenti fisiologici […]. Ma altrettanto poco soddisfatti potevano essere dell'animismo di Stahl, che riteneva scarsamente significativa ogni indagine […] e la occultava metafisicamente, in quanto riteneva di poter risolvere i problemi che venivano sollevati in questo ambito concependoli come azione immediata dell'anima razionale. Mentre da Stahl in poi numerosi medici tedeschi

Questa considerazione della totalità dell'individuo costituirà un principio basilare non soltanto nell'ambito della concezione della natura umana propria di Jaspers ma anche, più in generale, sul piano metodologico della conoscenza della natura umana: in periodi più recenti risulterà necessario superare l'opposizione, negli ultimi secoli sempre più netta, tra le concezioni scientifico-naturali, spesso riduzionistiche nell'equiparare il funzionamento organico a quello di una macchina, e quelle filosofico-umanistiche, talvolta troppo inclini a costruire ipotesi esclusivamente teoriche che di fatto finivano per ostacolare l'indagine scientifica più concreta intorno alla soggettività umana[205].

La diffusione dell'indirizzo somatico-psicologico, che soprattutto in Germania porterà al sorgere di alcune controversie tra le ricerche prettamente somatiche e quelle di matrice psicologica, oltre che ad una forte, per così dire, inclinazione antropologica della psichiatria, in questa fase fu certamente favorita dallo spirito illuministico, sostanzialmente umanitario e dunque attento alla specificità della malattia e sostenitore di un approccio volto alla prevenzione e alla cura della stessa. In questo clima di fiducia nella ragione, la curiosità e il desiderio di comprensione diedero vita anche a teorie sociali che in qualche modo si esercitavano in ambito medico, determinando, nel caso delle malattie mentali, i presupposti in base ai quali i malati andranno poi "liberati dalle catene"[206] e gli istituti sociali diventeranno veri e propri manicomi, cioè strutture non di restrizione e di mero contenimento sociale ma di cura appropriata e di autentico recupero. Strutture nelle quali si porranno su nuove basi non solo le relazioni umane, fino a quel momento di fatto mancate, tra medici e pazienti ma anche l'atteggiamento di ricerca generale, nell'ambito del quale l'eziologia sarà sempre più accompagnata da teorie sociologiche in grado di approfondire lo studio soprattutto di quei disturbi che, come per esempio l'alcolismo, hanno origine esogena e sociale e dunque possono essere in una qualche misura prevenuti, oltre che curati[207].

Per quel che riguarda il secondo ambito di ricerca fondamentale di questo periodo, vale a dire quello di inclinazione più organica, vennero allora sviluppate diverse ricerche sperimentali sul sistema nervoso che permisero di coglierne la centralità, riconducendo così i disturbi psichici a tale sistema, piuttosto che continuare a imputarli alla "discrasia" umorale o alla teoria dei vapori di origine classica. Particolarmente importanti furono, da questo punto di vista, gli studi sui riflessi associati al concetto di "simpatia" condotti, nel 1751, da Robert Whytt[208], così come le prime ricerche sulle localizzazioni cerebrali[209].

Ma furono le ricerche di Albrecht von Haller sulla sensibilità del sistema nervoso e sull'irritabilità muscolare ad assumere carattere autenticamente rivoluzionario, se non altro (ma non solo per questo) perché influirono in maniera determinante sugli studi di William Cullen (1710-1790), il quale, volendo dare vita ad una teoria nosologica in grado di indagare i disturbi della funzione nervosa, giunse a coniare il termine "nevrosi"[210]. Egli,

---

filosofeggiano sul fondamento originario di tutto ciò che è vivente, Bordeu e Barthez sostituiscono l'anima di Stahl con il concetto più neutrale, *la nature* o con un *principe vital*».

[205] Per quanto concerne Cabanis si vedano G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 248-249, e K. Dörner, *Il borghese e folle: storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 174-180.

[206] Cfr. *ibidem*, p. 74. I protagonisti di questa liberazione dei malati dalle catene furono soprattutto Abraham Joly, a Ginevra, nel 1787, Pinel, nell'ospedale parigino di Bicêtre, nel 1793, William Tuke, a New York, nel 1796, e John Gottfried Langermann, nel 1805, a Bayreuth.

[207] Per approfondire la tradizione francese, con particolare riferimento a figure come Rousseau e Mesmer, si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia della psichiatria sociale*, cit., pp. 147-167. Per la tradizione francese del tempo, con riferimenti anche agli sviluppi successivi, si vedano anche P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 3-7, e G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 301-359.

[208] Whytt è certamente una figura importante per la medicina scozzese e il suo contributo rimane significativo in quanto, in qualche modo anticipando Cullen, egli concepì la medicina su basi somatico-neurologiche e descrisse l'isteria e l'ipocondria come "disordini nervosi", il primo proprio delle donne e il secondo degli uomini (cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia della psichiatria sociale*, cit., pp. 78-80).

[209] Per quanto riguarda gli studi sul sistema nervoso e sulle localizzazioni cerebrali si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 77-78.

[210] In riferimento al contributo di Cullen cfr. *ibidem*, p. 77.

proprio servendosi degli studi di Albrecht von Haller, nei quali si distingueva la sensibilità del sistema nervoso dall'irritabilità muscolare, così come di quelli di Hoffmann (sul quale tornerò più avanti) sulle fibre muscolari, ipotizzò, tenendo conto delle estremità sensibili dei nervi, un'identificazione tra i nervi e i muscoli, concependo un'unica forza nervosa in qualche modo capace di tenere insieme vita corporea e, per così dire, 'anima immateriale'. Le malattie risultarono essere, allora, «movimenti contro natura della forza nervosa»[211], e per questo vere e proprie malattie nervose. Come specifica A. Civica, per Cullen sono definibili "nevrosi" «tutte le affezioni contro natura della sensibilità o del movimento, nelle quali la pirexia non costituisca una parte primitiva della malattia, e tutte quelle che non dipendono da un'affezione topica degli organi, ma da un'affezione più generale del sistema nervoso e delle funzioni del sistema da cui dipendono più specificamente la sensibilità e il movimento»[212]. Cullen suddivise le nevrosi in quattro "ordini": *comata*, di cui fanno parte le malattie in cui vi è una soppressione della coscienza o delle capacità motorie, come per esempio avviene nel caso della paralisi; *adynamiae*, cioè l'alterazione di specifiche funzioni vitali, come nel caso dell'ipocondria; *spasmi*, ai quali appartengono le malattie spasmodiche; e *vesanie*, cioè le malattie propriamente mentali, come la mania, la malinconia e la demenza[213]. Questo ordine gerarchico, che Pinel disporrà al contrario (cioè *vesanie, spasmi, adynamiae, comata*), riflette in pieno il concetto di nevrosi elaborato da Cullen, laddove essa non va più intesa in relazione a manifestazioni febbrili, alle quali anticamente si associavano gran parte dei disturbi, ma come "affezione cronica" la cui eziologia organica può essere evidente o nascosta. Tale ordine procedeva proprio da un tipo causalità più evidente, perché di natura fisica, a una causalità sempre più latente e poi non più direttamente osservabile[214].

Lo studio di Cullen rivela un'impostazione ancora fortemente neurologica, in cui manca, sostanzialmente, un apporto significativo della fisiologia, chiarificatrice delle dinamiche del funzionamento cerebrale: questo sarà poi il merito conseguito soprattutto dalla psichiatria tedesca che, specie con Griesinger, inaugurerà, nell'ambito dello studio della dimensione mentale, l'impostazione fisiologica. In ogni caso, il concetto di nevrosi associato ad un disturbo della funzione nervosa, così come elaborato da Cullen, che a dire di Dörner ha in qualche modo collegato l'empirismo filosofico con la teoria nervosa[215], rappresentò un punto di riferimento per oltre un secolo, fino a quando poi, con l'avvento delle guerre mondiali e le patologie nevrotiche osservate nei soldati, si tese a spostare l'attenzione dalle disfunzioni organiche alle lesioni psichiche[216].

2.4 La tradizione inglese e francese: la psichiatria scientifica "manicomiale"

La psichiatria scientifica si affermò nello scenario europeo di questo periodo nella forma che Jaspers definì "manicomiale", riferendosi proprio alla creazione delle apposite strutture terapeutiche che da semplici istituti sociali assunsero il carattere di veri e propri centri sanitari[217]. Fu un processo lungo e graduale che dovette farsi spazio tra gli ideali di

[211] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 68.
[212] A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., p. 58.
[213] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 69.
[214] A proposito dell'indagine di Cullen e delle modifiche apportate da Pinel, come delle relative interpretazioni critiche e dell'evoluzione degli studi sulla nevrosi, si veda A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 58-61.
[215] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 67.
[216] Cfr. *ibidem*, p. 68.
[217] Dal punto di vista strettamente cronologico si può accettare la suddivisione convenzionale di Ellenberger che individua, nel processo di affermazione e di sviluppo della psichiatria scientifica, tre fasi: la prima, dal 1800 al 1860, è rappresentata dalla cosiddetta "psichiatria manicomiale", dal momento che il centro dell'attività è il manicomio, dove si applica il "trattamento morale" ideato da Pinel e si approfondisce lo studio del cervello; la seconda, dal 1860 al 1920, è quella che Jaspers definirà "psichiatria universitaria", visto che il centro

una società prettamente razionalistica che, associando la malattia mentale ad una sorta di sconfitta della *ratio*, non la comprendeva nella sua autentica essenza. In realtà, è vero che senza l'Illuminismo e una sostanziale rivalutazione della ragione non ci sarebbe stata, probabilmente, l'apertura, all'inizio quasi compassionevole, nei confronti del disturbo mentale, percepito come l'offuscamento delle facoltà intellettive; tuttavia, solamente quando si iniziò ad accettare la follia come possibilità della condizione umana, legata alla volontà piuttosto che ad una deviazione delle facoltà intellettive, l'approccio al mentale non fu più soltanto di tipo razionalistico ma assunse anche un aspetto umanitario e poi specificamente medico. Si dovette superare, insomma, quella convinzione prettamente illuministica che, come si legge anche nel *Dizionario filosofico* di Voltaire, associava la follia ad una malattia degli organi del cervello che causava l'incapacità di pensare, determinando, così, la necessità dell'interdizione e dell'internamento.

Dal punto di vista, per così dire, simbolico la svolta vera e propria della psichiatria viene associata a Pinel e all'atto con cui egli "liberò i folli dalle catene", aprendo la via alla trattazione medica del disturbo mentale. In realtà, però, il processo di emancipazione dalla "segregazione della non-ragione" avvenne dapprima in Inghilterra, dove la società maturò precocemente i presupposti che permisero la reintegrazione della "non-ragione" nella società e, quindi, la libertà dei folli. Le cause che spiegano come mai l'Inghilterra fu per prima pronta a reintegrare la "non-ragione" si possono rinvenire già in qualche modo nel differente sviluppo del fenomeno degli istituti sociali. Essi nacquero anche qui per fronteggiare la crisi economica ma assunsero ben presto una fisionomia diversa, per molti versi conforme alla specifica situazione politica ed economica inglese. In primo luogo, essi furono meno parcellizzati nel territorio e assunsero presto una conformazione ospedaliera, come si vede nel caso dell'ospedale Bedlam di Londra, in cui già dal 1714 i cosiddetti "folli poveri" venivano trattati in modo diverso rispetto agli altri internati, anche in relazione alle scelte terapeutiche (per esempio non potevano essere fustigati, a differenza degli altri internati)[218]. Inoltre, in Inghilterra si accentuò quasi subito la differenza tra gli istituti sociali pubblici, aperti alla popolazione, e i cosiddetti "*lunatic asylum*", che, in linea con quelli che in Francia saranno le "*Petites Maisons*", erano veri e propri istituti sociali destinati alla cura della follia dei benestanti, sebbene nel caso inglese non mancassero accordi con i comuni affinché, a spese di questi ultimi, vi venissero accolti anche i "folli poveri".

La tendenza riformatrice inglese non dovette attendere gli sconvolgimenti della Rivoluzione Francese e dunque si manifestò molto prima, grazie ad una situazione politica che determinò una formazione precoce della cosiddetta "sfera pubblica", interessata al confronto sulle dinamiche sociali e sulle questioni ritenute rilevanti per il paese[219]. Infatti, se in Francia le guerre civili di matrice essenzialmente religiosa avevano portato all'affermazione dello stato assolutistico, per cui si dovette aspettare la Rivoluzione Francese per porre fine alla tendenza accentratrice statale, nel caso dell'Inghilterra furono le stesse guerre religiose a sventare le velleità della nascente tendenza assolutistica: se in Francia l'ascesa borghese era stata più lenta e si era definitivamente affermata soltanto con la Rivoluzione, in Inghilterra il ceto medio si era già rafforzato all'indomani dalle guerre di religione, stravolgendo la condizione di privilegio della vecchia nobiltà, che dovette fare presto i conti con la nuova organizzazione statale che, con la divisione dei poteri, diede di fatto ampio margine di manovra all'azione borghese[220]. In questo senso la borghesia non solo costituì la cosiddetta 'terza classe', ora fortemente protagonista nell'ambito della

dell'attività diventa la clinica psichiatrica universitaria, dove si continuano gli studi anatomici sul cervello e si approfondiscono le ricerche sulle diverse patologie, come la nevrosi e così via; la terza fase, che parte dal 1920, vede una "sorta di esplosione psichiatrica", per cui la psichiatria si sviluppa in più direzioni, dando vita a molte specializzazioni (cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p 67).

[218] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 29-30

[219] Per i *Concetti della sfera pubblica politica*, con riferimento al caso inglese, cfr. *ibidem*, pp. 29-36.

[220] Per approfondire questa interpretazione sostenuta da Koselleck si veda *ibidem*, p. 31.

dialettica di emancipazione e di integrazione sociale, ma contribuì anche a formare la 'sfera pubblica', partecipando sempre più attivamente ai dibattiti riguardanti le questioni sociali. In questo contesto si svilupparono continui confronti nei salotti e nei caffè, per cui l'integrazione della classe media con la politica, ora più attenta alle sue idee e ambizioni, fu inevitabile[221].

Un altro aspetto determinante del precoce sviluppo sociale inglese fu certamente di natura economica, nel senso che le esigenze del nuovo capitalismo industriale in rapida ascesa imposero la necessità di una produzione più veloce ed efficace, per cui venne accelerato anche il reclutamento di nuova manodopera. In questo scenario di fondo, nell'Inghilterra del diciottesimo secolo accadde che la "non-ragione", prima semplicemente segregata, dovesse risultare in qualche misura attiva e utile per la società: così le iniziali *houses of correction* furono mutate in *workhouses*, volte ad utilizzare la manodopera degli internati per sostenere le nuove esigenze della produzione. La visione morale, o per così dire "correzionaria", lasciò ben presto spazio ad una visione utilitaristica che guardava, più semplicemente, al modo migliore per sfruttare le qualità degli internati, al fine di rendere un servizio alla comunità. Infine, non va dimenticato che lo sviluppo di questo cosiddetto "*public spirit*" venne favorito dalle correnti filosofiche e culturali che, come per esempio dimostra la grande influenza esercitata dal pensiero di Locke, posero una certa attenzione anche sul problema dell'individualità e sulla sua relazione con la dimensione dell'intelletto, generando interesse per le discussioni sulla "*madness*" che così, dall'essere soltanto oggetto di segregazione negli istituti sociali, divenne anche uno degli argomenti di discussione preferiti dai borghesi[222].

Questi primi presupposti politici e sociali si svilupparono più compiutamente grazie al forte impulso economico che, tra il 1750 e il 1785, stravolse gli scenari produttivi inglesi, avviando l'Inghilterra non solo alla rivoluzione industriale ma anche ad un rapido stravolgimento dell'assetto sociale, della concezione dell'individuo e dei suoi diritti naturali. Il processo di avviamento all'industrializzazione riguardò tutti i settori dell'economia, dall'agricoltura, fortemente in espansione e sempre più razionalizzata, all'ambito strettamente industriale, dove si svilupparono, proprio per rispondere alle nuove richieste del mercato, nuove modalità di produzione e grandi innovazioni tecnologiche, infine al settore terziario, dove lo sviluppo del commercio favorì notevolmente la circolazione di capitali. Tali dinamiche modificarono profondamente l'organizzazione del lavoro, dal momento che fu necessaria sempre più manodopera e una più agile mobilità, il che da una parte servì ad incentivare l'economia ma dall'altra provocò l'impoverimento di chi restava, per motivi diversi, escluso dalle dinamiche capitalistiche. Si capisce, pertanto, perché insieme all'arricchimento e al progresso si svilupparono anche più marcate differenze sociali, che portarono ad una "dissociazione della sfera pubblica borghese", cioè ad una più consapevole coscienza di classe, il che fece maturare la consapevolezza della sostanziale astrattezza della "identità lockiana dell'individuo", che di fatto si traduceva in evidenti differenze sociali. Le riflessioni sui diritti naturali degli individui divennero sempre più frequenti e accese e si inserirono in un clima culturale che fece via via emergere un più spiccato e diffuso atteggiamento umanitario in grado di opporsi, almeno in apparenza, alle logiche meramente utilitaristiche e di stimolare una più profonda indagine

[221] «L'unità di un pubblico come soggetto e di un *milieu* in cui questo soggetto espone alla discussione il suo sé di fronte a quello dell'altro, costituisce insomma quello che Habermas vede sorgere in questo periodo come "sfera pubblica politica"» (*ibidem*, p. 32). Tra le cause storico-politiche della nascita della "sfera pubblica" «Habermas pone tre avvenimenti degli anni 1694-95: la fondazione della Banca di Inghilterra, con cui l'Inghilterra diventa il centro finanziario mondiale a vantaggio dello sviluppo di sistemi di produzione di nuovo genere; il primo governo di gabinetto, come passo decisivo sulla strada verso la parlamentarizzazione del potere statale; e il *Licensing Act*, con cui viene abolita la censura preventiva e con cui, soprattutto, una sfera pubblica letteraria ancora piuttosto affettatamente aristocratica si trasforma in sfera pubblica politica nella quale attraverso una stampa diversificata le decisioni politiche vengono portate davanti al foro di un vasto pubblico ragionante» (*ibidem*, pp. 32-33)

[222] Cfr. *ibidem*, pp. 33-36.

sull'uomo. Così, in un contesto segnato anche dalle riflessioni filosofiche degli empiristi inglesi, per i quali i temi della libertà e della conoscenza assumevano un'importanza centrale, si cominciarono a combattere con maggiore convinzione i residui delle credenze demoniache di antica memoria e venne proibita ogni forma di persecuzione contro presunte forze sovrannaturali. Si riaccese, allora, l'interesse sociale per i "folli poveri" e la reintegrazione della "ragione segregata" apparve sempre più prossima[223].

Questi furono, dunque, i presupposti politici, economici e culturali alla luce dei quali la "psichiatria manicomiale" si sviluppò dapprima in Inghilterra, dove già a partire dal contributo di Cullen si era manifestata una qualche propensione scientifica, oltre che assistenziale, per l'indagine sul disagio mentale. Il primo passo verso la reintegrazione sociale della "non-ragione" si ebbe grazie a William Battie (1704-1776)[224], il quale, inserito nel "consiglio di amministrazione"[225] dell'istituto di Bedlam, si dedicò all'osservazione degli internati, riconoscendo dapprima che i "folli poveri" non avevano bisogno tanto di assistenza quanto di cura. Così egli definì per la prima volta il protocollo psichiatrico, sostenendo, come farà poi Pinel, la necessità di trattamenti specifici e quindi di personale medico in tal senso preparato e dedicato.

Il suo trattato *Treatise on madness*, del 1758, mostra un carattere sicuramente innovativo a proposito della concezione della follia, che non è più intesa, sul modello di Locke, come alterazione delle facoltà intellettive, ma come disturbo della sensazione. Il disagio mentale assume, quindi, un'altra connotazione, ora direttamente legata alla sua origine organica, localizzata nei nervi e nel cervello. Nel settimo capitolo del trattato si trova anche una distinzione importante tra le diverse forme di follia, di fatto divise in due tipi fondamentali (per i quali vengono specificate diagnosi, prognosi e terapia): la pazzia originaria, "*original madness*"[226], sostanzialmente dovuta ad una struttura del sistema nervoso in qualche modo deficitaria, e quindi non curabile con la medicina, e la pazzia secondaria, la "*consequential madness*", che, come suggerisce il termine inglese, è derivata da cause determinate (come spasmi, febbri, veleni e così via), sulle quali si può quindi intervenire tempestivamente, prima che vi sia una "abitualizzazione degli elementi casuali meccanici" e la malattia diventi inguaribile[227].

Relativamente allo sviluppo della psichiatria manicomiale (ma non solo), risulta rilevante anche il metodo terapeutico scelto da Battie, metodo che tra l'altro lo avvicina molto a Pinel[228]: si tratta del cosiddetto "*moral management*"[229], che a dire di Battie era più efficace della stessa cura medica. In questo periodo, insomma, maturò sempre più la consapevolezza che il modo di trattare e di rapportarsi con il malato fosse importante tanto quanto la cura propriamente medica e farmacologica: del resto, se la follia andava intesa come 'deviazione', la 'correzione morale', cioè educativa, risultava sicuramente la più

---

[223] Per approfondire il processo economico, politico, sociale e culturale inglese degli anni tra il 1750 e il 1785 si veda *ibidem*, pp. 49-55.

[224] Per la figura e l'opera di William Battie si veda *ibidem*, pp. 55-67. Per le dinamiche di reintegrazione della "non-ragione" e le nuove istituzioni predisposte dopo Battie si veda anche il contributo di T. Arnold, e in particolare la sua concezione di "*moral insanity*", *ibidem*, pp. 71-76

[225] È significativo che Battie svolse diverse attività non sempre prettamente mediche, il che testimonia la mentalità diffusa in questi istituti: fino al 1843 il Bedlam non assunse personale medico, mentre Battie fu il primo medico con incarico di insegnamento nominato all'Istituto St. Luke, una nuova tipologia di istituzione aperta nel 1751 (cfr. *ibidem*, pp. 57-58).

[226] «Con la *original madness* Battie non solo ha anticipato il problema odierno della endogenità, ma ha anche definito in senso clinico-negativo la *pazzia idiopatica* dedotta filosoficamente da G.E. Stahl ad Halle» (*ibidem*, p. 61). Per la differenza tra pazzia originale e pazzia consequenziale si veda *ibidem*, p. 61.

[227] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit, pp. 82-83.

[228] A tal proposito si veda la critica di Dörner, il quale, rispetto all'associazione di Tuke e Pinel sostenuta da Foucault, nota, invece, alcuni elementi in comune tra Battie e Tuke (cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 194-195).

[229] Per i dettagli circa il "trattamento morale" di Battie, che prevedeva, anticipando in qualche modo Pinel, il distacco del folle dai suoi riferimenti sociali, primo fra tutti la famiglia, si veda *ibidem*, p. 62.

efficace. Soltanto la 'correzione morale' permetteva, dunque, la piena reintegrazione della ragione segregata.

La grande conquista di Battie, al di là delle concezioni scientifiche più specifiche, consiste nell'avere riconosciuto la curabilità della follia, una convinzione per quei tempi certamente all'avanguardia, tanto da non essere sempre accolta con benevolenza[230]. Probabilmente i tempi non erano ancora maturi perché venisse comunemente accettata l'idea che la follia è un aspetto della realtà umana, una malattia al pari di altri disturbi organici e più visibili. È probabile che, al di là delle importanti conquiste politico-sociali, ciò che contribuì a sconfiggere i pregiudizi in tal senso, a quel tempo ancora vivi, fu anche la follia che colpì Re Giorgio III, nel 1778, e che in qualche modo dimostrava come essa non fosse riservata soltanto ai poveri ma era una possibilità umana che poteva colpire tutti indistintamente e che, dunque, doveva essere affrontata e regolamentata in altro modo[231]. Così, in un contesto certamente assai vivace, animato dal continuo confronto tra le idee liberali e le tendenze conservatrici, in un momento storico problematico sia dal punto di vista della politica internazionale, specie per la sconfitta subita nella guerra d'indipendenza americana, che da quello interno, soprattutto per l'urgente problema di una nuova regolamentazione sociale, sollecitata dalle nuove classi emergenti anche alla luce della nuova situazione economica[232], si affermò, in Inghilterra, la psichiatria scientifica. Convenzionalmente il suo inizio si fa risalire al 1796, quando Tuke[233], cogliendo il clima di rivoluzione e di cambiamento nella Scozia del tempo, fondò il *Retreat* di York. In realtà, però, la psichiatria inglese affonda le radici più indietro, cosicché quello deve essere considerato, piuttosto, soltanto come l'inizio della psichiatria manicomiale propriamente intesa. Il *Retreat* fu, infatti, una struttura di "correzione" nella quale i folli dovevano imparare a ristabilire il proprio autocontrollo attraverso un metodo che, in linea con il pensiero di Battie, era, per così dire, essenzialmente di matrice morale e pedagogica. Il tentativo di Tuke fu, infatti, quello di educare all'autocontrollo mediante due possibilità: la prima, meno condivisa, inducendo paura nel malato che, spaventato e timoroso di ricevere una punizione, veniva così spinto ad autocontrollarsi; la seconda, vale a dire la via preferita, facendo leva sulla "stima di sé" del malato. In quest'ultimo caso i pazienti simulavano, insieme ai medici, situazioni di apparente normalità nelle quali venivano considerati esseri ragionevoli e per questo capaci di assumere comportamenti morali, riuscendo così a dominare le loro pulsioni. Si passò, così, dalla "segregazione della non-ragione" ad una reintegrazione della ragione, e questo per mezzo di una "interiorizzazione della costrizione" che si cercò quindi di dominare e di personalizzare attraverso la creazione di situazioni ispirate ai modelli sociali di riferimento[234].

---

[230] Per esempio è interessante la critica di Monro, il quale ritiene assurdo rendere la follia oggetto della medicina (cfr. *ibidem*, pp. 63-67).

[231] Per quanto riguarda la follia di re Giorgio III e la necessità degli "*asylum*", cioè degli istituti per folli in qualche modo regolamentati (e necessari come risposta al problema sociale), pubblicizzata dal medico J. Aikin e ribadita anche da Bentham e dal Reverendo Willis, si veda *ibidem*, pp. 98-109.

[232] Per le dinamiche economiche, politiche e sociali inglesi di questo periodo si veda anche *ibidem*, pp. 91-109.

[233] Per Tuke e la tradizione inglese cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 371-382.

[234] Per quanto riguarda il metodo di Tuke e l'istituzione del *Retreat* si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 109-135.

Per quanto concerne la tradizione della Gran Bretagna in generale, altre figure di rilievo furono lo psichiatra James Cowles Prichard (1785-1848), che coniò il concetto di "*moral insanity*", e Henry Maudsley (1835-1918), probabilmente il più famoso psichiatra inglese della sua generazione.

Tra i contributi dati alla psichiatria dalla tradizione inglese di quest'epoca vi è l'abbandono dell'uso della camicia di forza e la delineazione del "sistema del *no-restraint*", proposto da Robert Gardner Hill a Lincoln nel 1829 e messo in pratica da Charlesworth e John Conolly ad Hanwell a partire dal 1839.

Per la psichiatria britannica si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 101, mentre per un quadro completo dell'evoluzione della psichiatria inglese, anche in relazione agli sviluppi sociali, politici ed economici dal periodo del cosiddetto "internamento" e fino alla definizione della psichiatria manicomiale, rimane utile K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 29-135.

In Francia la condizioni politiche determinarono leggermente più tardi la svolta, per così dire, scientifica nello studio del disagio mentale: «L'avvio dell'interesse per i folli, lo troviamo soltanto quando, intorno alla metà del diciottesimo secolo, cominciò quel processo che in Inghilterra invece abbiamo potuto seguire decenni prima, cioè quando una borghesia che dapprima rifletteva su se stessa sensualisticamente, poi sensibilmente, fece posto al pubblico ragionante, e almeno le forme della non-ragione più elevate in senso borghese (*hystérie, vapeurs, maladies nerveuses, hyphocondrie, mélancolie*) divennero prima visibili e accessibili, poi affascinanti»[235].

Se un primo interesse in tal senso cominciò ad emergere già durante la metà del diciottesimo secolo si dovette aspettare la Rivoluzione Francese, però, per assistere ad un vero e proprio cambiamento. In un primo momento si trattò, per lo più, soltanto di un'esigenza legislativa, nel senso che in seguito alla Rivoluzione si dovettero restituire i diritti naturali e civili a tutti e non fu più giustificata, dunque, alcuna privazione della libertà individuale, cosicché le "istituzioni sociali" del Seicento dovettero essere abolite. Chiaramente, però, il problema sociale rimaneva e infatti all'indomani della Rivoluzione l'Assemblea costituente si preoccupò di studiare meglio le effettive condizioni di povertà del paese al fine di trovare una soluzione conforme ai principi proclamati dalla Rivoluzione: in quest'ottica, ogni eventuale internamento doveva essere giustificato legalmente e non sarebbe stato più tollerato alcun arbitrio.

Gli ideali rivoluzionari dovettero da subito confrontarsi, dunque, con l'esigenza di un nuovo ordinamento civile, e qui emerse come urgenza la questione della considerazione e del trattamento dei folli. Tra le cause di disordine sociale venne infatti riconosciuta anche l'indiscrimata associazione dei folli con i vagabondi e i mendicanti, laddove i primi non potevano essere semplicemente reclusi insieme agli altri ma avevano bisogno di strutture apposite e dedicate. Si trattava della prima presa di consapevolezza della necessaria medicalizzazione del malato mentale, un presupposto importante per la nascita della psichiatria scientifica. In effetti, nel 1790 avvenne questa liberazione degli internati, ma si trattò di gesto soltanto formale, nel senso che di fatto non esistevano ancora strutture adeguate e ospedalizzate, cosicché l'esigenza di dovere proteggere la popolazione dai folli non rese effettivamente liberi questi ultimi, che nella maggior parte dei casi vennero semplicemente trasferiti in prigioni come Salpêtrière e Bicêtre: occorrerà aspettare l'intervento di Pinel per assistere alla loro effettiva liberazione[236].

La vera svolta nello studio e nel trattamento del disturbo psichico si ebbe, infatti, proprio grazie a Philippe Pinel (1745-1826)[237], il quale è sicuramente ricordato per la famosa "liberazione dalle catene" dei folli ma il cui contributo fu assai più significativo, e non soltanto per l'importante riforma dei manicomi ma anche per la rinnovata concezione scientifica del disturbo psichico, ora finalmente considerato fondamentalmente curabile e dunque teoricamente guaribile. Pinel non si dedicò da subito alla medicina e inizialmente sembrò più votato alla ricerca che alla pratica. Soltanto intorno ai quarant'anni egli cominciò a interessarsi delle malattie mentali, quando fece esperienza in uno delle cosiddette "*Petites Maisons*", ospedali privati dove venivano ricoverati i benestanti considerati folli: fu proprio in tale occasione che egli iniziò a osservare i malati mentali, seguendone la patologia in tutto il suo decorso. Certamente si trattò di una personalità all'avanguardia per i tempi, ma dalle notizie biografiche[238] pare che la sua carriera fu anche agevolata dal contesto storico-sociale e dalla sua partecipazione alla vita pubblica. Dal carattere introverso, egli, sotto il regime assolutistico, difese la classe media in ascesa, per

[235] *Ibidem,* pp. 140-141.
[236] Per quanto riguarda il problema dell'organizzazione della gestione dei folli in seguito alla Rivoluzione si veda *ibidem*, pp. 170-174.
[237] Su Pinel si vedano anche E. Kraepelin, *Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1918, e K. Kolle (hrsg.), *Grosse Nervenärzte*, Stuttgart, Theme Verlag, 1956, pp. 215-235.
[238] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit, pp. 84-85.

poi accettare, dopo la Rivoluzione, un incarico nell'amministrazione comunale. Successivamente si allontanò dalla vita politica, anche per il contesto non più propizio, nel quale maturava sempre più un clima di terrore e di persecuzione. Fu così che decise di dedicarsi alla medicina, prima come accademico, dal momento che divenne professore di Igiene e di Medicina interna, poi come amministratore e riformatore di istituzioni pubbliche: nel 1793 fu infatti chiamato a dirigere il manicomio di Bicêtre e nel 1795 la Salpêtrière, dove ebbe luogo il famoso atto di liberazione dei malati dalle loro catene[239]. Un gesto che fece in qualche modo diventare per circa un secolo la Salpêtrière il centro mondiale della psichiatria. Pinel fu un medico certamente brillante ma il suo spirito liberale e progressista finì per determinarne anche la condanna: in seguito all'epurazione dei liberali dalla facoltà medica, nel 1822 egli fu infatti costretto al pensionamento e dopo quattro anni morì.

Il contesto sociale nel quale Pinel si trovò ad interagire, così come le idee che lo animarono, lo resero uno spirito illuminato e sicuramente all'avanguardia, sostanzialmente privo di pregiudizi. L'attenzione per l'identità sociale, del singolo come della collettività, e le prerogative borghesi che intendeva difendere tanto dalle velleità del vecchio sistema politico quanto dal pericoloso fervore del popolo rivoluzionario influirono certamente sul suo modo di guardare al disagio mentale. Egli fu certamente mosso da curiosità e da spirito di osservazione, elementi essenziali per la sua carriera di scienziato e di riformatore ma che non sarebbero stati sufficienti per portare a termine una rivoluzione come quella effettivamente realizzata se non ci fossero state, per così dire, anche le circostanze contestuali più favorevoli.

Non solo in ambito strettamente psichiatrico, ma più in generale nell'immaginario collettivo, Pinel ha assunto le sembianze del liberatore per il gesto che effettivamente compì quando, tra l'incredulità dei suoi superiori, tagliò le catene[240]. Ma tale gesto rientrava perfettamente nella sua visione della malattia mentale, che comportava, in primo luogo, il riconoscimento della dignità di ogni essere umano come valore imprescindibile, dunque il rispetto dell'individualità contro ogni paralizzante e depauperante omogeneizzazione. Certamente la liberazione dalle catene fu anche espressione della necessità di dovere reintegrare nella società borghese la "non-ragione segregata", ma altrettanto significative furono le considerazioni scientifiche che la supportarono e che furono assai importanti per la nascita della psichiatria scientifica. Infatti, per la prima volta, seguendo il modello di Battie, pur con alcune differenze, il disturbo mentale venne considerato nella sua peculiarità, vale a dire come malattia che si scatena dall'interiorità e non è ascrivibile ad un difetto intellettivo ma ad un disturbo della volontà che rende l'uomo incontrollabile, dunque "alienato". La malattia mentale non è più, perciò, "insania", ma "alienazione", intesa come vera e propria estraneazione del sé, che si manifesta soprattutto nelle forme della "mania": è questa la cosiddetta "*manie raisonnante*", vale a dire un «eccesso di forza muscolare e di forza di volontà con assenza di disturbo delle funzioni intellettive»[241]. Tale concezione della malattia come pulsione dirompente e irrefrenabile spinse Pinel a non elaborare alcun sistema teorico bene ordinato, distaccandosi in questo dalle tendenze illuministiche e promuovendo, piuttosto, il metodo scientifico dell'osservazione diretta. L'esigenza di osservare il paziente costituì anche la giustificazione scientifica data da Pinel per procedere a riformare le strutture di ricovero, dal momento che «è possibile compiere una osservazione metodicamente controllata e comparabile soltanto se i "casi" possono muoversi "liberi" senza catene, ma nel quadro di un ordinamento della gestione dell'istituto

[239] Per quanto riguarda il cosiddetto atto di liberazione dalle catene si veda A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 64-65.
[240] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 280-288.
[241] K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 185. Come sottolinea Dörner, «da Pinel in poi la non-ragione della follia da disturbo sensualistico dell'intelletto si trasforma sempre più in disturbo della volontà, nel dominio incontrollabile di energie istintive, non spiegabili dall'esterno, irreprimibili, distruttive, automatiche, erompenti dall'interiore […]» (*ibidem*, p.185).

rigoroso, immutabile, esente da disturbi esterni e inoltre se l'osservatore è quotidianamente insieme con loro e segue la storia delle loro manifestazioni. Soltanto mediante una siffatta rappresentazione storica dei sintomi e della loro connessione con la biografia del paziente, che va indagata con esattezza in ogni singolo caso, si giunge ai "fatti", vale a dire alla storia dell'insorgenza e dello sviluppo dei sintomi, storia diversa da individuo a individuo. Da questi fatti – e non già in base al contenuto […] di un delirio, bensì in senso formale-genetico – vanno sviluppate in una fase successiva le varie forme della malattia»[242].

Questo metodo, per così dire, 'storico-comparativo' rivolto ai 'fatti' mostra l'importanza che per Pinel assunsero i sintomi e il decorso della patologia, così come la fiducia che egli nutrì nelle possibilità di effettiva guarigione, e questo perché, per quanto possa essere travolgente la follia, una parte di ragione, per così dire, rimane comunque illesa, dunque proprio su questa si può e si deve operare. Il disturbo mentale, inteso anche nel senso di "disordine morale", visto che è determinato da un eccesso di passione, deve essere curato secondo il "trattamento morale"[243]. Qui vengono fuori in modo evidente sia la concezione medica di Pinel, convinto della curabilità della malattia e capace di distinguere le varie patologie così da potere intervenire in modo specifico, sia la sua concezione 'educativa' della cura, per cui essa rappresenta anche una rieducazione ai valori borghesi, con particolare riferimento alla morale e alla famiglia. Tale scelta si basava sulla convinzione che nell'individuo malato rimanessero comunque principi morali primordiali che potevano essere nuovamente suscitati attraverso il contatto con la scala valoriale borghese, l'unica che poteva in qualche modo non soltanto curare ma anche prevenire la malattia, e dunque garantire all'individuo una certa stabilità psichica. All'interno di questo sistema di valori assumeva un ruolo centrale il lavoro, capace di colpire la malattia nella sua essenza: in questa prospettiva, quindi, i manicomi assunsero una "fisionomia agraria", nella quale il compito del paziente era quello di impegnarsi e di lavorare, mentre quello del medico era di osservare e di vigilare, aspettando che i modelli morali nuovamente proposti intervenissero sulla natura e sulla salute del paziente. Lo scopo del "trattamento morale" era fare sì che l'alienato riconoscesse la propria estraneazione e la propria colpa per essere rimasto prigioniero di se stesso: questo maturato senso di responsabilità rappresentava, poi, la cifra della guarigione, perché significava essere nuovamente consapevoli e responsabili di sé, cioè integrati all'interno dell'ordine civile e morale determinato dalla società.

Anche dal punto di vista scientifico Pinel ebbe grande rilievo, come testimoniano le sue opere principali, la *Nosographie*, del 1798, che divenne un vero e proprio punto di riferimento per la scuola francese, e il *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (in un primo momento intitolato solo *Traité de la manie*), del 1801[244], che costituisce in qualche misura il fondamento di tutta la psichiatria moderna. Dopo avere mosso una motivata critica ai suoi predecessori, non senza avere sottolineato, però, i meriti nel frattempo conseguiti dalla ricerca, con particolare riferimento al suo maestro Pussin e al suo allievo preferito Esquirol, Pinel si concentra, nel trattato appena ricordato, sugli obiettivi prefissati: non tanto la formulazione di ipotesi generali sulla ragione umana, sulla

[242] *Ibidem*, pp. 184-185.

[243] Questa può essere in qualche modo considerata, secondo l'interpretazione di Civita, come la prima forma di psicoterapia (cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., p. 65).

[244] In riferimento al *Trattato*, interessante è l'analisi di Civita, il quale riconosce quattro concetti-chiave, già individuabili nell'*Introduzione*, utili a suggerire le novità introdotte da Pinel: "Il segreto, la diffidenza, la ripugnanza, il candore". Il segreto è ciò che si nasconde nei pensieri del malato, il quale sviluppa il disturbo mentale in seguito ad un'esperienza traumatica che il medico deve scoprire, per poi intervenire terapeuticamente; la diffidenza è l'atteggiamento dei malati nei confronti della realtà circostante, ed è uno dei principali ostacoli per la comprensione da parte del medico; la ripugnanza è il sentimento che può scaturire dall'osservazione dei malati di mente, che possono spesso spaventare e allontanare; il candore è un 'strumento metaforico' con cui il medico può provare ad avvicinarsi al paziente. Per approfondire tale argomentazione, in riferimento ai passi del *Trattato*, si veda A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 64-68. Per l'analisi dell'*Introduzione* alla prima edizione del *Trattato* si veda anche G. Zilboorg/ G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 289-300.

sua sede anatomica e sulla sua natura, quanto la ricerca di fatti osservabili, da indagare con il metodo delle scienze naturali, e la classificazione dei diversi metodi di trattamento, anche attraverso strumenti statistici. Molto forte è l'attenzione per le cause delle malattie mentali, laddove Pinel sottolinea come la vita emotiva dei pazienti sia spesso disturbata anche prima dell'attacco vero e proprio direttamente imputabile alla malattia. Egli approfondisce, dunque, l'indagine eziologica, sottolineando l'importanza assunta, nella determinazione della malattia, dalle cause cosiddette psicologiche. Tra esse un ruolo di primo piano assume l'ereditarietà, ma non meno importanti sono la scarsa educazione, lo stile di vita irregolare, le passioni spasmodiche (la collera e il panico), quelle indebolenti o commoventi (la preoccupazione, l'odio, la paura, la vendetta e così via), quelle rallegranti, la costituzione malinconica, nonché alcuni fenomeni più direttamente fisici (le conseguenze dell'alcolismo, l'arresto del ciclo, le emorragie etc.)[245]. Inoltre, egli individua alcuni elementi che, pur non determinando in modo diretto la malattia, possono però predisporre ad essa: tra questi, per esempio, il passaggio da una vita attiva a una vita inattiva, le tensioni tra le pulsioni istintuali e le imposizioni religiose e così via.

Accanto all'indagine eziologica, anche la sintomatologia generale delle malattie mentali suscita grande interesse in Pinel, il quale individua i sintomi caratteristici da associare alle diverse patologie: per esempio, nel caso della mania egli nota un incremento dell'irascibilità, della forza corporea, dell'avidità e dell'appetito sessuale, mentre nel caso della malinconia constata l'accentuarsi di fenomeni come l'onanismo e, in generale, la sessualità; egli osserva, inoltre, come i pazienti maniacali possano avere una percezione degli oggetti esterni alquanto alterata.

Grazie al metodo basato sull'osservazione, Pinel riconosce che la malattia mentale colpisce la vita emotiva, provocando cambiamenti caratteriali molto forti ed evidenti alterazioni delle funzioni, che però variano secondo la patologia. Così egli supera, tra l'altro, anche i pregiudizi residui e smaschera la tendenza riduzionistica che, assimilando indistintamente tutti i disturbi sotto il comune denominatore della 'follia', non ne riconosceva le peculiarità né, quindi, riteneva di dovere utilizzare metodi terapeutici particolari e specifici. Inoltre, dal punto di vista scientifico individuare le differenti alterazioni permette di migliorare la classificazione nosografica dei disturbi. Così egli nota, per esempio, che i malinconici focalizzano il pensiero su un singolo oggetto e mostrano disturbi sia della memoria che dell'associazione di idee e della capacità di giudizio. Quest'ultima risulta spesso danneggiata anche nel caso della demenza e dell'idiozia, sebbene in questo caso i malati riescano a mascherare meglio tale deviazione; tale alterazione è invece assente nel caso della mania, nell'ambito della quale prevalgono, piuttosto, atteggiamenti di ira e di furore.

Per quanto riguarda la classificazione delle malattie mentali Pinel segue la tradizione classica e ne individua quattro forme, cioè la mania, la malinconia, la demenza e l'idiozia. La mania comprende tutte le forme di eccitamento che si accompagnano alle malattie mentali: tuttavia, egli ne distingue due forme principali, la "mania con delirio", caratterizzata da alterazioni delle funzioni dell'intelletto, e la "mania senza delirio", che invece non presenta funzioni intellettive alterate ma una forte tendenza alla perversione e alla violenza. Per Pinel, sulla scia della tradizione che va da Platone a Cabanis, la sede della mania è localizzata nello stomaco, in particolare nei gangli nervosi della parte addominale, e coloro che ne sono affetti possono assumere indifferentemente atteggiamenti di felicità o di tristezza: si tratta di una malattia acuta che può manifestarsi più o meno periodicamente e anche attraverso crisi successive. Tuttavia, nonostante le manifestazioni acute, essa può essere guarita, dato che, soprattutto in assenza di formazioni deliranti, si tratta di un disturbo della vita emotiva. Pure nei casi più gravi, però, è ammessa la cura, dal momento che si tratta comunque di un disturbo di origine nervosa, senza alterazioni organiche sostanziali. La mania può anche presentarsi come degenerazione della malinconia, un

[245] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 85-86.

disturbo che per Pinel si accompagna alla tristezza o al delirio di grandezza. In tali forme di degenerazione si possono sviluppare anche atteggiamenti ossessivi e compulsivi, che si ripercuotono sull'alimentazione e sulle facoltà vitali, in alcuni casi spingendo fino al suicidio. In generale i malinconici presentano evidenti forme di apatia, che si manifestano, per esempio, in lunghi silenzi ma che non sfociano in atti violenti, limitandosi, piuttosto, a manifestazioni di instabilità umorale. La demenza è intesa da Pinel come la perdita della capacità di pensiero che può insorgere, per esempio, in seguito all'affaticamento legato alla dissolutezza sessuale. A differenza dei pazienti segnati dalla mania, le cui idee, seppur false, sono però reciprocamente collegate, coloro che sono affetti dalla demenza presentano pensieri sconnessi e incoerenti. L'idiozia, infine, implica l'assenza di tutte le facoltà spirituali e molti di coloro che ne soffrono presentano anche una deformazione del cranio: a questa forma di disturbo Pinel collega una riflessione sul cretinismo e sui problemi giuridici con cui la psichiatria deve inevitabilmente confrontarsi[246].

Non è possibile, in questa sede, approfondire adeguatamente il pensiero e l'opera di Pinel, tuttavia, per comprendere le radici della "psichiatria manicomiale", alla quale poi si riferisce ampiamente Jaspers, è almeno necessario sottolineare il cambiamento epocale che egli ha determinato dal punto di vista dell'assistenza e della gestione dei manicomi come da quello della comprensione scientifica del disagio mentale. Fu l'inizio di una vera e propria scuola, che cercò di sviluppare ulteriormente i presupposti discussi da Pinel: tra i suoi allievi si distinsero soprattutto Guillaume Ferrus (1784-1861), che approfondì l'ambito dell'ergoterapia e si impegnò nell'attività di riforma dei manicomi, e Jean-Ètienne-Dominique Esquirol (1722-1840).

Se Pinel non è espressamente nominato nell'ambito dei riferimenti storici richiamati dalla *Psicopatologia generale*, altro destino è invece toccato ad Esquirol, che Jaspers annovera tra coloro che nella storia della psichiatria appartengono all'indirizzo descrittivo[247]. Ma, al di là da ogni troppo rigida categorizzazione, egli ne descrive la

---

[246] Cfr. *ibidem*, pp. 87-88. Nonostante il quadro nosografico delineato da Pinel non rispecchi quello attuale, alcune sue osservazioni corrispondono a patologie oggi ampiamente riconosciute: per esempio in quella che Pinel considerò mania oggi si riconoscono forme schizofreniche e ipomaniacali; così come il disturbo che egli classificò come depressione oggi si può in qualche modo ritrovare nella depressione genuina e nella schizofrenia accompagnata da depressione, paranoia, nevrosi e paralisi progressiva (cfr. *ibidem*, p. 88). Per la classificazione delle malattie mentali ad opera di Pinel, con ampi stralci delle sue descrizioni, si veda anche A. Civita. *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 69-71.

[247] Jaspers specifica in modo dettagliato la differenza tra l'indirizzo descrittivo e quello analitico: «Nella storia della psichiatria si osserva il grande contrasto di due indirizzi. Gli uni hanno la loro forza nella descrizione, gli altri nell'analisi. Esquirol, Griesinger, Kraepelin, appartengono a questa corrente descrittiva, mentre gli autori più importanti che seguono l'indirizzo analitico sono Spielmann, Neumann, Wernicke. Naturalmente tale contrasto tra i ricercatori non è assoluto: Wernicke per es. ha fornito anche descrizioni brillanti e Kraepelin alcune analisi. Ma resta tuttavia un contrasto nelle loro tendenze. Colui che descrive cerca di fornire al lettore, usando un linguaggio comune, un quadro vivace, chiaro, senza elaborare i concetti. Nel suo stile c'è qualche cosa di artistico. Lavora con concezioni, che gli riescono una volta, ma che non possono essere seguite secondo un piano. […] L'analitico invece non traccia quadri. Presuppone una visione viva. Ma non vuole questa visione generale, che si dissolve nei passaggi verso tutte le direzioni, ma concetti fermi dei fenomeni psichici anormali; egli vuole scomporre il quadro, e rendere possibile una sicura caratterizzazione del singolo caso, un riconoscimento ed una sicura identificazione. Egli pensa molto più di quanto possa solo osservare, e ogni osservazione si trasforma immediatamente per lui in lavoro intellettuale. Uccide il fatto psichico vivo, per possederne i concetti come pietre nettamente scolpite. Per questo, tutto ciò che ha acquisito è una base, sulla quale può costruire sistematicamente, secondo un piano. Anche egli dipende da concetti, ma questi gli si formano diventando relazioni sistematiche, mentre colui che descrive, quando espone la vita psichica così come la vede, crea un quadro plastico, ma non pone le basi per seguitare a costruire. Perciò colui che descrive giunge ben presto ad un punto fermo, mentre colui che analizza conserva sempre i propri compiti sistematici e pone sempre nuovi quesiti. Le descrizioni sono per chiunque direttamente comprensibili e facilmente afferrabili, mentre la comprensione delle analisi richiede una faticosa preparazione secondo questo metodo di lavoro, tanto più dura per colui che vuole collaborare personalmente. Da ciò risulta il largo successo di coloro che fanno descrizioni e l'insuccesso degli analitici» (K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 899-900). Tale distinzione si ritrova anche nella prima edizione del 1913 (cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 329-330).

personalità già nella prima edizione dell'opera: «All'inizio dello sviluppo della scienza psichiatrica troviamo la imponente personalità di Esquirol, i cui punti di vista e le cui osservazioni per molto tempo hanno dominato la psichiatria. Innanzi tutto fu un narratore eccellente, un fine osservatore, un uomo che viveva con i malati, inoltre pose le basi della statistica più comune (età, sesso, rapporto con le stagioni dell'anno, ecc.), e scoprì anche una serie di relazioni costanti, non più confutate: il decorso in remissioni ed intermissioni, l'importanza del peso del corpo (diminuzione del peso nelle psicosi acute, aumento nella guarigione, prognosi cattiva se avviene un aumento del peso senza che contemporaneamente vi sia la guarigione della malattia mentale). Esquirol era direttore del grande manicomio di Charenton presso Parigi»[248].

Jaspers definisce Esquirol una "personalità imponente", collocandolo tra gli iniziatori della psichiatria scientifica tanto per le sue convinzioni teoriche, che dominarono lo scenario psichiatrico per molto tempo, quanto per i metodi che egli stesso sviluppò e applicò. Ancora oggi viene riconosciuto, sicuramente, il grande merito di Esquirol, il quale, pur essendosi avvicinato alla psichiatria soltanto in un secondo momento, riuscì a conseguire risultati brillanti sia dal punto di vista dell'elaborazione metodologica che da quello dell'applicazione del metodo statistico, senza dire della sua capacità di osservazione clinica. Con Pinel, del quale fu appunto allievo, egli lavorò fin dal 1799, condividendo anche l'esperienza manicomiale e, nel 1811, affiancandolo nella direzione della Salpêtrière.

Il pensiero di Esquirol si comprende meglio, però, anche alla luce delle riflessioni di Franz Joseph Gall (1758-1828), considerato, grazie alla dottrina poi definita frenologica, tra i fondatori del "somatologismo". Il suo contributo è celebre soprattutto per gli studi anatomico-cerebrali, ai quali apportò significativi elementi di novità non solo dal punto di vista delle scoperte anatomiche ma anche da quello della ricostruzione delle componenti cerebrali, sulle quali egli indagò a lungo, cercando di delineare l'evoluzione dei diversi strati cerebrali. Tali indagini si rivelarono decisive, per esempio, per scoprire la disomogeneità dell'encefalo, che non è una struttura unitaria ma è costituito da organi indipendenti poi collegati nell'esercizio delle diverse funzioni. Osservando e confrontando il cervello di adulti e bambini, Gall approfondì lo studio dell'evoluzione dell'intelligenza, che a suo dire si sviluppa con la crescita della superficie della corteccia cerebrale, e anche la relazione tra struttura e funzione, la cui unità andò a sostituire la vecchia concezione dell'unità cerebrale: «Al numero dei singoli organi corrisponde il numero delle capacità psichiche innate, delle forze, laddove alla base degli istinti e delle forze dell'intelletto sta la stessa unica forza […] solo la sua comprensione distingue l'uomo dall'animale. Gall distingue 27 organi e, rispettivamente, 27 facoltà fondamentali. […] Ora, secondo Gall, nonostante la loro fondazione organico-innata le varie facoltà non sono predeterminate, ma piuttosto rappresentano gradi diversi di potenzialità che addirittura si offrono all'intervento educativo-evolutivo. La follia è una fissazione, la perdita del controllo su di un organo a causa di un eccessivo aumento della sua attività o della sua stimolazione»[249].

Le considerazioni di Gall rappresentarono un momento decisivo per la storia della psichiatria, non solo francese, ma anche tedesca ed europea in genere, perché stimolarono enormemente gli studi di patologia cerebrale, suffragando la convinzione secondo la quale le malattie mentali hanno un'origine somatica. In questa fase storica egli accertò quanto fino a quel momento era stato soltanto ipotizzato: da sempre, infatti, si era cercata di stabilire la localizzazione delle malattie mentali, rispetto alla quale erano state formulate varie teorie, sempre in qualche modo influenzate dal pregiudizio sociale e dalla diffidenza generale. Adesso, invece, la teoria di Gall dava una risposta convincente alla domanda su tutti quei disturbi in qualche modo espressione delle divisioni mentali, dai sogni al sonnambulismo: in questo senso, l'ipotesi di Stahl di una distinzione tra malattie organiche

[248] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 898.
[249] K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 218.

e malattie funzionali assunse una fisionomia precisa e importante. Fu dato, insomma, un contributo notevole all'eziologia del disturbo psichico, e di conseguenza alla nosologia, dal momento che si distinsero meglio le malattie funzionali da quelle che invece in qualche modo comportano modifiche della struttura organica[250].

Esquirol risentì dell'influenza di Gall e interpretò le malattie mentali come disturbi del cervello, e non dello stomaco, come invece aveva fatto Pinel: si tratta di un cambiamento considerevole che caratterizza ulteriormente, dal punto di vista della storia della psichiatria, l'avvio dell'era contemporanea, poi segnata, tra l'altro, da numerose controversie sulla patologia cerebrale. Esquirol comprese in modo più approfondito anche le cause, per così dire, 'morali' delle malattie mentali, guardando, nell'ambito della genesi di un determinato disturbo, che in alcuni casi poteva anche avere sintomi assai precoci, al ruolo esercitato dai cambiamenti sociali e dall'isolamento dell'uomo moderno. Tra l'altro, tale interesse, per dir così, socio-antropologico lo spinse a non concentrarsi soltanto sull'eziologia in senso stretto ma a studiare anche le conseguenze della malattia mentale, che, come suggerisce il termine francese "*aliénation*", comporta un vero e proprio estraniamento i cui effetti ricadono, dunque, anche sull'identità relazionale del soggetto colpito, il quale, anche se guarito, si ritrova in una trama di relazioni con gli altri spesso oramai definitivamente compromesse. Forse Jaspers fu attratto anche da questo aspetto legato alla capacità osservativa di Esquirol, in grado di 'contestualizzare' il malato mentale ponendolo sempre in relazione con l'ambiente e con il suo vissuto, evitando così anche ogni troppo netta separazione tra salute e malattia: egli mostrò, infatti, gli aspetti in comune tra il 'malato di mente' e il 'sano'. Il suo contributo è stato dunque importante sia nell'ambito della ricerca clinica, perché fu di fatto il primo a tradurre in termini pratici l'insegnamento di Pinel relativamente ad una psichiatria fondata sull'osservazione diretta, piuttosto che su teorie astratte, sia per quanto concerne la regolamentazione dell'assistenza psichiatrica, dove si distinse per la qualità e le modalità di intervento nell'ambito dell'organizzazione sanitaria pubblica.

Dal punto di vista, per così dire, più strettamente 'tecnico', con Esquirol si sviluppa ancora di più la psichiatria clinica (sempre da intendersi nella già ricordata accezione di psichiatria 'manicomiale'), e anche la psicopatologia assume definitivamente una conformazione strutturale, abbandonando i residui descrittivi propri dell'epoca antica. Egli si sofferma sulle analisi specifiche delle malattie mentali, senza la pretesa di dovere procedere a sistematizzazioni nosologiche rigide e definitive, come si evince anche dalla sua opera principale, *Des maladies mentales, considérées sous les raports médical, hygiénique et médicolegal*, del 1838, che non è uno scritto organico e sistematico, ma una raccolta di articoli dedicati all'analisi di specifiche patologie mentali[251]: si tratta, in buona sostanza, di analisi che descrivono il disturbo ogni volta osservato, unendo alle considerazioni teoriche precise osservazioni cliniche. Interessante è, poi, anche l'uso di una terminologia, per così dire, più medica, che non parla più di "follia" ma di "malattia mentale", intesa nella sua accezione scientifica: sebbene la "causa immediata" della malattia mentale rimanga oscura, ciò che si può osservare, stando a contatto con i malati, è il modo graduale con cui si sviluppa il disturbo, per cui vi sono forme patologiche che si susseguono l'una all'altra (la melancolia, la monomania, la mania, la demenza) e che corrispondono a progressivi danni delle diverse funzionalità psichiche e corporee.

L'analisi delle malattie mentali sviluppata da Esquirol muoveva da quella di Pinel, del quale egli correggeva le inesattezze riguardo la descrizione dell'idiozia e della demenza, tutt'altro che ben distinte: in realtà, però, la sua grande innovazione consistette nell'introduzione, a partire dal concetto di "follia parziale" elaborato da Pinel, di una nuova malattia mentale, la monomania, che rappresenta la "malattia della civilizzazione" e che si

[250] Per quanto riguarda Gall si veda *ibidem*, pp. 216-219; e anche G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 263-264.
[251] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 71-76.

può presentare in tre forme: la monomania intellettuale, che si determina mediante un "principio errato", quella affettiva, che consiste in un disturbo che riguarda il sentimento e determina un comportamento non razionale, e la monomania istintiva, che è un'alterazione della volontà e riguarda il comportamento impulsivo ed irrazionale[252]: «Mentre la melancolia è la variante triste, rivolta verso l'interno (la volontà di non volere), della follia parziale, la monomania ne è la variante che si rivolge verso l'esterno, la proiezione espansiva del disturbo del comportamento. […] Per Esquirol la monomania è la malattia del suo tempo, la malattia dell'estremizzazione, della singolarizzazione e dell'unilaterarizzazione dell'uomo, la malattia del progresso, dell'eccessivo volgersi verso l'esterno […]»[253]. Tale studio sulla monomania è interessante, al di là delle specificità mediche che qui non è il caso di approfondire, sia in chiave giuridica che dal punto di vista antropologico. Dal punto di vista giuridico, infatti, questa teoria determinò il fatto che tutti gli atti che non rispondevano alle norme sociali venissero considerati come vere e proprie malattie, dunque si tese a differenziare il malato da colui che commette un reato. Nella prospettiva, per così dire, antropologica, poi, ciò significò un'accresciuta dignità scientifica ora pretesa dalla psichiatria, ma anche dalla sociologia, oltre a testimoniare la grande attenzione di Esquirol per la dimensione sociale. Tale aspetto spiega anche il suo interesse per il metodo statistico, poi ricordato anche da Jaspers, metodo che egli utilizzò costantemente, cercando, per esempio, di individuare un eventuale nesso tra l'aumento delle malattie mentali e lo sviluppo della civiltà moderna (ma, in realtà, per Esquirol tale aumento è più apparente che reale).

Inoltre, sempre in ambito clinico, rimane interessante lo studio, avviato da Esquirol e poi proseguito da Alexandre Brierre de Boismont (1798-1881), sulla distinzione tra l'allucinazione, intesa come percezione prodotta in assenza di un oggetto, e l'illusione, che, invece, è l'interpretazione inesatta in presenza dell'oggetto[254].

Infine, va anche ricordata l'opera riformatrice di Esquirol[255], il quale, libero dai pregiudizi che ancora in qualche modo avevano ancora frenato Pinel, non più legato ai principi rivoluzionari, ma animato da uno spirito tutto sommato conservatore teso a superare le contraddizioni esistenti, intervenne direttamente nell'ambito dell'assistenza sanitaria pubblica: la sua formulazione, nel 1838, della legge francese sulla regolamentazione dell'assistenza psichiatrica fu la prima in questo campo e divenne un modello per le altre. Egli era in qualche modo affascinato dai folli, che considerava gli elementi della società più interessanti da osservare, e lottò anche per ridare loro dignità e perché non venissero più considerarti come "animali selvaggi". Il suo intervento fu, dunque, anche legislativo: egli tradusse in pratica, sostanzialmente, la "morale amministrata" ideata da Pinel, creando un ordinamento manicomiale basato su un'amministrazione centralizzata, per cui il manicomio era interamente gestito dal prefetto, quindi di sostanziale appannaggio statale[256]. Allo stesso modo, quindi, vennero presi come esempio anche i suoi interventi nel campo dell'assistenza sanitaria e di quella pubblica: si trattò di successo internazionale, dato che la sua clinica di Ivry e l'istituto di Charenton furono da più parti assunti come modelli.

La tradizione francese continuò, soprattutto grazie agli allievi di Esquirol e ai loro successori[257], in una direzione che, specie per l'influsso di Gall e di Brussois, assunse

[252] Per un approfondimento della teoria della monomania si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle*. *Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 210-216.

[253] *Ibidem*, p. 211. Per approfondire il pensiero di Esquirol come medico e riformatore si veda *ibidem*, pp. 200-216.

[254] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 76-77.

[255] Per quanto riguarda l'intervento riformatore di Esquirol si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 200-207.

[256] Contro la "morale amministrata" di Pinel e il "centralismo amministrativo" di Esquirol si erge la critica di Foucault, il quale interpreta i manicomi come "dispositivi di potere" dal carattere fortemente repressivo e non vede in Pinel ed Esquirol alcun atteggiamento umanitario (cfr. M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit.).

[257] Cfr. G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 344-371.

sempre più un orientamento somatico, in una prospettiva che, sostanzialmente, non vide le aspre controversie tra "psichici" e "somatici" proprie, invece, della Germania[258] e venne ulteriormente declinata, piuttosto, nella cosiddetta "teoria della degenerazione"[259]. Tra le personalità più illustri che contribuirono alla prosecuzione della ricerca psichiatrica francese (sulla quale, però, non posso qui soffermarmi) vanno ricordati, per esempio, Étienne-Jean Georget (1795-1828), che studiò l'ambito della psichiatria forense[260] e sviluppò l'analisi della localizzazione cerebrale delle malattie mentali, tra cui l'isteria; François Leuret (1797-1851), fautore della terapia "morale", le cui osservazioni psicologiche furono riprese anche da Freud; Jean-Pierre Falret (1794-1870), che per primo descrisse, nel 1853, la cosiddetta "follia circolare" e fu all'avanguardia nello studio del suicidio dal punto di vista psichico e somatico; Félix Voisin (1794-1872), il quale, oltre a fondare la clinica privata di Vanves, si dedicò allo studio e all'educazione dei malati mentali, risentendo molto dell'influenza di Gall; August Foville (1799-1878), che si distinse per i lavori di anatomia cerebrale, e Louis Florentin Calmeil (1798-1895), che approfondì la storia delle psicosi di massa e fu il primo a considerare la paralisi progressiva come malattia specifica. In questo periodo, inoltre, affermandosi sempre più la psichiatria manicomiale e maturando, quindi, anche un più benevolo atteggiamento nei confronti del malato, non mancarono le innovazioni, per così dire, sociali, come per esempio, nel 1843, l'istituzione di fondi destinati ai malati dimessi.

Infine, una figura rilevante, che non appartenne alla scuola di Esquirol e che forse non è stata sempre adeguatamente considerata nel panorama psichiatrico francese, fu Antoine Laurent Bayle (1799-1858), il quale diede un contributo significativo all'indirizzo somatico, dimostrando che alcune forme di disturbo psichico, come per esempio il delirio di grandezza e la debolezza mentale, oltre alla paralisi progressiva, possono essere spiegate in modo causale attraverso la patologia cerebrale perché sostanzialmente dovute all'infiammazione di una meninge, l'"aracnoidite". Bayle avanzò diverse ipotesi sulle cause di tale infiammazione, tra cui anche l'idea che potesse essere provocata dalla sifilide (che più tardi si scoprirà non essere, invece, la causa necessaria dello sviluppo di tale patologia): il "germe patogeno" responsabile fu individuato anni dopo ma si deve a Bayle[261] il merito di avere dimostrato la radice organica e di avere definito un quadro nosologico chiaro di uno dei disturbi al tempo più diffusi, vale a dire la paralisi progressiva. Essa non venne più descritta come derivazione di altri disturbi o come semplice debolezza ma come malattia autonoma, che Bayle studiò attentamente analizzandone il decorso e descrivendola in termini clinici e anatomo-patologici[262].

Non sono da sottovalutare, infine, gli studi di fisiologia, nei quali si distinse François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838), personaggio di rilievo per la determinazione delle basi della fisiologia clinica non solo francese, ma anche tedesca: proprio muovendo da Broussais, infatti, Wilhelm Griesinger elaborerà la sua psichiatria fisiopatologica. Secondo Broussais, la malattia mentale deriva da un "processo irritatorio-infiammatore", per cui la

---

[258] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 100-101.

[259] Per la "teoria della degenerazione" elaborata da Morel, di cui tratterò in seguito anche in riferimento a Kraepelin, e in particolare alla sua concezione della "demenza precoce", si veda *ibidem*, pp. 102-109. Per Morel si veda H.F. Ellenberger**,** *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 69.

[260] Per quanto riguarda la diffusione della psichiatria forense cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 100.

[261] Per approfondire la figura e l'opera di Bayle si vedano K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 220-221, e H.F. Ellenberger**,** *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., p. 68.

[262] Per quanto riguarda la scuola francese si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 84-101. Per un quadro completo dell'evoluzione della psichiatria inglese, anche in relazione agli sviluppi sociali, politici ed economici dal periodo dell'"internamento" fino alla definizione della psichiatria manicomiale, cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 137-226. Si veda anche H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 59-65.

follia è una «irritazione funzionale infiammatoria dell'organo dell'istinto e dell'intelligenza, quindi del cervello concepito in senso frenologico, prima ancora che ne derivi una lesione strutturale»[263]. La sua visione prettamente organicista tende a considerare fenomeni generalmente 'immateriali', come l'io e la coscienza, come «azioni della materia cerebrale nervosa e perpetuamente mutevole»[264]: tale mutevolezza della materia consente a Broussais di lasciare aperta la possibilità terapeutica, alla luce della consapevolezza che la follia può essere curata sia per quel che riguarda le sue manifestazioni effettive che relativamente alla predisposizione ereditaria che talvolta la determina.

Ma, al di là delle singole scoperte e della specificità di ogni contributo, il Settecento rappresentò la vera svolta per la scienza psichiatrica, che finalmente conseguì dignità scientifica, potendo così dare inizio ad una serie di applicazioni terapeutiche adeguate e, soprattutto, strettamente mediche. Fu un passaggio epocale anche per la restituzione, almeno parziale, dei diritti naturali ai folli, che finalmente iniziarono ad essere considerati, almeno sul piano ontologico, individui come tutti gli altri.

Jaspers riconobbe, con ogni probabilità, il cambiamento epocale avvenuto tra il diciottesimo e il diciannovesimo secolo, tanto da utilizzare, per indicare la scienza psichiatrica sviluppatasi in questo periodo, la nuova espressione "psichiatria manicomiale" proprio per contrapporre la via inaugurata in Francia e in Inghilterra, soprattutto da Battie, Tuke, Pinel ed Esquirol, a quella abitualmente battuta nei secoli passati. Da qui verrà fuori, tra l'altro, la "psichiatria universitaria": «Nei secoli passati, i malati di mente – solo quelli gravi, furiosi, pericolosi – furono internati insieme ai delinquenti e ai vagabondi. Il punto di vista puramente medico, dopo alcuni pochi precursori, si cominciò a realizzare in Europa dal 18° secolo, ed ebbe il suo pieno sviluppo solo nel 19°. Il principio giunse a tali estremi, per cui divenne esso stesso dubbio e richiese che fossero chiaramente determinati i suoi limiti. L'assolutizzazione del sapere sull'uomo da un punto di vista medico-scientifico-naturalistico in un sapere generale dell'uomo, condusse gradatamente all'inclusione di ogni essere umano nell'ambito di un tale giudizio, e condusse altresì ad un continuo ampliamento della cerchia di coloro che dovevano essere giustificati per la mancanza di libera volontà. Praticamente la terapia non poté mai diventare un procedimento generale; la disciplina e la sicurezza restarono di fatto indispensabili. Ma solo il principio della concezione medica e l'umanizzazione nel trattamento dei malati di mente ha portato alla fondazione dei manicomi e allo sviluppo continuo e metodico della scienza psichiatrica. Come *psichiatria manicomiale* la nostra scienza si è sviluppata nel 19° secolo. I medici dei manicomi furono i loro più insigni promotori. Questo fatto dà alla maggior parte delle personalità psichiatriche dei primi due terzi del secolo un colorito comune, nonostante tutte le diversità di punti di vista. In tutti i loro scritti si osserva una certa umanità, qualche volta sentimentale, una accentuazione del compito di aiutare e guarire e talvolta una certa dignità sacerdotale, ma anche una capacità notevole nell'affrontare le difficoltà del trattamento degli alienati e dell'amministrazione degli ospedali»[265]. La psichiatria, divenne così, a tutti gli effetti 'scientifica'.

[263] K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 219.
[264] *Ibidem*, p. 219.
[265] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 895-896. Si veda anchela prima edizione: Id., *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, cit., pp. 327-328.

Capitolo terzo

La psichiatria tedesca: la 'svolta ottocentesca'

Il capitolo introduce la parte più ampia e articolata di questo lavoro, dedicata ai momenti più significativi della storia della psichiatria tedesca, specie quelli connessi alla genesi e agli sviluppi della *Allgemeine Psychopathologie* di Jaspers. Proprio per contestualizzare meglio tale opera, risulta opportuno soffermarsi sulla cosiddetta 'svolta ottocentesca', un momento che sembra decisivo per la costituzione della psichiatria 'scientifica' tedesca: intendo quindi delineare gli aspetti più rilevanti del contesto storico-culturale e scientifico tedesco di tale periodo, al fine di evidenziare come in Germania lo sviluppo tardivo (rispetto alla Francia e all'Inghilterra) della psichiatria si debba ad una più tarda affermazione della coscienza borghese e, anche, alla significativa influenza esercitata dal Romanticismo e dalla filosofia idealistica. Tuttavia, per meglio comprendere tali decisive dinamiche sviluppatesi soprattutto a partire dall'Ottocento, è necessario fare innanzi tutto riferimento ad alcune figure che, già dalla fine del Seicento, hanno animato in modo decisivo lo scenario medico-scientifico permettendo lo sviluppo della cosiddetta "psicologia medica", per certi aspetti propedeutica rispetto alla psichiatria moderna. A tal proposito, intendo sottolineare il ruolo determinante svolto dalla scuola di Halle (Saale), dove importanti personalità hanno contributo in modo decisivo allo sviluppo di una prima riflessione psichiatrica: qui si innesca, infatti, il processo che tra la fine del Seicento e il Settecento determina il passaggio dall'impostazione meccanicista ad una prospettiva in qualche misura antesignana della moderna declinazione psicosomatica, dove l'anima e le sue funzioni vengono studiate in stretta relazione con il corpo. Esito di tale sviluppo è, tra l'altro, la genesi del termine "psichiatria" ad opera di Johann Christian Reil, che introduce alla cosiddetta "psichiatria romantica", della quale intendo poi analizzare i caratteri peculiari, tenendo sullo sfondo alcune importanti categorie di riferimento, come per esempio la filosofia della natura e, in genere, quella idealistica. Espressione della "psichiatria romantica" è il dibattito tra gli *Psychiker* ed i *Somatiker*, ai quali fa riferimento anche Jaspers, sebbene non sempre sembri coglierne appieno le peculiarità. L'obiettivo è rappresentare le caratteristiche di tale "psichiatria romantica" (e anche problematizzare tale dicitura, spesso fuorviante), mettendone in evidenza taluni presupposti che, come la convinzione dell'inviolabilità dell'anima, posti alla base delle interpretazioni sia degli "psichici" che dei "somatici", hanno portato a disconoscere la possibilità di qualunque "malattia dell'anima", rallentando così inevitabilmente la costituzione scientifica della psichiatria.

3.1 L'origine del termine 'psichiatria': la tradizione di Halle (Saale)

La storia della psichiatria tedesca si sviluppa in stretta connessione con le dinamiche socio-politiche ed economico-culturali della Germania, la cui evoluzione in questo senso segue un percorso differente rispetto ai medesimi processi osservati in Francia e in Inghilterra. Vi è, dal punto di vista cronologico, un leggero ritardo, se così si può dire, nella delineazione della psichiatria come scienza, sebbene, però, la sua genesi sia da ricercare sempre nei secoli diciottesimo e diciannovesimo, cruciali sia per la definizione dei nuovi assetti politici ed economici che per la determinazione dei paradigmi culturali che ebbero a influenzare le origini della scienza psichiatrica contemporanea.

La situazione politica ed economica della Germania appare alquanto differente rispetto a quelle dei paesi circostanti, e ciò si deve non solo alla frammentazione territoriale e alle diverse modalità di sviluppo ma anche agli avvenimenti storici che la videro coinvolta e che determinarono, al suo interno, la formazione della classe borghese. Per contestualizzare la nascita della psichiatria clinica in Germania è certamente necessario

considerare gli aspetti politici ed economici che, anche in questo caso, come per la Francia e per l'Inghilterra, in una qualche misura determinarono il processo di segregazione della "non-ragione", ma anche guardare al ruolo determinante che lì assunsero i movimenti culturali e, in particolare, la filosofia.

L'analogia con i processi osservati nei paesi limitrofi riguarda principalmente il ruolo protagonista della classe borghese, che anche nel caso della psichiatria tedesca risulta fondamentale per un approccio consapevole alla dimensione mentale, e quindi per lo sviluppo di una psichiatria prettamente medica. La differenza specifica, causata soprattutto dalle diverse dinamiche politico-economiche, riguarda, invece, le modalità con cui si formò la prima coscienza borghese, che si espresse liberamente e consapevolmente dapprima in ambito culturale e letterario, piuttosto che in quello politico, determinando così un leggero ritardo nel processo di sviluppo della psichiatria scientifica. L'approccio al mentale fu inizialmente legato infatti, alla sfera filosofica e culturale, dunque in qualche modo avvolto da quell'aura di mistero che stimolò indagini più poetiche e antropologiche che scientifiche: in Germania, infatti, probabilmente più che altrove, furono a tal fine determinanti le coeve prospettive culturali, non soltanto l'illuministica e la romantica, dal momento che un vero e proprio ruolo di rottura venne esercitato anche dallo *Sturm und Drang*. È bene, quindi, comprendere dapprima il retroterra politico ed economico della Germania, in grado di spiegare, poi, come mai l'aspetto culturale fu così determinante, almeno in un primo momento, per la costruzione delle basi della psichiatria contemporanea.

Le cause profonde di queste dinamiche sono da rinvenire, innanzi tutto, nella situazione politica generale della Germania che, dopo la Guerra dei Trent'anni, appariva tutt'altro che rosea, dato che tale conflitto ebbe conseguenze in qualche misura catastrofiche per la vita politico-economica e socio-culturale. Si venne a determinare, infatti, la necessità di instaurare un'economia sostanzialmente autarchica, rimettendo ogni libertà decisionale nelle mani dello stato, che intervenne con sicura autorità, indirizzando le attività economiche, limitando la libertà decisionale dei sudditi, così come quella delle organizzazioni allora esistenti, dalle corporazioni alle altre forme di associazionismo. La necessità di riavviare l'economia secondo il modello mercantilistico, motivo per il quale si cercò di intraprendere un processo di razionalizzazione capace di guardare non solo alle risorse, che comunque in seguito al conflitto avevano subito una forte contrazione, ma anche alla popolazione, che lo stato cercò di rendere il più possibile produttiva, serviva a riaffermare il ruolo della Germania e della sua economia anche nello scenario internazionale. La segregazione della "non-ragione", in Germania già diffusa in modo abbastanza eterogeneo secondo le diverse regioni e fino a quel momento tendenzialmente giustificata da finalità morali e pedagogiche, venne ora più direttamente legata alla politica demografica, cioè all'esigenza di rendere tutti i sudditi utili e produttivi, dovendo anche fronteggiare la pericolosa scarsità di risorse dovuta, tra l'altro, anche alla limitata estensione territoriale tedesca. Non vi fu, quindi, soltanto la necessità di 'difendersi' dal pericolo della "non-ragione", ma anche l'esigenza di industrializzare un paese ancora fortemente lacerato e per molti versi persino contradditorio, dove la nascente tendenza liberale si scontrava con politiche spesso ancora marcatamente protezionistiche. Un limite costitutivo era certamente rappresentato dall'impostazione autarchica data a tale processo di intenzionale modernizzazione, di fatto ancora troppo legato a logiche da *ancient regime.* Sicuramente la suddivisione territoriale tedesca non favorì la nascita di quella coscienza borghese che in Francia e Inghilterra era stata protagonista determinante, invece, delle riforme politiche ed economiche, così come del fenomeno, venendo all'aspetto psichiatrico, dell'internamento. In Germania, infatti, fu lo stato ad avviare il processo di industrializzazione e a intervenire nel processo di riforma degli istituti di segregazione: proprio questo ruolo centrale esercitato dallo stato e l'iniziale mancanza di una spiccata consapevolezza sociale spiegano in qualche modo il ritardo dello sviluppo economico tedesco, al quale contribuirono certamente anche altri fattori, come per esempio la forte

influenza del protestantesimo e il ruolo significativo esercitato ancora dall'antica aristocrazia.

In questo contesto ebbe a svilupparsi il fenomeno dell'internamento, in parte dovuto agli esiti del processo di industrializzazione, laddove il discriminante tra gli internati divenne, in buona sostanza, la capacità o meno di lavorare. Non vi erano alla base una concezione e una conoscenza dei disturbi psichici tali da permettere una netta distinzione tra chi era effettivamente malato, e quindi non in grado di lavorare, e chi invece doveva essere in qualche modo punito per la propria inettitudine. Tale ignoranza finì per creare ancora più disagi, dal momento che in molti casi le condizioni di vita dei malati di mente, ora ancora più reietti ed esclusi da ogni possibilità di emancipazione, peggiorarono notevolmente. Non stupisce neanche, poi, che una prima separazione tra i malati di mente e gli altri detenuti volgesse a favore di questi ultimi, nel senso che venne data priorità alla riforma delle prigioni e dei luoghi in cui gli internati potevano essere meglio sfruttati come manodopera, e dunque come fonte di reddito. Non solo, quindi, andò sempre più tramontando l'idea originaria che aveva sostenuto la nascita di questi istituti, all'inizio intesi per lo più come centri rieducativi, ma essi stessi perdettero sempre più il carattere di misura solidale che, almeno intenzionalmente, avevano avuto come strutture in una qualche misura atte a fronteggiare la miseria di una categoria umana certamente sfortunata e reietta.

In modo sempre più evidente, invece, al centro dell'attenzione venne a porsi l'esigenza di riformare quelle strutture originarie, che ora potevano diventare luoghi di lavoro: in questa prospettiva, l'attenzione della sfera pubblica si focalizzò su riforme che non riguardavano certamente i malati di mente, ma le categorie di uomini che potevano essere produttivi. Anche in questo si riscontra un'ulteriore conseguenza della sostanziale mancanza di quella classe media che in altri paesi aveva comunque permesso la maturazione di un dibattito, e quindi un interesse condiviso, in merito al problema della "non-ragione". Qui, invece, mancava ancora una classe in grado di mediare tra la realtà sociale e gli interessi dello stato, cioè una coscienza pubblica diffusa in grado di problematizzare certe questioni e dunque di porre le basi di un possibile progresso. Se in Francia e in Inghilterra i disturbi psichici cominciarono a diventare, per la società, oggetto di conoscenza e, poi, di interesse, ciò si dovette alla maturazione di una coscienza e di un'opinione pubblica che resero possibile la riflessione (e anche la nascita di una sorta di curiosità per tali aspetti umani e sociali) su ciò che per secoli era stato sempre più o meno deliberatamente ignorato. È vero che l'impulso dell'opinione pubblica non costituisce sempre un fattore positivo, anzi, al contrario, può essere anche causa di molti mali sociali, ma certamente si tratta di un elemento necessario per stimolare il progresso sociale e per guardare a una società dinamica e non più soltanto ancorata a vecchi tradizionalismi. L'approccio al disagio psichico ne è un chiaro esempio, dal momento che è sempre in qualche misura dipeso, nel bene e nel male, dalla percezione di tale disagio da parte della società, e probabilmente non si sarebbe mai venuti fuori dalla consuetudine di considerarlo semplicisticamente come un disturbo demoniaco, invece che una malattia, se non fosse nel frattempo maturata al riguardo un'adeguata coscienza sociale e pubblica. Tale coscienza venne a determinarsi, in Germania, non tanto grazie a dinamiche strettamente sociali, politiche ed economiche, ma a partire dalla necessità di restituire alla società sudditi in grado di lavorare. L'interesse medico per la follia non venne inizialmente fuori, quindi, da un'accresciuta coscienza politico-sociale, ma maturò grazie alle riflessioni riconducibili a correnti culturali e letterarie, come per esempio lo *Sturm und Drang*, che da un lato innescarono motivi sentimentalistici legati alla compassione per i malati di mente e dall'altro permisero la nascita di una coscienza culturale in qualche misura in grado di interporsi tra stato e realtà sociale, dunque di stimolare nel corpo sociale una più attenta riflessione su se stesso[266].

[266] Per quanto riguarda la situazione politica ed economica della Germania, con specifico riferimento agli sviluppi del fenomeno dell'internamento e alle riforme manicomiali tra fine Settecento e Ottocento, si veda K.

Tali premesse chiariscono, seppur soltanto a grandi linee, perché in Germania i movimenti culturali abbiano influito in modo così decisivo sul processo di reintegrazione sociale della "non-ragione" e, soprattutto, di progressiva accettazione sociale della malattia mentale, premesse assolutamente necessarie per la nascita della psichiatria scientifica.

La corrente illuministica, così come poi anche lo *Sturm und Drang* e il Romanticismo[267], si radicano in un modo del tutto particolare entro il contesto tedesco, intrecciandosi con la filosofia idealistica (e anche in qualche modo con quella naturalistica) che ad un certo punto dominò lo scenario culturale del tempo e influenzò, inevitabilmente, anche le indagini sui processi psichici. La peculiarità che contraddistinse lo sviluppo della psichiatria tedesca è rappresentata proprio dal ruolo svolto dalla filosofia, in particolare dal naturalismo e dall'idealismo, i cui nuclei concettuali influenzarono soprattutto le indagini sulle relazioni tra corpo e anima, con specifico riferimento all'eventualità della malattia mentale, contribuendo così all'affermazione di una psichiatria scientifica nell'ambito della quale doveva emergere anche una declinazione per certi versi 'antropologica'. Nell'Ottocento si assistette, in Germania, ad una vera e propria svolta della psichiatria, la cui denominazione venne coniata dallo psichiatra tedesco Johann Christian Reil, il cui contributo si inserì in un contesto che, seppur inizialmente ancora fortemente legato alla speculazione filosofica, assunse via via connotati medico-scientifici sempre più definiti, e questo anche grazie al contributo di Wilhelm Griesinger, capace, come dirò meglio più avanti, di dare alla psichiatria uno statuto clinico, e alle ricerche successive, che trasformarono gli studi psichiatrici in una vera e propria patologia della sfera cerebrale, motivo per il quale, poi, la psichiatria tedesca venne definendosi non solo come 'clinica' ma anche come *Hirnmythologie*. È questa, per esempio, la cornice entro la quale va contestualizzata l'attività della clinica di Heidelberg, nella quale Jaspers si formò e dove sono in qualche modo da rintracciare le radici della sua *Psicopatologia generale.*

La cosiddetta 'svolta ottocentesca' della psichiatria tedesca, durante la quale l'indagine sul dato mentale assunse il proprio statuto medico, risulterebbe però difficile da comprendere senza considerare i presupposti generali sviluppatisi tra la fine del Seicento e il Settecento, periodo in cui si era sicuramente rafforzato l'impulso alla ricerca e si erano formate le prime 'scuole' nelle quali vennero delineati i nuclei concettuali che avrebbero poi caratterizzato, dal punto di vista teorico come da quello pratico, la psichiatria tedesca delle epoche successive. Nella storia della psichiatria tedesca riveste particolare importanza, da questo punto di vista la 'scuola di Halle', dove tra l'altro, all'inizio dell'Ottocento, è stato coniato, da Johann Christian Reil, il termine "psichiatria"[268], ma dove già molto prima erano maturati i presupposti per una seria problematizzazione della relazione tra organico e inorganico, tra materiale e immateriale, aprendo così la via allo studio scientifico del disturbo mentale. In particolare, erano risultati determinanti, come accennavo poco sopra, gli studi compiuti tra la fine del Seicento e l'inizio del Settecento, un'epoca quanto mai di transizione, dove da una parte era ancora molto forte il tentativo meccanicista di spiegare anche l'organico attraverso leggi rigorosamente definite, mentre dall'altra diventavano sempre più stringenti le domande in merito alla relazione tra corpo e anima (anche come esito del cartesianesimo)[269]. Si poneva l'esigenza, insomma, di

---

Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 229-244. Interessante, per esempio, a proposito del processo di sviluppo delle istituzioni manicomiali, la riforma del manicomio di Francoforte del 1785, che, con l'introduzione, nel regolamento, non solo di norme educative ma anche di principi più strettamente medici, mostra, seppure ancora in modo piuttosto implicito, l'avvio di un processo di transizione dalla finalità esclusivamente pedagogico-moralistica ad una mentalità più scientifica (cfr. *ibidem*, p. 239).

[267] Per l'importanza assunta dallo *Sturm und Drang* in Germania, i suoi sviluppi e i suoi intrecci con lo scenario culturale del tempo, tra Illuminismo e Romanticismo, si veda *ibidem*, pp. 245-252.

[268] Per quanto riguarda Reil e la genesi del termine "psichiatria" cfr. S. Achella, *Rimanere in cammino. Karl Jaspers e la crisi della filosofia,* Napoli, Guida, 2012, pp. 85-86.

[269] In merito al cartesianesimo, è bene ricordarne le tre tesi più significative: la prima è quella dualistica, cioè la convinzione che il mondo è composto da spirito e materia, due sostanze separate, *res cogitans* e *res extensa*. L'uomo, come essere corporeo animato, è costituito da entrambe le sostanze. Da questo deriva il cosiddetto

attribuire all'uomo, e dunque anche alla sua corporeità, un significato non solo chimico-fisico ma anche teleologico: la fisiologia esigeva un sostrato materiale ma, nello stesso tempo, trovava anche un modo per schivare ogni ipotesi riduzionistica, riconoscendo all'essere umano, rispetto agli altri corpi animati, una propria peculiarità specifica. La malattia mentale, e più in generale la degenerazione patologica cui l'organismo può andare incontro, diventava così un terreno atto a ricercare spiegazioni molto più profonde e rispetto alle quali la scienza esatta si era rivelata in una qualche misura insufficiente. In questa prospettiva va contestualizzata la tradizione di Halle, che, tra fine Seicento e inizio Settecento, annoverava già i primi protagonisti di tale mutamento, i quali, ancora per molti versi legati ad una visione meccanicistico-materialistica di matrice fisico-chimica, iniziarono ad attribuire all'individuo, per così dire, una sorta di valore aggiunto, aprendo la via all'indagine problematica e scientifica che poi vedrà posto al centro dell'attenzione il confronto tra i dati empirici e le finalità superiori, peraltro non sempre facilmente dimostrabili. Essi influenzarono certamente gli sviluppi e le inclinazioni di ricerca degli studi psichiatrici del tempo, non solo contribuendo all'affermazione sempre più rigorosa e diffusa dell'indagine psichica, ma anche tramandando ai posteri, attraverso un fecondo intreccio di biografie e pratiche scientifiche, un ritratto significativo della Germania del tempo.

Ad Halle una delle figure più significative, la cui fama oltrepassò ampiamente i confini tedeschi, fu Georg Ernst Stahl (1659-1734), il quale si distaccò dalla teoria somatica di matrice ippocratea e diede un forte influsso e una nuova direzione alla psichiatria, ponendo anche le basi per gli sviluppi di teorie riguardanti l'eziologia psicogena della malattia mentale: è così che in Germania si posero le premesse per una considerazione anche in ambito psichiatrico delle cause psicologiche, oltre che di quelle somatiche. Stahl in qualche modo preparò questi sviluppi, ma non ne fu ancora diretto protagonista: egli si distinse, piuttosto, per la teoria denominata "animismo"[270], che, tenendo conto delle tendenze del tempo, in particolare della iatrofisica e della iatrochimica, individuava nell'anima il principio regolatore delle reazioni fisiche e chimiche del corpo. Essa era ancora molto legata all'esigenza di rintracciare un qualche sostrato materiale, ma nello stesso tempo esprimeva anche la necessità di rinvenire un 'principio primo' in grado di rendere alla corporeità un significato anche teleologico. Inoltre, non intendendo più la malattia nell'accezione somatica ippocratea, ma come lotta dell'anima contro fattori ritenuti nocivi, l'animismo rappresentava bene quest'epoca di transizione e in una certa misura anticipava considerazioni che poi assumeranno forza e centralità nell'Ottocento. Nel caso specifico delle malattie mentali, la trattazione di Stahl non era molto articolata, ma certamente significativa era la differenza che egli scorgeva tra le malattie mentali "simpatiche", cioè dovute a disturbi organici, e le malattie mentali "patetiche", ovvero soltanto funzionali, cioè prive di una base organica: in ogni caso, il suo contributo deve essere contestualizzato nell'ambito di una visione d'insieme più generale, per cui, più che l'innovazione scientifica

"dualismo corpo-anima", che, se da una parte mostra qualche vantaggio dall'altra può diventare problematico: è positivo, infatti, che si possa esaminare il corpo umano utilizzando i metodi della moderna scienza naturale, affermando nello stesso tempo principi quali l'immortalità dell'anima e la libertà della volontà. D'altro lato, però, possono sorgere evidenti contraddizioni, perché è certo problematico stabilire l'effetto causale dell'anima sul corpo: risulta molto complesso, in altri termini, chiarire quali siano le relazioni tra il corpo e l'anima, soprattutto per quanto riguarda alcune funzioni propriamente umane (pensiero, sentimento, azione volontaria) non sempre esplicabili attraverso relazioni causali meccaniche. La seconda tesi riguarda l'idea cartesiana della dimensione spirituale come mondo cosciente, questione che apre un dibattitto assai complesso sulle operazioni compiute dall'uomo, molte delle quali sono processi mentali che vengono realizzati, però, senza essere percepiti. Infine, un'altra tesi importante riguarda la relazione e la possibilità di comunicazione con la dimensione spirituale, alla quale, secondo Cartesio, l'uomo ha accesso immediato e privilegiato, cosa che costituisce il fondamento della conoscenza.

[270] A proposito dell'"animismo" di Stahl si vedano anche H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 46-48, e P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 4-5.

o nosologica in senso stretto, devono esservi colte le nuove esigenze che egli fu capace di problematizzare e che, pur non riuscendo egli stesso a soddisfarle pienamente, in qualche modo segnarono l'inizio di una nuova epoca[271].

Per cogliere la complessità, l'innovazione e anche il limite della dottrina di Stahl è necessario analizzarla in relazione all'ambiente umano e professionale in cui il medico si trovò ad operare. La sua biografia, infatti, non solo aiuta a capire la genesi della sua teoria medica, dando ampio spazio anche alle sue conoscenze scientifiche, soprattutto chimiche, ma permette altresì di cogliere quell'intreccio tra vita privata e dimensione pubblica, tra interesse per la ricerca ed ambizioni di carriera che vedono spesso intervenire dinamiche molto più profonde e sottili. In questa prospettiva, credo sia interessante, per esempio, mettere a confronto la teoria di Stahl con quella di un'altra figura di riferimento della scuola di Halle, vale a dire Friedrich Hoffmann (1660-1742)[272], con il quale egli interagì costantemente, in un clima animato da dissapori e competizioni che rivelano anche il ruolo che il medico esercitava rispetto al potere politico. Definiti come i "fari di Halle"[273], Stahl e Hoffmann, quasi coetanei, non furono soltanto colleghi e ricercatori ma anche personaggi che assunsero un certo rilievo nelle dinamiche di corte, dove operarono mossi certamente da spirito medico e scientifico ma anche da una certa volontà di affermazione personale. La rivalità tra i due non è riconducibile, infatti, soltanto ad una (almeno apparente) divergenza tra le rispettive teorie specifiche, convenzionalmente definite 'animistica', nel caso di Stahl, e 'meccanicistica', per quanto riguarda Hoffmann, ma ha radici ben più profonde che riguardano innanzi tutto la loro carriera universitaria e poi quella, per così dire, di 'medici di corte'. Il loro antagonismo è interessante anche da un punto di vista più strettamente storiografico, se non altro perché offre un'ampia visuale della vita accademica tedesca in un periodo in cui fama e prestigio erano determinati non soltanto dai riconoscimenti scientifici ma anche per via politica, a testimonianza di un sapere mai completamente libero, ma, al contrario, sempre più o meno intrecciato con le trame intessute dai giochi di potere. Inoltre, proprio le loro posizioni divergenti, talvolta per certi versi anche enigmatiche, dimostrano l'aria di transizione che si respirava allora in Germania, ancora legata a concezioni prettamente meccanicistiche che presto sarebbero state declinate, però, a favore delle prerogative romantiche, che, invece, avrebbero posto l'esigenza di una spiegazione non solo materialistica e avrebbero ripreso, pur con le dovute differenze e non senza qualche evidente strumentalizzazione, diversi aspetti della dottrina di Stahl. Essa, infatti, è stata più volte enfatizzata, soprattutto nel corso dell'Ottocento, quando si è voluto focalizzare l'attenzione sulla natura dell'anima, con particolare cura per i rapporti tra corpo e anima: in questa prospettiva il sistema di Hoffmann sembrò contraddistinto da un eccessivo meccanicismo, a differenza dall'animismo di Stahl, che fu visto come una risposta antimaterialistica, sebbene l'idea di anima che esso delineava (così come, del resto, molte sue convinzioni) fosse lontana dalla visione romantica e si radicasse, piuttosto, nel medesimo orizzonte culturale di Hoffmann. Infatti, sebbene i due professori di Halle avessero visioni diverse della medicina e della scienza, essi condividevano l'impostazione chimica generale, dovuta alla loro formazione, che spiega anche perché vi fosse da parte di entrambi, seppur in termini diversi, la ricerca di un sostrato materiale che,

[271] Per approfondire la figura di Stahl cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 75-76. Inoltre, si vedano anche A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, Köln, Ana Publishers, 2012, pp. 22-29, e D. v. Engelhardt, *Georg Ernst Stahl im Urteil der Medizingeschichte. Dimensionen, Phasen, Perspektiven*, in D. v. Engelhardt und A. Gierer (hrsg.), *Georg Ernst Stahl (1659–1734) in wissenschaftshistorischer Sicht*, Heidelberg, Barth, 2000, pp. 59-80.

[272] Per il pensiero di Hoffmann si veda, per esempio, K.E. Rothschuh, *Studien zu Friedrich Hoffmann* (1660-1742), in «Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte», 1976, 60, 2, pp.163-193, e 3, pp. 235-270.

[273] Cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, Bologna, Il Mulino, 2009. Per approfondimenti bibliografici in merito a Stahl e Hoffmann e per la ricezione della loro opera nel panorama internazionale si veda *ibidem*, pp. 112-139.

senza sfociare in sterili riduzionismi, spiegasse il funzionamento del corpo umano e rendesse ragione sia degli stati di salute che di quelli patologici. Una contrapposizione, insomma, che ha sicuramente animato le vicende esistenziali e scientifiche di questi due grandi scienziati ma che dal punto di vista storiografico è da considerare con qualche cautela e tenendo conto delle successive revisioni e riutilizzazioni.

Il rapporto tra Hoffmann e Stahl iniziò durante il periodo di formazione, che li vide entrambi a Jena, dove approfondirono le conoscenze iatrochimiche, secondo la tendenza del tempo, guidati da illustri personalità del panorama scientifico di allora[274]. Hoffmann era già 'figlio d'arte', dal momento che la sua famiglia vantava una lunga tradizione medica: il padre, suo omonimo, vissuto tra il 1626 e il 1675, aveva esercitato la professione 'in prima linea', non solo per i contributi scientifici resi ma anche per l'intensa attività svolta presso i Duchi di Sassonia. Una carriera brillante ma troppo presto stroncata dalla terribile malattia che lo uccise in pochi giorni, insieme alla moglie e alla figlia, segnando inevitabilmente anche l'esistenza dell'ancor giovane figlio[275]. Egli, sulla scia della tradizione familiare, studiò medicina a Jena, dove incontrò Stahl ed assunse i primi incarichi didattici, dedicandosi soprattutto allo studio della chimica, che poi approfondì anche ad Erfurt, guidato da Caspar Cramer (1648-1682).

Se Stahl, originario di Ausbach, ottenne la cattedra di Teoria medica a Jena, dove rimase fino al 1694, le sorti di Hoffmann furono alquanto differenti, venate fin dall'origine da dissapori con alcuni professori di Jena, che lo spinsero a spostarsi a Minden, dove poi divenne "medico di reggimento" e "medico provinciale"[276]. Prima di raggiungere tali cariche, però, Hoffmann ebbe anche la possibilità di ampliare la propria formazione con alcuni viaggi all'estero che ne determinarono in modo sempre più marcato le inclinazioni di ricerca: oltre ad un soggiorno in Olanda, particolarmente proficua si rivelò la permanenza in Inghilterra, dove conobbe Robert Boyle[277], imprimendo così un impulso

---

[274] La scuola di Jena vantava la presenza di prestigiose personalità in ambito iatrochimico poi risultate determinanti per l'elaborazione dei sistemi di Hoffmann e di Stahl. In particolare, nel caso di quest'ultimo, certamente significativa fu l'influenza di T. Willis e Sylvius (F. de la Boe). La teoria di Willis secondo la quale ogni fenomeno naturale veniva collegato a processi fermentativi, così che anche la malattia si doveva agli stessi, e i suoi studi sugli stati febbrili influenzarono molto Stahl, peraltro stimolandone anche talune contrapposizioni teoretiche. Pure la formazione chimica di Sylvius risultò determinante per la genesi dell'animismo: la sua concezione della malattia, causata dallo squilibrio tra acido e alcali, poneva l'attenzione sul ruolo della chimica, presupposto necessario ma non sufficiente per la spiegazione delle dinamiche organiche. Fu proprio dal confronto con questi interlocutori (soprattutto) che Stahl maturò la convinzione secondo la quale il funzionamento dell'organismo umano non può essere del tutto assimilato a quello degli altri corpi, determinando così l'esigenza di rinvenire, all'interno del meccanicismo, un qualche fine teleologico. La fisiologia di Stahl si fonda proprio sulla chimica, in particolare sulle modalità e le possibilità di aggregazione e di disgregazione della materia: dimostrando l'insufficienza (e anche l'incompiutezza) della chimica nell'esplicazione delle dinamiche dell'organismo, Stahl elabora il concetto di anima come principio primo che, pur mantenendo un'impostazione meccanicistica, attribuisce un fine alla materia inanimata e passiva. Come sottolinea De Ceglia, «la cieca materialità della struttura meccanica andava incapsulata in un involucro teleologico, che solo un principio immateriale vitale poteva garantire: l'anima doveva servirsi del corpo come di un "organon", conferendogli una "energheia" – nella duplice accezione di energia e di funzione – tale da elevarlo al di sopra del semplice "mixtum". […] Le prospettive materialistiche erano da stimarsi limitate e parziali, non errate» (*ibidem*, p. 174).
Per il 'giovane' Stahl e i presupposti della genesi dell'animismo cfr. *ibidem*, pp. 161-186.

[275] Per quanto concerne le drammatiche vicende familiari di Hoffmann si veda anche *ibidem*, pp. 15-16.

[276] Cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, a cura di F.P. De Ceglia, Pisa, Plus Pisa University Press, 2009, p. 9.

[277] L'influenza di Boyle emerge, per esempio, nell'opera di Hoffmann, pubblicata nel 1695, *Fundamenta medicinae*, dove vengono fuori l'impostazione iatromeccanica e la forte centralità assunta dal corpo (cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 12). La prospettiva meccanicista, corpularistica, di Boyle, secondo cui la materia è passiva ed è resa viva non tanto dall'intervento di un dio creatore che la plasma quanto dalle particelle che formano l'aria e che per la loro stessa consistenza tendono al moto, influì molto sulla visione di Hoffmann, che riprese quest'idea di elasticità dei corpi soprattutto per delineare le caratteristiche del fluido nerveo, che appunto assume sembianze aero-eteree: quest'idea dell'aria, cioè del fluido aero-etereo, come causa di energia e di movimento della materia corporea fu un

decisivo all'inclinazione iatrochimica, ma soprattutto iatromeccanica, della propria ricerca[278]. Tale inclinazione non significò nulla, però, dal punto di vista religioso, visto che Hoffmann fu un uomo profondamente devoto, aspetto spesso trascurato, anche e soprattutto nel confronto con Stahl, che è stato per molto tempo associato, invece, ad una forma di religiosità più autentica e profonda, dato che le sue teorie sono state in qualche modo segnate dal pietismo, che si batteva per un rinnovamento del luteranesimo, del quale egli contestava, tra l'altro, l'eccessivo formalismo. Non stupisce che il pietismo costituisse un aspetto caratterizzante di quel contesto e che l'ambiente di Halle ne risultasse particolarmente coinvolto, data la vicinanza non soltanto a Wittenberg, centro propulsore del luteranesimo, ma anche a Lipsia, dove ebbe a operare Philipp Jakob Spener (1635-1705), il fondatore del pietismo, che influenzò diverse personalità della *Fredericiana*. Nel caso di Hoffmann e di Stahl, però, il legame con il pietismo (e più in generale con la religione) risulta piuttosto controverso, perché spesso si è venuta a creare una qualche confusione tra la religiosità dell'uomo e quella dello scienziato. Infatti, sia nel caso di Stahl che in quello di Hoffmann il giudizio sulla loro presunta religiosità è stato sicuramente connesso alle loro teorie, così che l'animismo del primo è sembrato essere 'più religioso' del meccanicismo dell'altro soltanto perché aveva a fondamento l'idea di anima. Dal punto di vista storiografico è stato spesso tentato (a volte forse in modo anche un po' fuorviante) un confronto tra Stahl e Hoffmann anche a proposito della loro religiosità, contrapponendo il pietista Stahl, con il suo sistema "dinamico-organicista", al laico Hoffmann, che sembrava molto vicino al materialismo di ascendenza cartesiana[279] e reo, secondo le polemiche del tempo, di avere trasformato la "*Verwobenheit*" tra anima e corpo, cioè la loro viva interazione, in una "*Puppenkomödie*" in cui il corpo, come una sorta di marionetta, veniva di fatto privato della propria essenza spirituale[280]. In realtà, però, l'anima pensata da Stahl era un principio vitale regolatore dell'attività fisiologica, distinta dall'essenza eterea di ascendenza mistico-cristiana; così come sembrano poi forzate e in una certa misura premature, in un contesto ancora di stampo sostanzialmente cartesiano, talune dinamiche dialettiche tra corpo e anima che si svilupperanno soltanto in seguito,

concetto ampiamente sviluppato da Hoffmann e divenne centrale anche per tentare di demarcare meglio lo stato di salute dalla malattia.
Per approfondire la ricerca di Boyle e le interazioni con la dottrina di Hoffmann, con riferimenti anche ad altri influssi a proposito della funzione esercitata dall'aria (con uno sguardo ad altri intellettuali del tempo, come per esempio Johannes Bohn), cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 297- 317.

[278] Per la formazione di Hoffmann cfr. *ibidem*, pp. 17-18.

[279] Per l'influenza esercitata su Hoffmann dalla dottrina di Cartesio, così come emerge, seppur non sempre in modo esplicito, dalle sue opere, in particolare in *Fundamenta medicinae*, cfr. *ibidem*, pp. 317-336. In realtà, più che dalla filosofia cartesiana in sé, Hoffmann fu incuriosito dal cosiddetto "sogno dei meccanicisti", cioè dall'ambizione di voler spiegare ogni fenomeno attraverso la materia e il moto: a partire da qui si spiegano assunti poi approfonditi nel corso della sua speculazione successiva, come per esempio quelli riguardanti i problematici rapporti tra corpo e anima o le passioni dell'anima intese come elementi non-naturali, e dunque come possibili cause delle malattie mentali. Inoltre, Hoffmann maturò sempre di più l'esigenza di supporre un principio superiore in grado di plasmare la materia e di ridefinire il concetto di sostanza, tentando così di sottrarsi ad un'interpretazione unicamente geometrica dei fenomeni naturali. D'altronde, tale evoluzione del pensiero di Hoffmann si riscontra anche nelle differenze tra i *Fundamenta medicinae*, focalizzati intorno alla definizione del fluido etereo e del suo ruolo in patologia, e la *Medicina rationalis*, dove tali argomenti vengono meglio circoscritti e l'attenzione viene posta anche su altre complesse questioni, come per esempio la genesi del disturbo mentale, inteso come conseguenza di una "concrezione poliposa" o di un'ostruzione delle particelle fluide all'interno dei solidi.

[280] Per quanto riguarda la questione religiosa in Hoffmann e in Stahl, e in generale alcune interpretazioni storiografiche a proposito della contrapposizione tra il sistema laico-materialistico e quello religioso, cfr. *ibidem*, pp. 88-93.
Per la polemica a proposito della separazione tra corpo e anima operata dalla filosofia cartesiana e sintetizzata metaforicamente dall'antinomia "*Puppenkomödie-Verwobenheit*", che pare espressione riconducibile ad Alberti, si vedano anche J. Geyer-Kordesch, *Pietismus, Medizin und Aufklärung in Preußen im 18. Jahrhundert. Das Leben und Werk Georg Ernst Stahls*, Tübingen, Niemeyer, 2000, pp. 180-201, e M. Alberti, *Medizinische Betrachtungen von den Kräften der Seelen*, Halle, Hendeln, 1740, p. 9.

nell'ambito della prospettiva psico-somatica. Se Stahl abbia professato o meno il pietismo non è considerazione che rende la sua teoria "più o meno religiosa", anzi pare probabile che sia stato l'influsso pietista dei suoi seguaci ad avere alterato in tal senso la ricezione del suo pensiero[281]. Allo stesso modo, una simile ambiguità grava, ma in senso opposto, anche su Hoffmann, il quale, sebbene abbia ricercato l'origine dei fenomeni fisiopatologici in un sostrato materiale, mostrando convinzioni prettamente meccanicistiche, testimonia, però, una professione di fede molto salda che si può in qualche misura ritrovare anche nelle sue convinzioni scientifiche[282].

La religiosità costituisce, infatti, un aspetto della personalità di Hoffmann che emerge già nel discorso inaugurale che egli tenne ad Halle nel 1694, quando fu nominato "*primarius*"[283] dell'Università, inaugurando una nuova fase sia della sua carriera che dell'Ateneo, dopo le terribili epidemie di peste che avevano martoriato la popolazione negli anni 1681-1683, aggravando ancora di più la situazione di un periodo già segnato dalle notevoli difficoltà economiche e dalle controversie politico-ecclesiastiche scaturite dagli esiti nefasti della Guerra dei Trent'anni e delle successive scelte politiche che videro la città di Halle, dopo essere stata distrutta, passare, nel 1860, sotto la giurisdizione prussiana. L'Università di Halle, istituita in quegli stessi anni[284], aveva già accolto Hoffmann come

[281] È probabile che Stahl sia stato vicino al pietismo (si veda, a questo proposito, J. Helm, *Das Medizinkonzept Georg Ernst Stahls und seine Rezeption im Halleschem Pietismus und in der Zeit der Romantik*, in «Berichte zur Wissenschaftsgeschichte», 2002, 23, pp. 167-190), ma appare più incerto che quest'ultimo abbia concretamente influenzato la genesi e l'articolazione dell'animismo: certamente, il concetto di anima fu accolto assai bene dall'ambiente pietista, se non altro perché costituiva una valida risposta al materialismo ateo a quei tempi sempre più diffuso. Più che per la genesi dell'animismo, il pietismo (e l'ambito religioso in genere) ebbe un ruolo considerevole per la sua diffusione. All'anima di Stahl, pensata come elemento di base del sistema fisiopatologico e nata, quindi, dall'esigenza eziologica di spiegare alcune dinamiche mediche fino ad allora oscure, fu attribuita, in quest'ambito, un'accezione, per così dire, "teologica" non riconducibile all'intenzione originaria dello stesso Stahl: «L'anima stahliana ha […] poco a che fare con l'ente spirituale a cui allude il teologo: di esso condivide il nome e poco più. È un'anima minore, vegetativa e animale, che *per accidens* si trova a essere investita di capacità intellettive. Non è la *res cogitans* cartesiana; se in alcuni momenti lo diviene, ciò accade più per l'incapacità dell'autore di sviluppare il proprio sistema in maniera coerente, che per vera e propria scelta teoretica. Chi volesse porla in relazione con qualcosa dell'*homme* di Descartes, dovrebbe rivolgersi non tanto alla mente, quanto agli spiriti, di cui in fondo l'anima di Stahl svolge le funzioni» (F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., p. 100). Sembra, insomma, che la critica sia rimasta «ingannata da una sorta di pregiudizio nominalistico, per il quale la parola "anima", che nell'immaginario degli interpreti rinvia a un sapere religioso, è stata associata al Pietismo, mentre il termine "meccanicismo", il quale palesa ascendenze cartesiane, si è visto porre in relazione a una visione, per cosi dire, laica della scienza» (*ibidem*, p. 106). In realtà, pare che Hoffmann 'scienziato' sia stato molto più 'religioso' di Stahl, come si vede anche dal suo sistema, dove la presenza del "nume divino" assume indiscussa centralità. Così come sembrerebbe forzata la relazione tra Stahl e la *Psychomedizin*, vale a dire il rapporto tra *psyche* e *soma* tipicamente ottocentesco attraverso il quale si interpretavano le passioni come causa dei disturbi dell'anima, non senza espliciti riferimenti a Stahl, visto come "precursore" di tale prospettiva. Se da una parte questo chiarisce il motivo per cui l'animismo di Stahl ebbe così tanto successo in Germania, d'altra parte tale analogia pare azzardata, se non altro perché la visione dell'anima di Stahl non rispecchia quella di epoca ottocentesca, quando l'anima viene completamente distinta dal corpo, con il quale, invece, l'anima di Stahl, anche solo per motivi fisiologici, pare ancora molto legata. Inoltre, considerata la centralità data alla circolazione del sangue, da cui dipenderebbero anche le passioni dell'anima, Hoffmann sembrerebbe più vicino alla visione, per così dire, "psicomedica" (per quanto concerne il pietismo di Stahl, le "revisioni" in tal senso operate dai suoi discepoli e la "questione della fede" che coinvolse sia Stahl che Hoffmann cfr. *ibidem*, pp. 93-112).

[282] Per quanto riguarda il credo religioso di Hoffmann e di Stahl, nonché l'influenza che questo ebbe nella loro attività scientifica, e per la loro interazione con l'ambiente circostante (come anche per l'interpretazione in merito resa dai posteri) si veda F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., pp. 21-30.

[283] Il "*primarius*" era solitamente un "*professor practicus*", docente di anatomia, chimica e chirurgia (cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., p. 16. Per la scelta di Hoffmann quale "*primarius*" cfr. *ibidem*, pp. 15-16).

[284] L'Università di Halle fu fondata alla fine del 1600 con il nome di "Fredericiana" ed ebbe ben presto grande prestigio nel panorama tedesco, grazie alla qualità dell'attività di ricerca lì svolta e ai personaggi illustri che la frequentarono. I primi degni di nota, in ambito medico, furono certamente Hoffmann e Stahl, ma significativa

docente di “medicina pratica”, insegnamento al quale si sarebbe poi unito quello di “filosofia naturale e cartesiana”, a testimonianza di come la medicina fosse ancora direttamente legata alla filosofia. Le motivazioni in base alle quali Hoffmann venne scelto come “*primarius*” potrebbero essere state diverse e ancora oggi si avanzano ipotesi differenti, da quelle legate alla sfera personale del giovane medico, uomo religioso e appartenente a una famiglia facoltosa, a quelle connesse alla rete delle sue conoscenze e alla situazione dell’ateneo, dove, forse anche per questioni meramente remunerative, tale

---

fu anche la successiva presenza di Reil e della sua scuola. Tale spessore culturale fu proprio, però, anche di altre facoltà, basti pensare alla presenza del giurista Christian Thomasius e del filosofo Christian Wolff, per citarne soltanto due. Non stupisce, pertanto, che fu proprio Halle una delle prime città in cui si svilupparono movimenti culturali come l’Illuminismo, né che lì si coniò per la prima volta il termine “psichiatria”, con la precisa convinzione che essa potesse rappresentare anche (ma non solo) un ambito della medicina.
Nel 1817 l’Università di Halle fu unificata con quella di Wittenberg, anch’essa molto rinomata, soprattutto per l’attività svoltavi da Martin Lutero e da Filippo Melantone, che la resero il centro intellettuale della Riforma protestante. Entrambe le tradizioni storiche dei due atenei, prima indipendenti, mantennero la loro rispettiva rilevanza. Denominato inizialmente “Università fridericiana unificata”, il nuovo Ateneo fu protagonista, nei secoli successivi, di grandi sviluppi scientifici e culturali. Dal 1933 esso ha assunto la denominazione di “Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg”.
Per la fondazione dell’Università di Halle, con riferimenti ai passaggi inaugurali, alle vivaci personalità che allora la animarono, tra l’altro determinando la contrapposizione interna tra ateismo e pietismo, si veda F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 13-15. In particolare, come si legge in queste pagine, l’Università Fredericiana ai tempi della fondazione vantava le facoltà di Teologia, Medicina e Diritto, tutte assai segnate dalla tradizione filosofica e religioso-pietista, come si vede anche dalle personalità che vi interagivano, per esempio Christian Thomasius, August Hermann Francke e Johann Franz Budde. Celebre è la *vis* polemica di Thomasius, il quale, prima di insegnare ad Halle diritto e filosofia, era stato a Lipsia, da cui si era probabilmente allontanato per motivi religiosi e per la decisa opposizione alla filosofia scolastica: per questo aveva deciso, quasi una provocazione per quei tempi, di insegnare in tedesco e di istituire un periodico in lingua tedesca, i *Monatsgespräche*, nel quale non mancarono altri interventi di carattere filosofico dai toni spesso polemici, come per esempio nel caso delle contestazioni della speculazione spinoziana, della quale lo stesso Thomasius non condivideva l’associazione identitaria tra bene e verità, ponendo l’accento, invece, sulla primigenia azione della conoscenza. Egli non mancò di suscitare dispute accese anche ad Halle, dove pare fu protagonista di una dura polemica, in merito a questioni di fisica, proprio con Hoffmann: sembra che Thomasius abbia partecipato alle lezioni di Hoffmann contestandone le teorie, come si legge nei suoi due lavori del 1694, il *Dialogus de definitione substantia* e la *Dissertatio ad Petri Poireti libros de eruditione solida*. Per quanto tale disputa non venne mai resa troppo esplicita o fu in qualche modo stemperata per salvaguardare la reputazione dell’Ateneo, è plausibile che i *Theoremata physica* di Hoffmann siano state una risposta alle teorie avanzate da Thomasius, specie quelle sull’essenza spirituale (e non corporea) di fuoco, aria e luce, ai quali egli negava la capacità di esercitare forza materiale. Ciò entrava in contrasto con le posizioni materialistiche di Hoffmann e pare che la questione si sia prolungata e abbia assunto toni non sempre pacati e che finirono per investire anche la sfera personale, come si vede per esempio dalla *Brevis et modesta responsio* di Hoffmann, che pare sia una replica ad un opuscolo anonimo (ed erroneamente attribuito ad Hoffmann) di C. Thomasius, *Sincerus Veritatis Indagator Viro Celeberrimo, Autori Novae Philosophiae Elastico-Corpuscularis, Fundamenta Verae, Antiquissimae, Et Ex Philosophia Mosaica Desumtae Hypotheseos*, Halae Magdebvrgicae, Typis Christoph. Salfeld, Regim. Elect. Brandenb. Typogr., 1694 (per tale polemica tra Hoffmann e Thomasius cfr. *ibidem*, pp. 30-32. I contributi di Hoffmann ora ricordati non sono raccolti nella sua *Opera Omnia*).
Più incline alla polemica religiosa fu Francke, professore di greco e lingue orientali ad Halle, dove si distinse anche per la fondazione dell’Orfanatrofio e per l’istituzione delle *Franckesche Stiftungen*, che, nate con fini pedagogici, costituiscono ancora oggi un attivo centro culturale. Indubbio è il contributo che egli diede alla vita culturale e accademica di Halle, dove era arrivato dopo un vivace passato a Lipsia, durante il quale aveva conosciuto il fondatore del pietismo, Philipp Jakob Spener, che esercitò una certa influenza su di lui, avvicinandolo a tale movimento religioso e provocando diverse accese dispute con i luterani dell’Università di Lipsia: d’altronde, furono proprio quegli gli anni più turbolenti durante i quali venne coniata l’espressione “pietisti” per indicare coloro che si opponevano ai luterani in nome di un rinnovamento spirituale che potesse liberare dall’eccessivo formalismo. Fu pietista anche Budde (detto anche Buddeus), che insegno filosofia morale ad Halle e poi teologia a Jena: più che per accese questioni polemiche, egli si distinse per la sua capacità di cogliere i fermenti culturali del periodo, e dell’Illuminismo in particolare (in generale, per approfondire la storia dell’Università di Halle si vedano almeno J.C. Förster, *Übersicht der Geschichte der Universität zu Halle in ihrem ersten Jahrhundert*, Halle, Hallescher Verlag, 1998, W. Schrader, *Geschichte der Friedrichs Universität zu Halle* , I-II, Berlin, Dümmlers, 1894, e, con particolare riferimento alla facoltà di medicina, L.H. Friedländer, *Zur Geschichte der medicinischen Fakultät in Halle*, in «Archiv für die gesamte Medizin», 1842, III, 1, pp. 1-21.

incarico sembrava suscitare scarso interesse. Certamente, comunque, non è mai stata messa in discussione la preparazione di Hoffmann, estremamente ferrato rispetto alle questioni mediche e filosofiche del periodo e in possesso delle competenze e dell'apertura mentale necessarie per ricoprire una simile carica[285]. Un'apertura che si conciliava bene con l'aspetto religioso, prerequisito fondamentale per quei tempi, come si vede anche dal discorso inaugurale, intitolato *De atheo convincendo ex artificiosissima machinae humanae structura*[286], con cui Hoffmann si presentò ai colleghi, il 27 marzo 1693, quando, arrivato presso il nuovo ateneo, volle subito sottolineare come la propria impostazione meccanica e fondamentalmente cartesiana fosse tutt'altro che atea[287]: in un clima religioso e culturale di inclinazione sempre più pietista, la iatromeccanica di Hoffmann poteva essere interpretata alla luce della stretta ascendenza cartesiana, quindi come materialistica e atea, e per questo motivo, probabilmente, egli stesso volle sottolineare, già in quella prima occasione, la propria 'religiosità'. Un atteggiamento, dunque, assai aperto e composto che, secondo alcune fonti, sarebbe stato molto diverso da quello di Stahl, il quale, scelto proprio da Hoffmann come "*secundarius*"[288] dell'ateneo, si presentò da subito con una certa supponenza, volendo già dall'inizio ribadire l'originalità della propria teoria rispetto agli studi del tempo, che avevano conseguito risultati a suo dire insoddisfacenti e avevano instaurato un clima di invidie e di rivalità penalizzanti per tutti, anche per i suoi studi.

Una personalità diversa, dunque, quella di Stahl, non solo dal punto di vista scientifico ma anche da quello personale e caratteriale: è strano, per molti versi, che egli sia stato favorito proprio da Hoffmann, non si sa se per stima professionale o per interessi di altro genere[289]. Quel che è certo è che il loro rapporto risultò subito piuttosto complicato, animato da una competizione non sempre sana e, soprattutto, non limitata al solo ambito della ricerca. In realtà, colui che poi ebbe maggiore risonanza tra i posteri fu Stahl, anche perché la sua teoria animistica, sistematicamente esposta nell'opera principale, *Theoria medica vera*[290], comportò certamente una significativa innovazione del panorama

---

[285] Testimonianza della sua preparazione e della sua vivacità intellettuale è, per esempio, *De cinnabari antimonii*, da cui emergono una grande conoscenza in ambito chimico e la sua partecipazione ai dibattiti filosofici e medici del tempo (per ulteriori approfondimenti cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 9).

[286] Cfr. *ibidem*, p. 10.

[287] Cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., p. 23.

[288] Il "*secondarius*" era, invece, un "*professor theoreticus*" la cui attività didattica riguardava la medicina, la fisiologia, la dietetica, la patologia e la botanica (cfr. *ibidem*, p. 16).

[289] La questione inerente la scelta di Stahl come "*secondarius*" risulta ancora oggi alquanto controversa. Non si può stabilire con certezza se egli sia stato veramente voluto da Hoffmann, ed eventualmente per quale motivo: la maggior parte dei biografi riporta tale informazione, che si ritrova già negli scritti del biografo settecentesco di Stahl, Johann Samuel Strebel. In realtà, però, sempre a dire di Strebel, pare che Hoffmann avesse espresso la propria preferenza per il fratello di Stahl, Georg Conrad, medico di successo, di inclinazione iatromeccanica. Se ciò fosse vero, sarebbe più comprensibile la scelta di Hoffmann; tuttavia, non si può ancora stabilire con certezza la veridicità di tali supposizioni, né ricostruire l'eventuale "scambio di ruolo" tra Stahl e il fratello (cfr. J.S. Strebel, *Commentationis de Viri quondam illustris Georgii Ernesti Stahl*, Onoldi, Typis Laurentii Messeri, 1758, pp. 83-100). In realtà, le vicende si rivelano piuttosto contorte e non mancano i più scettici, come il biografo J. Geyer-Kordesch (cfr. J. Geyer-Kordesch, *Pietismus, Medizin und Aufklärung in Preußen im 18. Jahrhundert. Das Leben und Werk Georg Ernst Stahls*, cit., pp. 101-102), il quale non riscontra l'esistenza di un documento originario dello stesso Hoffmann riguardo la scelta del "*secondarius*" e sostiene che tale notizia provenga da Strebel. In realtà, però, sembrerebbe esserci, nella biografia di Hoffmann tracciata da J.H. Schulze, un riferimento all'autobiografia inedita di Hoffmann nella quale si riporterebbe direttamente la volontà di Hoffmann di avere Stahl ad Halle (cfr. J.H. Schulze, *Commentarius de vita Friderici Hoffmanni*, Halae Magdeburgicae, prostat in officina Rengeriana, 1740, p. VII). Per approfondire la controversa questione inerente la scelta di Stahl come "*secondarius*" e le vicende del suo insediamento all'Università di Halle, con ulteriori dettagli bibliografici, cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 23-30.

[290] La prima edizione dell'opera è del 1708, la seconda del 1737, la terza del 1831/1833. Vi sono state, poi, altre edizioni e traduzioni, a testimonianza del successo dell'opera, che fu spesso interpretata come esplicita contrapposizione al materialismo. Tale tendenza emerge soprattutto in Germania, dove in seguito alla

psichiatrico del tempo, dato che sembrò aprire la via ad una ricerca psico-somatica non ispirata soltanto ai principi meccanicisti per lo più legati alla concezione degli "spiriti" del passato. In realtà, però, anche Stahl era ancora abbastanza vicino alla prospettiva materialistica, ma il concetto di anima lo spinse ad interpretazioni che lo avvicinarono anche alla visione psico-dinamica, ponendo l'accento sui rapporti tra anima e corpo, peraltro dapprima abbastanza estranei al suo orizzonte di interessi. Egli raggiunse la notorietà soltanto in un secondo momento, nel 1708, dopo anni di attività in cui, nonostante gli studi originali in ambito chimico e gli importanti impegni editoriali, era sostanzialmente rimasto piuttosto nell'ombra[291]. All'inizio, dunque, fu certamente Hoffmann la personalità scientifica più in vista, che, come si legge anche negli schizzi autobiografici, godeva di una tale stima e considerazione da attirare l'invidia e l'inimicizia del collega Stahl, al quale sembrava essere destinato soltanto il ruolo di "*secondarius*", e non soltanto tra le mura dell'ateneo.

Hoffmann si distinse, infatti, per la carriera accademica e scientifica, che lo vide protagonista non solo come preside e prorettore dell'università ma anche come membro dell'*Academia Caesareo-Leopoldina Naturae Curiosorum*, dove assunse anche il compito di reperire contributi esterni da destinare ad opere di formazione: tale era il suo prestigio in ambito medico e scientifico che egli diede vita per primo ad una potenziale "scuola", introducendo i propri allievi all'università, in vista di una possibile carriera accademica. Tra l'altro, egli venne anche chiamato da Leibniz[292] a Berlino, presso l'Accademia delle Scienze[293]. La rivalità scientifica con Stahl si esasperò quando assunse anche sfumature politiche, legate alle dinamiche di corte e alla rete di conoscenze dei due. Infatti, al di là delle dispute strettamente scientifiche, peraltro formalmente vietate dallo statuto universitario, anche se più o meno evidenti soprattutto in alcuni scritti di Hoffmann, l'antagonismo più violento fu legato a trame e a inimicizie politiche, sviluppatesi soprattutto a corte. Nel 1703, infatti, Hoffmann era stato chiamato come medico di corte presso Federico I, ma egli aveva declinato tale invito, limitandosi ad assumere quello di

---

traduzione del 1802 a cura di Wendelin Ruf (con una prefazione di Kurt Spregel), la figura di Stahl fu come avvolta da una sorta di atmosfera mistica, probabilmente sempre al fine di sottolinearne l''anti-materialismo'. Successivamente, con la traduzione di Karl Wilhem Ideler del 1831/1832, sempre tenendo fede a questa prospettiva 'anti-materialista', si passò ad una lettura 'psicodinamica' che avrebbe poi influenzato gli sviluppi della psichiatria ottocentesca, in un certo senso anche stravolgendo la natura dei principi elaborati da Stahl. In particolare, fu traslato il significato di anima, come emerge con maggiore evidenza anche dalle ricezioni dell'opera all'estero: di rilievo, da questo punto di vista, è la percezione dei principi stahliani in Francia, dove l'anima viene spesso associata all'idea di 'principio vitale' (con evidente soddisfazione del movimento vitalista), sebbene Stahl non ne parli come 'principio vitale' proprio del corpo ma, invece, come principio che vivifica il corpo agendo su di esso (ma per approfondire le ricezioni e le interpretazioni ottocentesche di Stahl e della sua teoria cfr. *ibidem*, pp. 139-153).

Differenti appaiono, invece, le ricezioni novecentesche (epoca in cui tra l'altro si manifestò un certo interesse anche per le dottrine di Hoffmann), quando non solo si approfondì l'aspetto chimico delle ricerche stahliane ma, data la portata della rivoluzione freudiana, anche l'animismo fu interpretato in chiave antropologica, con particolare enfasi per le presunte analogie con il dettato psicoanalitico (cfr. *ibidem*, pp. 153-159).

[291] Tra i contributi di Stahl durante il periodo di Halle vanno ricordati almeno: *Zymotechnia fundamentalis*, del 1697, dove, oltre all'argomento principale inerente la teoria della fermentazione, l'autore introduce alcune scoperte innovative in ambito chimico; l'impegno editoriale assunto attraverso le *Observationum chymico-psysico-medicarum curiosarum*, raccolta di riflessioni di ambito clinico e fisico risalenti al 1697/1698, che però non raggiunsero mai il successo auspicato; le *Observationes selectae ad rem litterariam spectantes*, che lo impegnarono, insieme ad altri colleghi, dal 1700 al 1705, riscuotendo miglior successo rispetto all'iniziativa precedente (cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., pp. 12-13).

[292] Interessante appare anche il rapporto con Leibniz, documentato da un carteggio che copre gli anni tra il 1699 e il 1707, pubblicato poi da Hoffmann in appendice alla sua *Exercitatio de optima philosophandi ratione*, del 1741. L'influenza di Leibniz è significativa non solo per quanto riguarda la sua formazione in generale, ma anche perché rese possibile, grazie alla definizione qualitativa (e non più solo quantitativa) della materia, e in particolare del concetto di etere, il superamento del cartesianesimo (cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 336-348).

[293] Cfr. *ibidem*, pp. 32-34.

consigliere medico e suggerendo di affidare l'incarico proposto ad un altro medico, Andreas von Gundelsheimer[294], per il quale pare nutrisse una certa stima, sebbene non ne condividesse alcune scelte terapeutiche che riteneva omologassero troppo i pazienti e non ne considerassero in modo adeguato le specificità individuali. La controversia medica con Stahl si acuì quando morì il secondo figlio dell'erede al trono, Federico Guglielmo, e di questo fu ritenuto responsabile proprio Hoffmann, il quale, grazie ai meriti riconosciuti alla sua cura a base di sali minerali, aveva goduto di un certo prestigio a corte, dove era anche divenuto "*Leib-medicus*", cioè uno dei pochi appartenenti alla strettissima schiera dei medici del re. Sebbene le notizie ufficiali parlino di un suo rientro ad Halle, nel 1712, limitandosi soltanto ad allusioni a proposito del clima di invidie e di inimicizie a corte, attraverso fonti inedite si sono oramai venute delineando ipotesi ulteriori secondo le quali si ritiene che ciò che accadde fu esito di una congiura ordita proprio da Andreas von Gundelsheimer, il quale, anche nell'accesa disputa con Hoffmann, godette sempre dell'appoggio dei colleghi, tra cui proprio Stahl. Questi non solo sostenne Andreas von Gundelsheimer ma, non appena la vicenda assunse risvolti giudiziari, fu anche tra i periti incaricati di valutarla[295], di fatto sancendo la rovina di Hoffmann, il quale, dopo avere dovuto riconoscere ufficialmente la propria colpevolezza, in un secondo momento tentò di difendersi, come dimostra la risposta che cercò di dare ad Andreas von Gundelsheimer attraverso lo scritto *Disputatio de medicamentis insecuris*: tuttavia, questo non raggiunse i fini sperati, anzi sancì la definitiva emarginazione di Hoffmann, che perse anche il titolo di "*Leib-medicus*". A questo punto, dunque, non si trattava più di una disputa inerente la cura stabilita da Hoffmann, colpevole di avere provocato a corte quel doloroso decesso, ma ad essere ormai compromesse erano la sua stessa credibilità e dignità. Egli conservò, però, il proprio *status* scientifico, che continuò ad essergli ampiamente riconosciuto sul piano nazionale e internazionale, come dimostrano anche l'appartenenza a diverse accademie scientifiche di rilievo e la significativa produzione scientifica. In questi anni Hoffmann pubblicò, infatti, alcune delle sue opere più importanti[296], tra cui la celebre *Medicina rationalis systematica*[297], ma, soprattutto, è probabile che egli maturò il *De differentia dotrinae Stahlianae a nostra, in pathologicis et therapeuticis*[298], scritto nel quale illustra le

[294] Per maggiori informazioni biografiche su Andreas von Gundelsheimer (1668-1715), medico originario di un paese vicino ad Ansbach che dedicò parte della vita ai viaggi e fu conosciuto, con un certo favore, come "guaritore di febbri intermittenti", cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 16.

[295] Stahl, nello scritto *De motus sanguinis a crasi et viis non pendentibus vitiis prudenter tractandis*, prende proprio le parti di Gundelsheimer (cfr. *ibidem*, p. 17).

[296] Per approfondire le vicende che coinvolsero Hoffmann a corte e il suo successivo impegno scientifico cfr. *ibidem*, pp. 16-20.

[297] F. Hoffmann, *Medicina rationalis systematica*, Halae Magdeburgicae, prostat in officina Rengeriana, 1718-1739, poi riedita in Id., *Operum Omnium physico-medicorum supplementum*, Genevae, Apud Fratres de Tournes, 1749, *Pars prima*.

[298] F. Hoffmann, *Commentarius de differentia inter ejus doctrinam medico-mechanicam, et Georgii Ernesti Stahlii medicum-organicam*, in Id., *Operum Omnium physico-medicorum supplementum*, cit., *Pars secunda*, pp. 423-499. La questione in merito alla pubblicazione dello scritto, così come all'effettiva paternità di Hoffmann, è stata piuttosto dibattuta; pare che l'opera sia postuma e sia apparsa per la prima volta a Leida nel 1739, sebbene non abbia avuto grande diffusione; non è neppure certo se sia stato Hoffmann ad autorizzarne la stampa o se si sia trattato di qualche allievo che ne ha raccolto le lezioni. La critica ha fatto riferimento soprattutto all'edizione pubblicata, nel 1749, nell'*Opera Omnia*, ma pare vi sia anche un'edizione precedente, molto simile, apparsa nel 1746, a cura di Salentin Ernst Coohausen (1703-1779), professore di medicina a Treviri e medico di corte a Coblenza, che risulta il curatore anche della versione del 1749 pubblicata nell'*Opera Omnia*. Secondo von Haller lo scritto è opera del discepolo di Hoffmann Johann Heinrich Schulze (per tale questione e per maggiori dettagli bibliografici in merito cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 79-88.
In particolare, in questa sede faccio riferimento alla traduzione a cura di F.P. De Ceglia *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit. Come suggerisce lo stesso curatore, a p. 429 si trova proprio il titolo corrispondente in latino: *De differentia doctrinae Stahlianae a nostra, in pathologicis et therapeuticis*.

analogie e le differenze tra la propria teoria e quella di Stahl, dando così sfogo ad un senso di rivalsa probabilmente ancora molto vivo e doloroso.

Al declino di Hoffmann corrispose l'ascesa politica di Stahl, che nel 1712 era divenuto a sua volta "*Leib-medicus*" e aveva iniziato la carriera come medico di corte, in un primo momento presso il re di Danimarca e poi a Berlino. Un prestigio sempre maggiore, il suo, accresciuto anche dalla carica di presidente del *Collegium medicum*, l'organismo sanitario più importante della Prussia di quegli anni, volto alla tutela dei medici e segnato da forti interessi politico-culturali che Stahl, ormai medico del nuovo sovrano Federico Guglielmo I, seppe gestire assai bene, assumendo un ruolo di primo piano nel panorama sanitario nazionale. Al di là degli espedienti politici e talvolta meramente utilitaristici che diedero certamente a Stahl grandi possibilità e notevoli mezzi, va detto, però, che egli si dedicò fattivamente allo sviluppo della sanità nazionale, come dimostra anche la pubblicazione del *Medizinaledikt* del 1725, volto alla sistematizzazione della "farmacopea" prussiana. I suoi successi, sempre più riconosciuti su scala internazionale, fecero anche sì che egli venisse chiamato in Russia per assistere lo zar.

Se, dunque, la prima parte della carriera fu certamente più fortunata per Hoffmann, Stahl ebbe maggiore successo nella maturità, sebbene egli si spense presto, nel 1734, riaprendo di fatto la strada (anche politica) al suo storico avversario: Hoffmann fu infatti richiamato a Berlino per curare una grave malattia che aveva colpito il re, che egli riuscì a guarire, scegliendo però subito dopo di non rimanere a corte e di ritornare ad Halle. Una scelta che potrebbe essere stata dettata da diverse motivazioni, per esempio quella legata ai vecchi risentimenti o, forse, l'altra dovuta alla stanchezza per una vita sempre in trasferta che non gli aveva permesso di portare a compimento alcuni lavori scientifici che adesso, prima di spegnersi, voleva probabilmente ultimare[299]. Tra questi, dei quali però in questa sede non è possibile trattare, risulta significativo, anche per cogliere le divergenze con Stahl, oltre che per comprendere il contributo arrecato agli studi sul disagio mentale, il *De differentia doctrinae Stahlianae a nostra, in pathologicis et therapeuticis*, scritto rimasto a lungo inedito e nel quale Hoffmann confronta la propria teoria con quella di Stahl, soffermandosi tanto sull'aspetto patologico che su quello terapeutico. Si tratta di un lavoro che si comprende meglio anche alla luce delle vicende personali che hanno coinvolto i due medici, segnandone non solo il rapporto prettamente scientifico ma anche quello personale. Il *De differentia*, però, nonostante tale gestazione, legata anche ai reciproci rancori maturati dai due colleghi, è in primo luogo un'opera medica che mantiene sempre rigorosa scientificità e riporta non già il quadro dei dissapori personali ma le differenti visioni mediche, fisiologiche e naturali in genere. Si tratta di posizioni certamente divergenti che, espresse pubblicamente in varie occasioni ed evidenti anche ad un primo confronto tra le rispettive opere principali, la *Theoria medica vera* di Stahl e la *Medicina rationalis systematica* di Hoffmann, si ritrovano chiarite e sistematizzate proprio nel *De differentia*. Infatti, tali differenti posizioni, a tratti persino antinomiche e spesso accompagnate da toni piuttosto aspri, non si ritrovano esplicitamente nelle opere principali, che seguono la rigida impostazione del tempo[300], bensì soltanto nelle *Dissertationes* dei due e in qualche scritto inedito o meno conosciuto[301]. Pare, infatti, che un primo confronto tra i due sia scaturito da questioni riguardanti la febbre, in particolare la presunta differenza tra il polso celere e il

[299] Per le "carriere parallele" di Stahl e Hoffmann si veda anche F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 69-78.
[300] Cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 4.
[301] Significativo, a tal proposito, è un manoscritto autobiografico di Hoffmann che riguarda le "*Adversitäten*" con Stahl (cfr. *ibidem*, p. 15). Si tratta, in particolare, di una sezione appartenente a una memoria autobiografica di Hoffmann conservata a Berlino e intitolata *Particulare vitae e familiae meae* (cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., p. 8).

polso frequente, differenza sostenuta da Stahl ma negata da Hoffmann[302]: una divergenza che non riguardava soltanto il polso in sé e, in conformità con la tradizione galenica, la sua funzione diagnostica, ma rimandava ad una visione fisiopatologica della malattia, e in particolare delle manifestazioni febbrili, rispetto alla quale le posizioni dei due studiosi apparivano piuttosto contrastanti. Tuttavia, nel corso della vita dei due protagonisti la polemica non assunse mai il carattere sistematico di una vera e propria azione di confronto e di reciproca critica, tant'è che i dettagli della disputa si ritrovano soltanto in appunti autobiografici peraltro rimasti a lungo inediti[303]: la stessa genesi e pubblicazione del *De differentia* risulta abbastanza controversa, così come la sua attribuzione ad Hoffmann, il quale, pur avendo tenuto molto probabilmente alcune lezioni a riguardo, non si sa se abbia poi effettivamente scritto quest'opera e se abbia stabilito che fosse pubblicata soltanto dopo la sua morte. Le opinioni storiografiche a tal proposito ipotizzano, infatti, diversi processi ricostruttivi[304], che fisserebbero la genesi dell'opera al 1725/1726, la sua prima apparizione al 1739 e una seconda pubblicazione al 1746. Ma, al di là dei motivi che spinsero Hoffmann alla composizione di tale scritto e delle incertezze relative alla sua edizione e diffusione, voluta da Hoffmann o dai suoi discepoli, l'opera rappresenta sicuramente una significativa testimonianza non soltanto delle teorie dei due "fari di Halle" ma, più in generale, della percezione del disagio mentale a quel tempo, quando esso certamente non occupava ancora un posto di primo piano nelle opere di medicina.

---

[302] Cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 14. Come sottolinea De Ceglia, il problema di semeiotica medica riguardava la "differenza tra polso celere e polso frequente", che per Stahl sussisteva e per Hoffmann invece no.

[303] La disputa relativa al polso si ritrova, raccontata in modo piuttosto dettagliato, nella parte autobiografica di Hoffmann dedicata alle *Adversitäten* con Stahl. In tale sezione egli delinea la questione relativa al polso con riferimenti ai diversi scritti in cui sia lui che Stahl esposero le loro idee in proposito, rispondendo ogni volta anche alle tesi dell'avversario. La questione del polso assume particolare rilievo non solo perché è considerata l'inizio della 'disputa', almeno da un punto di vista scientifico, tra i due professori, ma anche perché da essa emergono i presupposti scientifici sui quali i due autori costruiscono le loro teorie principali. Infatti, da una parte si nota la centralità della teoria del moto dei corpi sostenuta da Hoffmann, dall'altra quella delle febbri di Stahl: per questo la questione assume toni ben più complessi di quelli legati alla semplice differenza tra polso celere e polso frequente. Per Hoffmann tale divergenza non sussiste, in quanto nei moti continui la frequenza è da intendersi come caratteristica della celerità; Stahl, invece, proprio muovendo da questa differenza elabora la teoria delle febbri, cui dedicherà ampio spazio nel corso di tutto il suo lavoro. Tali visioni divergenti emergono con chiarezza già dal *De Differentia*; ma, per approfondire la questione attraverso gli scritti dei due professori rimane utile vedere, per esempio, la *Exercitatio medico pratica de febre petechiali seu purpurata*, del 1685, di Stahl, dove viene espressa la teoria delle febbri ed alla quale Hoffmann risponde, seppur non esplicitamente, con la *Disputatio physico-medica de causis caloris naturalis et praeternaturalis in corpore nostro*, del 1699, in cui, con riferimento ai moti continui, egli afferma che la frequenza è parte della celerità e che non sussiste, quindi, alcuna differenza (cfr. G.E. Stahl, *Exercitatio medico pratica de febre petechiali seu purpurata*, Jenae, literis Joh. Dav. Wertheri, 1685; F. Hoffmann, *Disputatio physico-medica de causis caloris naturalis et praeternaturalis in corpore nostro*, Halae, Zeitleri, 1699). Per Stahl il polso celere era segno di febbre, mentre il polso frequente non era necessariamente associato ad uno stato patologico, ed era chiaro, pertanto, che per Hoffmann la questione del polso diventava un pretesto per discutere più in generale la dottrina delle febbri, di cui non condivideva già gli assunti fisiologici di base. Per Stahl il polso celere mostrava chiaramente la presenza di uno stato febbrile, poiché provocava l'aumento della pressione sanguigna, determinando così quella tensione tra i corpuscoli (oltre che quella tra questi stessi e le pareti dei vasi sanguigni) a partire dalla quale si poteva spiegare l'origine del calore percepito durante la febbre. Stahl metteva in correlazione l'aumento del moto sanguigno con l'incremento del calore, che invece secondo Hoffmann poteva accrescersi anche senza un aumento del moto sanguigno. Anzi, a dire di Hoffmann vi erano casi nei quali il calore non solo non era espressione di uno stato febbrile ma poteva essere causato da un moto più veloce del sangue dovuto ad uno squilibrio tra i moti di sistole e quelli di diastole: se per Stahl il calore era l'esito di un aumento della velocità della circolazione, per Hoffmann in alcune malattie ciò era dovuto ad un'ostruzione della circolazione, ricondotta eziologicamente ad una discrepanza tra i moti. La disputa si spostò ben presto, dunque, dalla questione del polso alla teoria del calore e dei moti responsabili della circolazione sanguigna, e quindi di eventuali stati patologici: in tal senso essa assunse una prospettiva assai più ampia e non limitata soltanto a questi scritti, proseguendo a lungo e assumendo toni anche piuttosto aspri (per ulteriori approfondimenti su tale questione cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 39-62).

[304] Cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., pp. 5-8.

In particolare, il *De differentia* si presenta come una critica dell'animismo di Stahl, al quale Hoffmann contrappone la convinzione secondo la quale il principio motore dei processi vitali non sarebbe l'anima ma quelle «particole aero-eteree alla base del liquido nerveo e della parte più fine del sangue»[305] che seguono immutabili leggi meccaniche, sebbene egli non riesca a dimostrarne pienamente l'effettiva consistenza. In realtà, come sottolinea De Ceglia, «Stahl, eleggendo l'anima ad arbitro dei processi corporei, abdica alla possibilità di spingersi troppo in là nella comprensione di ciò che potrebbe determinare il moto nel corpo. Hoffmann crede di risolvere il problema, ma lo sposta solo di livello, proseguendo, sì, la ricerca, ma facendola arrestare poco oltre, dinanzi alla soglia dell'etere»[306]. Così sembra in qualche modo ridursi anche l'opposizione tra le due teorie, se non altro perché entrambe ricercano in qualche modo un sostrato materiale sul quale fondare i processi legati alla salute e alla malattia.

Ma, al di là dei limiti di ambedue le teorie, il *De differentia* offre comunque spunti di riflessione assai significativi e chiarisce il senso della dottrina animistica di Stahl, destinata, più di quella elaborata da Hoffmann, ad avere una certa risonanza nello scenario psichiatrico del tempo. In particolare, l'animismo dischiude la via alla discussione riguardante l'interazione tra corpo e psiche che sarà poi predominante nell'ambito della successiva psichiatria tedesca, sebbene in Stahl la relazione psico-somatica non si ritrovi ancora nella forma poi sviluppata in seguito. Ciò che emerge è, piuttosto, una prima distinzione tra il corpo e l'anima, visto che egli, sulla scia della tradizione aristotelica, distingue "l'anima razionale e il corpo organico", per cui «per anima egli intende la sostanza in sé e per sé causa e principio di tutte le operazioni e le azioni, tanto razionali quanto vitali e naturali, che si compiono nel nostro corpo. Per corpo organico intende il nostro corpo, edificato con maestria in vista di certi fini e moti, tuttavia di mistione estremamente corruttibile a cagione della scarsa coerenza dei principi di cui è costituito: acqua, olio e terra. Esso è pertanto, qualora intervenga una minima causa occasionale esterna […] in sé e per sé massimamente esposto a corruzione putrida. Nondimeno, giorno dopo giorno, è preservato e sottratto all'imputridimento attraverso il moto di solidi e fluidi: in particolare quello circolatorio del sangue e i moti secretori ed escretori che da quest'ultimo dipendono. […] La vita perciò per Stahl altro non è che la preservazione del corpo dalla corruzione, compiuta attraverso il moto, segnatamente progressivo, ma anche secretorio ed escretorio»[307].

Se il corpo, dunque, tende all'imputridimento e tale decadimento è possibile grazie ai moti, risulta allora importante capire da cosa essi siano determinati, come funzionino e come si sviluppino. Qui si entra nel cuore della teoria di Stahl, che vede l'anima come principio vitale, causa prima che governa i moti: «Esso è incorruttibile e incorporeo, cioè immateriale, e governa non tanto con atti raziocinativi, quanto producendo, in qualità di causa prossima e immediata, i moti tonici dei solidi, del cuore, delle arterie e di tutte le parti che espletano funzioni vitali e naturali»[308]. Questo principio "immateriale" e "incorporeo" è ciò che permette il moto della materia passiva, vale a dire i movimenti di ogni ente, sia quelli esterni che quelli che si compiono all'interno del corpo umano: in tal modo egli esclude che siano gli "spiriti animali, vitali e naturali" a provocare il moto, come invece fino a questo momento si era spesso creduto[309]. Come unico principio motore basta, infatti, l'anima, che tra l'altro conosce perfettamente il corpo e si pone come "edificatrice del corpo organico" cui dà la vita e del quale causa anche la morte, quando sottrae il moto vitale. Le differenze dei corpi organici sono date dalle diverse combinazioni delle "parti solide" che li costituiscono; da ciò dipendono anche le varie funzioni degli individui, fino

[305] *Ibidem*, p. 30.
[306] *Ibidem*, p. 30.
[307] *Ibidem*, pp. 37-38.
[308] *Ibidem*, p. 38.
[309] Cfr. *ibidem*, p. 40.

a quel momento attribuite ai cosiddetti temperamenti: per Stahl, invece, anche questi ultimi sono da ricondurre all'azione del principio vitale. Tale concezione del principio vitale, cioè dell'anima, influenza la teoria eziologica di Stahl, secondo la quale l'anima, conoscitrice della materia, individua ciò che può essere dannoso per l'organismo e lo espelle[310]. Per questo la natura sa già come intervenire nel caso di una malattia, e questo proprio grazie al principio vitale che permette al corpo di allontanare ciò che è dannoso. Al medico spetta, allora, interpretarne i sintomi.

La teoria eziologica di Stahl pone la causa di tutte le malattie[311], acute e croniche, nella pletora, cioè nell'eccesso di sangue, che proprio per questo la natura cerca di contrastare, così che non si sviluppino le malattie[312]. In questo senso si dice che la natura è benevola, dato che tutti i "moti morbosi", come per esempio la febbre, sono sempre volti alla conservazione del corpo e quindi alla tutela della vita[313]. Ovviamente vi possono anche essere casi in cui la natura compie, nel tentativo di tutelare il corpo, qualche 'errore', cosicché il medico deve intervenire per ripristinare la situazione di normalità. Tuttavia, l'intervento del medico e l'assunzione di medicinali o di altre sostanze curative sono considerati fattori semplicemente coadiuvanti ma non possono certo contrastare o "invertire l'ordine naturale"[314] dei moti provocati dalla natura stessa, che, in quanto "sapientissima medicatrice"[315], tende sempre, almeno intenzionalmente, alla tutela e alla conservazione del corpo. Sia la determinazione della patologia che la relativa terapia[316] proposte da Stahl si basano, dunque, sulla concezione della natura come principio movente in grado di provocare un disturbo per tutelare il corpo e poi, anche, di rinvenire i rimedi per curarlo. Dal punto di vista eziologico la malattia non è provocata, quindi, da cause esterne, come per esempio l'influenza dell'ambiente, le variazioni atmosferiche o gli sbalzi di temperatura, e questo è dimostrato dal fatto che gli uomini, pur ammalandosi più degli animali, per la maggiore sensibilità che li contraddistingue e che li porta a tutelarsi dai

[310] Questo è ciò che avviene per esempio nel caso della febbre, quando «la natura insorge con un incrementato moto progressivo del sangue […] grazie ad esso la materia molesta, da cui incombe una dannosa corruzione, è con impeto allontanata e rigettata dal corpo. Da questo fondamento si inferisce che le febbri, come pure le affezioni spastiche, non sono in sé e per propria natura pregiudizievoli: esse sono, al contrario, poste in essere, sulla scorta di una positiva ed ottima intenzione, dal principio che custodisce la vita, al quanto mai salutare fine di allontanare ed espellere ciò che è dannoso» (*ibidem*, p. 42).

[311] Per quanto riguarda la concezione della malattia in Stahl si veda anche F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 223-233.

[312] I metodi seguiti dalla natura per contrastare la sovrabbondanza di sangue sarebbero due: «Una prima via consiste nel ridurla e scioglierla col somministrare abbondante calore al siero corrotto ed impuro; ciò si compie soprattutto col ricorso ad un accrescimento del moto dei solidi e della circolazione dei fluidi, da cui è generato il maggiore calore. Un altro modo è l'espulsione, mediante certe pratiche depurative, del sangue superfluo […]. La depurazione si compie, a dire il vero, per delle contrazioni spastiche delle parti più forti; grazie ad esse il sangue, in maggior quantità e con più grande impeto, corre e preme verso i luoghi da cui deve essere riversato, cosicché ciò che è superfluo ed eccessivo sia infine espulso dai vasi, troppo tesi e gonfi» (F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., pp. 43-44). Le modalità con cui la natura si libera del sangue in eccesso dipendono dal tipo di malattia, che colpisce in base al sesso e alla fascia di età. Per approfondire le diverse tipologie di malattie e la loro relazione con il genere e l'età cfr. *ibidem*, pp. 44-47.

[313] La teoria febbrile, che assume un certo rilievo nella disputa con Hoffmann sul polso, è delineata da Stahl già in epoca giovanile, prima dell'insegnamento ad Halle. Secondo la sua convinzione, espressa già nella *Exercitatio medico-practica de febre patechiali seu purpurata*, la febbre svolge nell'organismo una funzione benefica, dal momento che, aumentando il moto sanguigno, da una parte favorisce l'aumento del calore, che rende la materia più morbida, e dall'altra provoca i moti escretori e secretori, che permettono di espellere la materia in eccesso e potenzialmente dannosa. La questione è qui, ovviamente, assai semplificata, essendo in realtà piuttosto complessa, così come lo sono, d'altra parte, le spiegazioni eziologiche relative alla genesi del calore febbrile, che più che dalla volontà dell'anima sarebbe provocato dal moto intestino (cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 42-43).

[314] Cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 48.

[315] Cfr. *ibidem*, p. 53. Sul ruolo della "natura medicatrice" delle malattie, secondo Stahl, si veda *ibidem*, pp. 258-267.

[316] Per qualche approfondimento sulla terapia stahliana si veda F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 241-267.

pericoli esterni con più determinazione[317], tuttavia non subiscono mai tanto, se si pensa all'ingente numero di malattie alle quali sono potenzialmente esposti.

È chiaro che lo stile di vita, così come l'attenersi a certe abitudini salutari, può aiutare a prevenire la produzione eccessiva di sangue, vale a dire la causa di tutte le malattie, ma è pur sempre la natura, alla fine, il principio che muove e determina tutto: «Dicono che né la cattiva costituzione atmosferica, né il tempo incostante siano causa dei morbi epidemici e generalizzati, perché, se lo fossero, tutti gli uomini si ammalerebbero, la qual cosa tuttavia non accade. È quindi, a loro giudizio, la provvida natura movente interna ad istituire e porre in essere tali affezioni morbose a beneficio del corpo per stima morale del pericolo che da tali condizioni ambientali incombe. Stando a tutto ciò, bisognerebbe ricondurre l'insorgere delle malattie in massima parte ad una sorta di capacità di sentire della natura»[318]. Ed è sempre la natura che, secondo Stahl, regola l'azione dei medicinali, così come quella dei veleni, che non dipendono dalle entità fisico-meccaniche che li compongono ma dalla natura di ogni uomo, come è dimostrato anche dal fatto che la loro azione non raggiunge mai alcun risultato nei corpi privi di vita[319]. Secondo questa visione, però, l'uso dei medicinali risulterebbe insufficiente e il ruolo del medico pressoché inutile: ma è chiaro che essi non devono essere eliminati, semmai soltanto ridimensionati, cioè intesi come misure coadiuvanti e preventive. Infatti, il medico deve utilizzare metodi e cure che prevengano l'insorgenza della malattia, come in certi casi fa, per esempio, con il salasso, che favorisce la circolazione del sangue e l'eventuale espulsione di quello in eccesso[320], e deve coadiuvare l'azione correttiva della natura rispetto alle malattie e alle loro cause. Infatti, dato che agisce soltanto attraverso i moti, essa «ha una minima facoltà di alterare o correggere la materia di indole o qualità inidonea oppure di renderla di nuovo fluida allorché si presenti crassa e spessa»[321]: a tale scopo servono, allora, determinati medicinali che rendono la materia nuovamente fluida e dunque passibile di espulsione[322]. Altre volte, invece, l'azione correttiva della natura non agisce neanche in modo autonomo e dunque i moti devono essere dapprima stimolati dal medico, che deve poi gestirne anche la manifestazione. Non mancano, però, neanche casi in cui il medico, riconoscendo l'azione della natura, non deve impedirne l'azione, come per esempio nel caso delle febbri, che, essendo di varia natura, autorizzano interpretazioni differenti: ciò che non cambia, comunque, è la convinzione eziologica di fondo propria di Stahl, per cui sia nel caso delle febbri che in quello delle malattie croniche la causa è data dalla "sovrabbondanza e dall'ispessimento del sangue", che dunque deve essere espulso[323]. Tuttavia, nonostante la natura si sforzi di eliminare la pletora attraverso i moti tonici, resi più intensi e quindi spastici, tali movimenti di espulsione non sempre arrivano a buon fine e il sangue "ristagna e si arresta", dando così origine ai mali cronici: «Le malattie croniche della testa nascono perlopiù da congestioni di sangue e siero al capo, le quali sono prodotte da moti spastici incompleti»[324]. In questi casi, vale a dire quando i moti della natura non sono sufficienti, interviene l'azione terapeutica, che varia secondo le malattie, le quali, pur essendo sempre

[317] Cfr. *ibidem*, pp. 49-50.
[318] *Ibidem*, p. 49.
[319] Interessante è la tesi di Stahl, ricordata ma non condivisa da Hoffmann, secondo cui i medicinali non agiscono in modo meccanico e uniforme: «All'assunzione di due farmaci uguali, somministrati a due o tre individui afflitti dalla medesima malattia, seguono spesso effetto ed azione diversi, il che non potrebbe avvenire se la ragione dell'azione e la causa dell'efficacia si trovassero nel farmaco stesso […]. Ciò significa che la causa di una tanto diversa e spesso contraria azione nei medicinali è la peculiare natura di ciascun uomo, vale a dire il principio agente interno, dotato di proprietà, che cambiano da uomo a uomo: è pertanto la natura la vera direttrice e moderatrice della virtù dei medicinali» (*ibidem*, pp. 50-51. Più in generale, sui medicinali e i veleni si veda *ibidem*, pp. 50-51).
[320] Cfr. *ibidem*, pp. 51-52.
[321] *Ibidem*, p. 53.
[322] Cfr. *ibidem*, pp. 53-54.
[323] Per le febbri si veda *ibidem*, pp. 54-56.
[324] *Ibidem*, p. 57.

causate dal sangue che ristagna, possono assumere localizzazioni diverse e richiedere, quindi, misure terapeutiche differenti[325].

Hoffmann descrive così, nel *De Differentia*, la teoria di Stahl, che, come si vede soprattutto nella seconda parte dell'opera, si discosta molto dalla sua. Ma non per questo egli ne disconosce i punti di forza. Al contrario, egli riconosce i meriti di Stahl, condividendone alcune pratiche terapeutiche e apprezzandone il valore di alcune osservazioni riguardo la patologia: per esempio l'avere affermato che la causa della vita e della salute non risiede solamente nella circolazione del sangue ma anche nelle "secrezioni ed escrezioni degli umori". Ritiene rilevante, inoltre, anche la sua considerazione del "moto tonico", che, «esercitato secondo natura, contribuisce molto a che le funzioni siano espletate secondo natura ed ordine, tant'è che esso si palesa mutato nelle diverse malattie»[326]. Infine, egli riconosce una certa arguzia in alcune sue osservazioni eziologiche, tra cui quella volta a individuare la pletora come causa delle malattie o quella che sottolinea il ruolo della "vena porta" nel provocare, attraverso un mancato o un inadeguato passaggio del sangue, molte malattie croniche[327].

Tuttavia, Hoffmann non condivide alcuni punti di fondo del pensiero di Stahl, e cioè la concezione animistica che, facendo anche riferimento alla tradizione filosofica[328], si basa sulla convinzione dell'esistenza di un principio primo immateriale che muove e plasma la materia passiva. Invece, l'opinione di Hoffmann è che «nessuna sostanza creata sia meramente passiva, cioè incapace di azione o operazione, e che il moto non sia una cosa o sostanza, né materiale né immateriale, bensì un'operazione o azione dei corpi»[329]. Questo è il presupposto del meccanicismo di Hoffmann, il quale enuncia (cercando di dimostrarla attraverso l'esperienza) la propria ipotesi teorica secondo la quale non vi è materia passiva, dal momento che tutti i corpi sono dotati di forza e agiscono l'uno sull'altro seguendo le cosiddette "leggi del moto", volute e pensate da dio proprio per permettere l'interazione tra i corpi: «Da ciò […] si inferisce che in natura non si dia materia puramente passiva e che la forza motrice sia un'affezione dei corpi essenziale e non separabile»[330]. Inoltre, contrariamente a Stahl, egli presuppone l'esistenza degli "spiriti", cioè di «sostanze intelligenti e liberamente agenti»[331], che, a differenza dei corpi, in qualche modo gravati dalla necessità, agiscono seguendo il libero arbitrio e l'intenzionalità, e ciò proprio grazie all'intelligenza di cui sono dotati e che permette loro, secondo la legge divina, un adeguato discernimento. Se tra tali "spiriti" si annoverano quelli "angelici", cioè non congiunti con un corpo, vi sono, però, anche i cosiddetti "spiriti umani", cioè essenze che si uniscono alla materia organica dando origine all'uomo, che è, quindi, «fusione di due sostanze, spirito e corpo organico»[332]. Secondo tale accezione, lo spirito rappresenta la mente dell'uomo, ciò per cui esso si distingue dagli animali. La mente, così come pensata da Hoffmann e che per certi aspetti sembra corrispondere all'anima stahliana, è immateriale ma indivisibile dal corpo, con il quale interagisce per adempiere all'ordine naturale previsto dalle leggi divine: essa deve cioè stabilire un equilibrio armonico con i moti, e soltanto così può svolgere le proprie funzioni.

---

[325] Per un'analisi più dettagliata delle malattie, in particolare quelle della testa, del petto e dell'addome, e per i diversi rimedi terapeutici cfr. *ibidem*, pp. 57-63.
[326] *Ibidem*, p. 63.
[327] Per quanto riguarda i meriti in ambito patologico e terapeutico riconosciuti da Hoffmann a Stahl si veda *ibidem*, pp. 63-65.
[328] In tal senso Hoffmann ripercorre la tradizione filosofica che, da Platone e Aristotele fino a Cartesio e Spinoza, ha sostenuto l'esistenza di una sostanza intesa come principio primo e che proprio per questo andò incontro a numerosi errori interpretativi (cfr. *ibidem*, pp. 66-67).
[329] *Ibidem*, p. 67.
[330] *Ibidem*, p. 71. In questa sede non è possibile approfondire l'analisi meccanicistica, peraltro assai dettagliata, di Hoffmann, secondo la quale guardando al moto dei corpi e alle sue leggi, da cui si deduce anche l'esistenza di dio, si può dimostrare sperimentalmente che la materia non è passiva (cfr. *ibidem*, pp. 67-73).
[331] *Ibidem*, p. 73.
[332] *Ibidem*, p. 75.

A gestire la materia non è, quindi, l'ente immateriale, principio primo, ma una funzione che deve integrarsi entro un ordine naturale superiore all'interno del quale agisce insieme alla materia organica[333]. Di conseguenza, cambiano anche la concezione della vita, il rapporto tra salute e malattia e l'approccio terapeutico. L'origine della vita non va ricondotta all'anima razionale, cioè all'elemento, per così dire, "spirituale", né tanto meno alla "volontà" dell'individuo, bensì ai moti circolari che, soggetti a leggi meccaniche determinate dall'ordine deciso da dio, garantiscono la tutela della vita, che anche in questo caso, come per Stahl, è riscontrata nel tentativo di salvaguardare il corpo dalla putrefazione[334]. Se, però, per Stahl tale scopo viene perseguito dall'anima, per Hoffmann esso è reso possibile, invece, dai moti, la cui causa risiede nel cuore: senza i moti del corpo la "mente immateriale" non potrebbe esercitare, secondo lui, alcuna funzione e, per quanto essa ne costituisca "l'essenza", cioè la peculiarità rispetto agli altri corpi animati, è necessario che la medicina e il medico, per tutelare la vita e proteggerla dalla morte, si concentrino sulla materia organica corporea, cogliendone i moti e le rispettive cause, cioè gli elementi che garantiscono la "ragione formale" e "l'essenza della vita"[335]. Sono, quindi, i moti a rendere vivo il corpo e a determinarne la salute, intesa come stato di benessere nel quale l'organismo espleta le proprie funzioni, rese possibili non soltanto dai "moti vitali" ma anche tramite i "moti secretori ed escretori" che consentono all'organismo di mantenere l'equilibrio e l'integrità[336]. Nell'ambito della dettagliata descrizione di tali moti, dove emergono chiaramente anche le sue notevoli conoscenze scientifiche, Hoffmann ribadisce la propria posizione 'meccanicistica'[337], dalla quale deriva anche la convinzione secondo la quale «è perciò necessario che il medico impari e conosca ciò che conserva i moti vitali

[333] Per quanto concerne l'idea di mente, o "anima razionale o immateriale", così come concepita da Hoffmann si veda *ibidem*, pp. 74-78. Interessante, in queste pagine, il modo in cui Hoffmann analizza le funzioni dell'anima, considerata "razionale" e "immateriale" ma priva di "potenza sensitiva e locomotiva".

[334] È interessante sottolineare qui la derivazione del concetto di putrefazione da quello chimico di fermentazione, al quale Stahl dedica studi attenti e dettagliati. Ma, per approfondire le analisi sulla fermentazione, così come le analogie e i limiti del suo riferimento all'organismo vivente si veda F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 165-173.

[335] Cfr. F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 80. Interessante è, a tal proposito, l'argomentazione di Hoffmann, il quale afferma che «la ragione formale della vita non va cercata nella sola conservazione e preservazione del corpo corruttibile dall'imputridimento, benché questa consegua alla vita. Con artifici chimici o col ricorso al freddo intenso si può infatti mantenere a lungo immune da putrefazione anche un corpo morto. Ragione formale ed essenza della vita è piuttosto da individuare nei moti che si compiono nella macchina […] del nostro corpo – ingegnosamente costituita di masse solide e innumerevoli tubuli, di varia grandezza, forma e figura –, la quale andrebbe correttamente definita macchina idraulico-elastica. Finché i fluidi agiscono sui solidi e i solidi sui fluidi, i solidi beneficiano di un moto sistolico e diastolico, cioè contrattorio e dilatatorio, e i vari generi di fluidi, il principale dei quali è la massa del sangue, avanzano con moto di circolo nella parte vascolare, secernendo ciò che è utile ed espellendo ciò che non lo è; per tutto questo tempo, dunque, il corpo si dice vivo e vi è vita. Per converso, quando il moto dei solidi e dei fluidi cessa, come nella sincope, viene meno anche la vita e al contempo l'insieme delle funzioni dipendenti da siffatti moti. […] Perciò né la natura della vita né quella della morte risiedono nell'anima come causa rispettivamente presente o assente o guidante il corpo. Esse vanno piuttosto cercate nella natura e nelle cause dei menzionati moti» (*ibidem*, pp. 80-81). Inoltre, per la "dimostrazione della meccanica inevitabilità della morte" e la "causa naturale della longevità" si veda *ibidem*, pp. 110-112.

[336] Hoffmann approfondisce la natura e la genesi dei moti secretori ed escretori al fine di dimostrarne l'importanza per la medicina razionale. In queste pagine, inoltre, egli si oppone a Stahl, ribadendo la funzione del cervello e del midollo e affermando l'esistenza sia del liquido nerveo, che "presiede al moto e alla sensazione", che degli "spiriti", tesi che cerca di dimostrare anche riferendosi ad illustri autori del passato che ne avevano supposto l'esistenza (cfr. *ibidem*, pp. 81-101.) Anche in seguito Hoffmann specificherà che «la vita altro non è che il moto secretorio ed escretorio dei fluidi» (*ibidem*, p. 107).

[337] Per un ulteriore approfondimento della fisiologia hoffmanniana, fondata sulla meccanica, con particolare riferimento al ruolo del moto e alla funzione del liquido nerveo, in contrapposizione all'anima stahliana, e soprattutto in relazione alla concezione della vita, si veda F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 348-365.

come pure ciò che è atto ad estinguerli o distruggerli e che si prodighi per evitare queste ultime circostanze, adottando e assecondando invece le prime»[338].

Da queste considerazioni deriva anche una diversa concezione delle malattie[339], che per Hoffmann, diversamente da Stahl, sono sempre riconducibili a cause fisico-meccaniche[340]. Egli non condivide l'idea di un'anima benevola che tende a proteggere il corpo sviluppando la tensione tra natura e malattia, durante la quale anche alcune indisposizioni, come per esempio le febbri, sono considerate salutari al fine di ripristinare lo stato di benessere[341]. Infatti, egli, servendosi di esempi tratti dall'esperienza, sottolinea le diverse contraddizioni insite nella presunta azione dell'anima, per cui conclude che «i moti nelle malattie si compiono non elettivamente, non sapientemente, non razionalmente, ma piuttosto erroneamente, confusamente, tumultuariamente. Essi non sono salutari se non accidentalmente, nella misura in cui vengono moderati dal medico e diretti a buon fine»[342]. Persino dal punto di vista eziologico la sua visione è differente, poi, da quella di Stahl, al quale contesta di avere troppo semplicisticamente ricondotto l'origine delle malattie alla pletora, cioè all'eccessiva quantità di sangue, mentre egli non individua in essa la "causa immediata e prossima", cioè unica, considerandola, piuttosto, soltanto come una "causa mediata". Essa, infatti, è motivo di molte malattie croniche, ma non di tutte, come dimostra l'esperienza: piuttosto, sono più numerose e maggiormente pericolose le malattie che insorgono a causa dell'insufficienza di sangue che quelle dovute a una sua sovrabbondanza. D'altronde, poi, si osservano molte malattie con altri fondamenti eziologici, per esempio quelle provocate dall'affaticamento corporeo, dalle mutazioni climatiche o da un errato regime alimentare[343]. A dire di Hoffmann, le cause delle malattie sono da ricercare nel sistema nervoso, perché è l'equilibrio delle parti nervose e dei loro moti l'origine del benessere: la malattia compare quando vi sono affezioni delle parti nervose che provocano una qualche alterazione dei moti ordinari. In questo senso la 'patologia razionale' hoffmanniana trova il proprio fondamento nelle parti nervose[344], e anche le scelte terapeutiche appaiono differenti rispetto a quelle di Stahl, dato che Hoffmann, vedendo più

[338] F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 81. Per ciò che concerne la scienza medica, Hoffmann la paragona all'orticoltura, che non indaga «il modo in cui la pianta si sviluppa dal seme» ma come essa "diviene feconda" e si concentra su ciò che è necessario per la sua cura e coltivazione (*ibidem*, p. 106. Per quanto riguarda il fluido nerveo si veda anche *ibidem*, pp. 112-113).

[339] Hoffmann ritiene che la malattia sia «una lesione nervosa, un'alterazione del progresso del fluido nerveo, un avvelenamento, un'accelerazione dei moti corporei e, nei casi più disperati, una corruzione putrida degli organi, la quale si verifica molto più frequentemente di quanto giudichi Stahl» (F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 375-376. Per ciò che riguarda la malattia e le sue cause cfr. *ibidem*, pp. 366-380).

[340] A questo proposito, egli specifica: «La mia opinione, solidamente fondata sull'esperienza e sulla ragione, è che la vita e la salute, anche le malattie e la morte, come pure la prevenzione delle malattie e la loro cura dipendono in massima parte e soprattutto da cause esterne meramente corporee e fisico-meccaniche, agenti in altri termini tramite il moto e la disposizione della materia al moto» (F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., p. 113).

[341] Le febbri costituiscono un argomento molto studiato e approfondito da Hoffmann, che sottolinea chiaramente le differenze tra la sua teoria e quella di Stahl. In primo luogo, esse non sono ritenute da lui salutari, anzi possono avere effetti pericolosi che provocano anche la morte, creando danni ai moti vitali; in più, esse non sono suscitate intenzionalmente ma sono dovute a cause fisiche e corporee, quindi meccaniche, da ricercare non tanto in presunte ragioni occasionali artefici di movimenti interni ma nei moti del sistema nervoso: infatti, la causa dei "moti febbrili" è individuata nelle parti nervose danneggiate, e non, come invece sostiene Stahl, nella sovrabbondanza di sangue (cfr. *ibidem*, pp. 163-192).

[342] *Ibidem*, pp. 124-125. Hoffmann espone una serie di contraddizioni che dimostrano l'azione non sapiente e difensiva dell'anima, per esempio: «Se l'agente interno è dotato di tanta sapienza da proteggere il corpo dalla morte e dal danno, per quale motivo nei dolori artritici […] esso espelle in coincidenza delle articolazioni la materia tartarea, salina e acre, invece di liberarsene attraverso i reni, cioè tramite qualcosa che la depuri in guisa adatta e conveniente?» (*ibidem*, p. 124).

[343] Per quanto concerne le argomentazioni contrarie all'idea della pletora come causa di tutti i mali, l'analisi delle origini delle malattie e la loro distinzione analitica cfr. *ibidem*, pp. 125-136.

[344] Per l'analisi del sistema nervoso e dei suoi stati di benessere e di affezione, anche alla luce delle malattie che ne conseguono, cfr. *ibidem*, pp. 136-163.

la malattia come una sorta di "avvelenamento", preferisce, sempre in modo accorto e misurato, terapie depurative basate sull'uso di "evacuanti" in grado di aiutare l'organismo ad espellere le sostanze tossiche. Se Stahl si serve maggiormente di polveri e di pillole, Hoffmann usa per lo più miscele liquide a base alcolica, e ciò perché è fortemente convinto che alla molteplicità dei disturbi riconosciuti non debba corrispondere altrettanta varietà di metodi terapeutici, dato che l'uso di un medicinale specifico per ogni disturbo gli pare un'esigenza dettata più da convinzioni psicologiche che da evidenze scientifiche[345].

I sistemi elaborati da Hoffmann e da Stahl, le cui specificità non possono essere qui approfondite a dovere, chiariscono lo scenario scientifico non soltanto della tradizione di Halle ma di quella tedesca in genere, dove scienza e filosofia risultano fortemente intrecciate. Questo si evince già dalle teorie elaborate dai due "fari di Halle": l'enigmatica relazione tra corpo e anima, così come la caratterizzazione della materia rispetto a tutto ciò che non è immediatamente tangibile, sono da contestualizzare entro lo scenario filosofico del cartesianismo[346] e delle sue derivazioni[347], elementi fondamentali per delineare il meccanicismo al quale sia Hoffmann che Stahl, seppur in termini diversi, in qualche modo si rifanno. Infatti, nonostante l'indubbia diversità delle due dottrine, la cornice di entrambe rimane fondamentalmente la stessa, ben lontana dalle interpretazioni, per alcuni versi fuorvianti, che hanno voluto contrapporre il "pietista Stahl" al "meccanicista ateo Hoffmann" o che hanno visto nell'animismo di Stahl una forma di anti-materialismo. È senza dubbio riscontrabile l'importanza dell'animismo per la definizione delle nuove ipotesi circa la relazione tra corpo e mente che influenzeranno i rapporti successivi, così come si deve riconoscere che Stahl segna in qualche modo il passaggio da una medicina fondata sulla iatrochimica, anche relativamente allo studio dei processi mentali, all'affermazione di una psichiatria che considera il processo biologico-vitale complessivo dell'organismo; è anche vero, inoltre, che grazie a Stahl il corpo è stato considerato come un "organismo", nel senso che si è posto l'accento sui suoi aspetti qualitativi, forse troppo spesso oscurati da interpretazioni meramente quantitative: tuttavia, l'animismo non va interpretato in una prospettiva anti-materialista, dal momento che la fisiologia di Stahl si fonda su un sistema ancora tutto sommato materialistico, basato sulla chimica, per cui ogni fenomeno naturale è dato dall'aggregazione e dalla dissoluzione della materia. La stessa idea di vita, che si oppone all'imputridimento causato dalla morte, rimanda a un equilibrio chimico tra gli elementi e, in linea con la tradizione cartesiana, l'anima appare ancora in qualche modo scissa da tali processi. La novità apportata da Stahl riguarda la visione anche qualitativa della chimica, per cui egli conferisce agli atomi non solo caratteristiche meccaniche ma anche proprietà funzionali intrinseche, così da sfuggire al riduzionismo

[345] Per approfondire le scelte terapeutiche e medicinali di Hoffmann e Stahl si vedano F. Hoffmann, *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, cit., pp. 192-258, e F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 380-397.

[346] È utile, a proposito del cartesianismo e, in particolare, del dualismo tra corpo e anima (che rimanda a quello tra materia e spirito), ricordare la considerazione di Cartesio per cui il corpo e la mente nell'uomo sono collegati attraverso la ghiandola pineale: dunque, per Cartesio, sono fondamentalmente diversi, dato che il corpo è per sua natura divisibile mentre la mente è indivisibile. L'uomo, a dir di Cartesio, sente, percepisce, vuole e conosce attraverso la mente. Rimane sempre interessante, se adeguatamente contestualizzata, la posizione di Cartesio a proposito di questo legame mente-corpo e delle attività percettive e di rappresentazione del mondo che ne derivano. A tal proposito, si rimanda, in modo particolare, alle *Meditazioni metafisiche*, consultabili, in tradizione italiana, in Cartesio, *Opere filosofiche, Vol. II. Meditazioni metafisiche. Obbiezioni e risposte*, a cura di E. Garin, Roma/Bari, Laterza, 1992.

[347] Sono diverse le forme di derivazione dal materialismo cartesiano, tra le quali si possono ricordare, per esempio, il comportamentismo metodologico (secondo il quale il mentale viene spesso considerato un "epifenomeno" causalmente irrilevante); il comportamentismo logico (che vede le proprietà mentali come disposizioni di oggetti fisici); la teoria dell'identità (dove i processi mentali sono considerati come processi neurobiologici), che distingue tra identità simbolica (ogni singolo processo o stato mentale corrisponde a un processo o stato che in linea di principio può essere descritto dal punto di vista neurobiologico) e identità di tipo (intere classi di stati mentali, come per esempio i sentimenti, corrispondono a correlati neurobiologici esattamente determinabili), e così via.

meccanicista e da potere in qualche modo rintracciare anche nella materialità un *telos*, rispetto al quale il concetto di anima, riprendendo l'originaria tradizione aristotelica, rimane forse l'espressione più eloquente e significativa[348]. È proprio tale ricerca di una causa finale in grado di agire dall'interno dell'organismo ciò che caratterizza l'animismo di Stahl, da non interpretare, dunque, né in senso, per così dire, metafisico-mistico, visto che la ricerca di un sostrato materiale sul quale fondare la fisiologia appare evidente, né, d'altro lato, in modo riduzionistico, dal momento che rimane pur sempre il tentativo, almeno intenzionale, di superare lo iato cartesiano tra materiale e immateriale attraverso il moto, che così diventa in qualche modo l'intermediario la cui azione dipende dalla ragione, che costituisce un'entità ascrivibile dell'anima. In tale prospettiva si sviluppa quello che potrebbe essere definito come "dinamismo fisiologico", per cui il rapporto tra materiale e immateriale non rimanda più a quello tra corpo e anima, ma, semmai, a quello tra corpo e moto. Se per Hoffmann il moto è sinonimo di vita, per Stahl ne è, piuttosto, l'indice, cioè il mezzo attraverso cui si mantiene e si preserva la vita[349].

Ma, al di là delle specifiche interpretazioni e, anche, delle rivisitazioni cui furono soggette le visioni di Hoffmann e, in particolare, di Stahl, è indubbio che la loro speculazione sia da inserire in un contesto ancora sostanzialmente preromantico e che dunque, seppur influenzata dalle correnti filosofiche del tempo e da quelle immediatamente precedenti, prime fra tutte il cartesianesimo e le sue più dirette conseguenze, essa rimanga per lo più legata ad una concezione iatrochimica e, per così dire, materialista.

Differente è, invece, lo scenario nel quale si trova ad operare un altro importante esponente della tradizione di Halle (e tedesca in generale), vale a dire Johann Christian Reil, colui al quale si deve la coniazione del termine psichiatria e dalla cui speculazione emerge forte il legame con la filosofia, ancora per molti versi centrale in quel momento della storia della psichiatria[350]: «La parola psichiatria è nata ad Halle. Ad Halle ha vissuto e ha operato l'uomo che il suo contemporaneo Heinroth indicò, nel 1818, come "*in generale il creatore della medicina psichica in Germania*" e le generazioni successive come "*il fondatore della psichiatria vera e propria*". Johann Christian Reil, che fu "professore di terapeutica" ad Halle dal 1787 al 1810. Ad Halle egli ha pubblicato la sua opera con la quale ha dato un contributo essenziale e decisivo alla fondazione della psichiatria, della psicoterapia e della psicosomatica, le "*Rhapsodieen*". Ad Halle egli ha anche pubblicato la sua opera con la quale ha dato un nome a questa scienza e alla medicina, "*Psychiaterie*", poi da egli stesso trasformata in "*Psychiatrie*"»[351]. Johann Christian Reil (1759-1813), spesso soprannominato il "Pinel tedesco"[352], è la figura che, al di là dei meriti prettamente scientifici, ben rappresenta le condizioni e soprattutto lo stato d'animo di quanti vissero a ridosso della Rivoluzione francese e negli anni immediatamente posteriori, quando se ne avvertirono gli esiti, poi oscurati, tra non poche contraddizioni, dalla presenza e dal dominio di Napoleone, rispetto al quale si alternavano sentimenti di liberazione e moti

[348] Per approfondire il concetto di anima così come pensato da Stahl cfr. F.P. De Ceglia, *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, cit., pp. 187-207.

[349] Per il concetto di moto e in particolare per un'analisi più dettagliata dei tre tipi di moto (circolazione sanguigna, secrezione ed escrezione) sui quali si fonda il "dinamismo fisiologico" di Stahl cfr. *ibidem*, pp. 207-222.

[350] Per ulteriori approfondimenti sulla figura di Stahl, sul periodo antecedente a Reil e sulle influenze successive cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 22-30

[351] *Ibidem*, p. 14. A tal proposito si veda anche A. Marneros / F. Pillmann, *Das Wort Psychiatrie… wurde in Halle geboren. Von den Anfangen der deutsche Psychiatrie*, Stuttgart, Schattauer, 2005: interessante, qui, è anche il riferimento alla lettera di saluto che segna il trasferimento, avvenuto con non poca fatica, di Reil da Halle a Berlino, nel 1810.

[352] Cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 43-47.

di insofferenza per l'oppressione e l'imposizione straniera[353]. Alla severa razionalità illuministica, cui si accompagnava un più diffuso ricorso alle scienze esatte, si andava ora sostituendo una sorta di fragilità interiore, l'inquieto interesse per la misteriosa intimità dell'individuo, della quale la stessa follia poteva in qualche modo rappresentare un aspetto intrigante e sconosciuto.

Reil era originario della Frisia e proveniva da una famiglia di profonda tradizione religiosa, tanto che il padre aveva anche assunto la funzione di pastore, con compiti direzionali di una certa responsabilità ed estesi anche ai territori limitrofi. Tale condizione doveva certamente segnare la formazione del giovane Reil, il quale studiò in ambienti scolastici caratterizzati dall'ispirazione religiosa, rispetto alla quale, d'altra parte, egli non si mostrò mai insensibile, pur senza nascondere i suoi interessi più autentici. L'attrazione per la medicina fu da lui avvertita, infatti, come un'autentica vocazione fin dai tempi del liceo, tanto da concludere il percorso di studi con la redazione di un lavoro che doveva essere una vera e propria esaltazione della stessa, come suggerisce lo stesso titolo, *Lob der Medizin*: egli aveva già maturato la certezza di volere diventare medico, certezza a quanto pare sostenuta anche dal desiderio di essere apprezzato e rispettato da tutti, così da poter godere della stima rispettosa da parte della comunità e da potersi sentire in qualche modo privilegiato e fortunato[354].

Così Reil si iscrisse in medicina all'Università di Gottinga, che però, per motivi ancora non del tutto chiari, abbandonò poco dopo per trasferirsi ad Halle, dove, come viene documentato dall'iscrizione nel libro delle matricole dell'ateneo, dal 1780 intraprese il proprio percorso di formazione. Egli studiò medicina e teologia nonostante l'opposizione del padre, distinguendosi, poi, per la carriera brillante, svolta principalmente ad Halle, dove divenne ordinario nel 1788, e successivamente a Berlino, dove venne chiamato nel 1810[355]. Tali risultati si dovettero certamente alla sua vivace intelligenza, ma anche ai fortunati incontri che ne segnarono il percorso: ad Halle egli fu sostenuto dai professori del tempo, che con ogni probabilità ne riconobbero assai presto le grandi potenzialità.

L'Università di Halle, e in particolare la facoltà di medicina, viveva all'epoca un periodo di difficoltà e di dissidi dovuto certamente, tra l'altro, ai contrasti interni tra gli attori che vi interagivano. Non mancavano le lamentele e le rimostranze, spesso avanzate da docenti che poi decisero di lasciare la sede di Halle per andare in altre università, arrecando così un evidente danno di immagine all'ateneo, che necessitava di interventi

---

[353] Per quanto riguarda il contesto storico e politico-sociale tedesco al tempo di Reil e la genesi della "prima generazione di romantici" che si accosta al problema della follia, sebbene ancora in un'ottica prevalentemente filosofico-letteraria, si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 271-278. Inoltre, per un quadro più dettagliato della situazione della medicina in Germania e a livello internazionale, all'epoca di Reil, si veda W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, Leipzig, Teubner, 1979, pp. 9-23. Come hanno sottolineato W. Kaiser e R. Mocek, «Johann Christian Reil è uno dei primi appartenenti ad un istituto superiore tedesco a riconoscersi negli obiettivi di Philippe Pinel e a indicare la strada per uno sviluppo in grado di sfociare nella creazione di sanatori e di case di cura. […] Johann Christian Reil non concorda con le visioni di una ricerca già esaurita, quando decide di pubblicare un periodico di matrice fisiologica; per lui la medicina sperimentale del suo tempo è ancora troppo gravata da ipotesi» (W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., pp. 19-20).

[354] Cfr. H. Ritter / E. Scherf, *Habe unbändig viel zu tun… Johann Christian Reil*, Halle (Saale), Hasenverlag, 2011, pp. 9-12.

[355] Sembra che Reil fosse stato chiamato a Gottinga già nel 1802 e a Friburgo nel 1809, ma abbia sempre rifiutato. Nel caso di Berlino, però, probabilmente le condizioni erano differenti, in quanto egli avrebbe collaborato alla nuova fondazione dell'Università, dove avrebbe voluto istituire anche una cattedra di Psichiatria. Un desiderio che fu destinato a restare inevaso, anche perché probabilmente ostacolato dalla situazione berlinese, animata da un aspro clima di competizione e di rivalse che lo vide spesso contrapposto ad altri, soprattutto a Christoph Wilhelm Hufeland, secondo una prassi che, come è stato già detto, era peraltro assai comune per quei tempi. A tal proposito cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 40-43. Per ulteriori approfondimenti sull'attività e la carriera di Reil a Berlino si veda anche W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., pp. 84-95.

radicali e di riforme specifiche[356]. Si deve forse anche a questo la scelta di ricorrere a docenti provenienti da altri atenei, come avvenne nel caso di un esperto professore di anatomia come Philipp Friedrich Theodor Meckel (1755-1803), che fu chiamato, nel 1779, come professore ordinario ad Halle anche al fine di valorizzare l'ambito della storia naturale, all'interno di un piano più ampio che intendeva incrementare l'insegnamento di diverse discipline di quel settore. Ma, oltre a Meckel, vi furono altre importanti personalità che animarono lo scenario della *Fredericiana*, tra le quali è importante e funzionale ricordare Friedrich Gottlieb Goldhagen (1742-1788), che dal 1769 ricoprì la carica di professore ordinario sempre nell'ambito della *Naturgeschichte*, così come Meckel, ma nella facoltà filosofica[357]. Si tratta di un dato non trascurabile, dal momento che fu proprio Goldhagen colui che Reil riconoscerà come figura di riferimento e che lo influenzerà nelle scelte successive, e probabilmente anche rispetto alle inclinazioni filosofiche che, come dirò, dovevano avere la loro rilevanza. Furono proprio Meckel e Goldhagen, infatti, i professori ai quali Reil si legò fin da principio, probabilmente incuriosito anche dalle tematiche che essi trattavano, soprattutto quelle legate alla corporeità, intesa in un'accezione sicuramente materialistica e tuttavia non riduzionistica, se non altro perché comunque ancorata ad una prospettiva filosofica generale assai ampia e suggestiva[358]. Così Reil, seguendo i propri interessi per la medicina interna, discusse la tesi di dottorato sulle malattie della bile sotto la supervisione di Goldhagen, del quale continuò a seguire i suggerimenti, spostandosi subito dopo a Berlino[359]. In realtà, però, egli rientrò ad Halle già nel 1787, presumibilmente, anche se in realtà non se conoscono esattamente le motivazioni ultime, per via della fondazione della *Schola clinica Halense*[360], ad opera proprio di Goldhagen, nel 1786: qui, infatti, Reil si trovò subito molto impegnato, assumendo ruoli direzionali di rilievo, mentre contemporaneamente seguiva la carriera accademica, che lo vide diventare professore ordinario già nel 1788, e guardava con interesse sempre maggiore agli istituti manicomiali[361].

I meriti professionali di Reil, ovviamente contestualizzati all'interno della situazione del tempo, appaiono indiscutibili: innanzi tutto non sono da sottovalutare le conoscenze in ambito anatomico, come dimostrano gli studi che egli condusse, mediante l'uso di reagenti chimici, sull'occhio e sul cervello, così come risultano significativi gli interessi per l'anatomia cerebrale. Anche dal punto di vista, per così dire, più strettamente scientifico e accademico il suo impegno fu notevole, come per esempio dimostra la fondazione, nel 1796, dell'importante rivista *Archiv für Physiologie*[362]. Non è tuttora semplice distinguere quanto la sua fama si sia immediatamente diffusa per gli effettivi meriti scientifici maturati sul campo e quanto, invece, essa si dovette anche al fatto che il suo nome di medico e di

---

[356] Cfr. *ibidem*, pp. 24-25.

[357] Cfr. H. Ritter / E. Scherf, *Habe unbändig viel zu tun… Johann Christian Reil*, cit., pp. 15-18.

[358] Come specificano Kaiser e Mocek, «dal punto di vista delle qualifiche scientifiche e pedagogiche, ancora assolutamente diverse, di questi rappresentanti del corpo docente non sembra sorprendente che *Reil* sia legato in modo particolare a *Meckel* e a *Goldhagen*. Egli riconosce presto e in modo manifesto l'importanza delle "relazioni", dal momento che Reil diventa, l'1 marzo 1782, membro della loggia "Per le tre spade", della quale il suo venerato maestro Goldhagen è presidente» (W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., p. 26).

[359] Per ulteriori informazioni in merito alla formazione di Reil e ai primi anni della sua carriera, contraddistinta dall'interazione con importanti professori, quali per esempio Meckel e Goldhagen, si vedano A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 34-36, e H. Ritter / E. Scherf, *Habe unbändig viel zu tun… Johann Christian Reil*, cit., pp. 20-28

[360] Per uno sguardo storico-ricostruttivo sulle diverse personalità che, da Stahl alla contemporaneità, hanno lì ricoperto ruoli dirigenziali cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 356-367.

[361] Per ulteriori notizie sul percorso professionale di Reil, alla luce delle sue più significative interferenze con le vicende dei suoi maestri dell'ateneo e della clinica di Halle, nonché per il suo interesse per lo sviluppo degli istituti manicomiali, prima ad Halle e poi a Berlino, si veda W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., pp. 24-41.

[362] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 278.

docente fu legato a personaggi di grande rilievo e notorietà, come per esempio Goethe[363] e Brentano, i quali si erano effettivamente affidati alle sue cure[364]. Insomma, è probabile che, al di là degli indubbi meriti scientifici, la carriera di Reil sia stata influenzata dalla fitta e significativa rete delle sue conoscenze, cosa che d'altra parte, nel bene e nel male, come si è visto anche parlando di Hoffmann e di Stahl, era a quei tempi prassi assai diffusa entro la comunità accademica e scientifica.

Ma, al di là della fama che ha accompagnato le sue indubbie qualità di medico, gli interessi di Reil andarono ben oltre la medicina interna e la chirurgia, probabilmente perché egli era mosso da un'innata curiosità, fortemente alimentata da una solida attitudine umanistica e filosofica che, come era d'altra parte usuale a quei tempi, lo spingeva ad indagare le dinamiche della psiche, allora ancora quasi del tutto oscure, in una prospettiva, per così dire, antropologico-letteraria, ancor prima che scientifica. Anche nel caso di Reil pare, infatti, che le riflessioni intorno alla follia maturarono da un interesse di natura più teoretica e filosofica che pragmatica, se non altro perché esse presero corpo dagli studi sulla materia e sulle sue possibilità di aggregazione dalla cui varietà dipendono, poi, le diverse determinazioni individuali. In realtà, però, sembra che Reil fosse abbastanza consapevole della scissione, tipica dei tempi, tra l'aspetto teorico della riflessione e quello pratico, tanto che il suo percorso professionale, così come il suo intero modo di agire, può essere facilmente contestualizzato alla luce di questo rapporto per certi versi antinomico e comunque certamente problematico tra teoria e prassi. Una polarizzazione che lo stesso Reil denunciò presto, peraltro mostrandosi fin dal principio aperto più all'influenza della filosofia che a quella delle scienze naturali: fu proprio in questa fase, infatti, che la filosofia cominciò ad avere un più deciso influsso sulla psichiatria, facendo in qualche modo sì che questa non si sviluppasse ancora molto sul piano prettamente pratico ma guardasse maggiormente al profilo teoretico.

Proprio in questo periodo, cioè soprattutto tra il diciottesimo e il diciannovesimo secolo, mutò, infatti, il rapporto tra la filosofia e le scienze naturali, e ciò venne particolarmente avvertito da Reil, che fu da subito uno di quegli scienziati per i quali la filosofia non doveva svolgere un ruolo marginale ma, al contrario, doveva rappresentare uno strumento di comprensione della realtà assolutamente fondamentale e di concreto sostegno anche per le scienze della natura, medicina compresa. Egli denunciava la troppo netta e rigida separazione tra teoria e pratica, separazione che in fondo era un riflesso della più generale scissione tra *Geisteswissenschaften* e *Naturwissenschaften* che doveva segnare in modo incisivo l'intero dibattito gnoseologico e storico-filosofico tra Otto e Novecento. Tale separazione era riconducibile a diverse cause: da una parte l'approccio generale delle scienze della natura, via via sempre più specialistiche e protese ad una consapevole emancipazione dalle scienze teoretico-umanistiche e dalla filosofia; dall'altra la stessa speculazione filosofica, che spesso presentava evidenti nebulosità e modesti punti di contatto con la realtà, dunque con l'aspetto, per così dire, più pratico e concreto della vita e del sapere[365]. Tale difficoltà era peraltro sovente riconosciuta: per Reil, per esempio, dovevano assumere particolare rilevanza, in questo senso, dapprima le riflessioni di Spinoza e di Kant e poi quelle di Schelling, se non altro perché gli permisero di riflettere ulteriormente su tale separazione tra teoria e prassi e di approfondire la possibilità di utilizzare la filosofia anche nell'ambito delle scienze della natura, e quindi della medicina[366]. L'indagine scientifico-naturale doveva tentare di stabilire, insomma, una

[363] Per quanto riguarda la presenza di Goethe ad Halle cfr. H. Ritter / E. Scherf, *Habe unbändig viel zu tun… Johann Christian Reil*, cit., pp. 19-20

[364] Cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 37-38.

[365] Cfr. W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, p. 44.

[366] Come riportano Kaiser e Mocek, è interessante quanto Reil scrive nell'*Entwurf einer allgemeinen Therapie*: «Il medico non era abbastanza filosofo per comprendere correttamente l'anima archetipica, il filosofo non era abbastanza medico per comprendere correttamente l'anima immaginaria come lato soggettivo degli organismi;

nuova relazione con il pensiero filosofico, e in particolare l'obiettivo di Reil restava la fondazione anche teoretica della medicina[367]. Procedendo in una tale direzione, egli cercò di rintracciare una tale possibilità nei sistemi filosofici di Spinoza e di Kant, dei quali, però, sapeva riconoscere anche i limiti in ordine alla realizzazione di un rinnovato equilibrio tra aspetto teorico e dimensione pratica: da qui poi, probabilmente, l'esigenza di avvicinarsi alla filosofia della natura di Schelling[368], che avrà sicura rilevanza nell'evoluzione del suo percorso speculativo e clinico.

In un primo momento, infatti lo scenario filosofico di riferimento di Reil sembra essere più vicino ad alcuni presupposti spinoziani e kantiani, come appare d'altra parte abbastanza evidente anche in una delle sue opere principali, *Von der Lebenskraft*, del 1795[369]. Qui egli, interrogandosi sull'essenza della vita, e quindi della "forza vitale" da cui essa è mossa, si inserisce in quel contesto storico-filosofico che, seppur in modo problematico, aveva tentato di definire il concetto di natura cercando di sciogliere le incertezze in merito al suo principio intrinseco, vale a dire quella "forza" che ne permette in qualche modo l'esplicazione. Ciò poteva per certo versi ricondurre al vitalismo, ma anche al tentativo di Stahl e di altri scienziati del tempo che, invece, ne avevano problematizzato la questione altrimenti[370]. Allo stesso modo, la nozione di "forza vitale" mostra un'evidente connessione con la riflessione teoretica, laddove il tentativo di chiarire l'essenza della vita e del suo principio propulsore fa sì che si debba procedere ad approfondire il concetto di "natura", la cui interpretazione risulta soggetta a non poche variazioni. A partire dalla visione spinoziana, secondo la quale la natura sarebbe soltanto una 'manifestazione' del divino, e poi da quella, per certi versi più 'pragmatica', di Kant, dove la natura sembra potere assumere maggiore autonomia ontologica, Reil costruisce, se così si può dire, la propria prospettiva materialista. Egli mostra grande interesse anche per i rapporti che intercorrono tra la natura animata e quella inanimata e tra il corpo e l'anima: una visione per certi versi positiva e a tratti persino entusiasta, probabilmente sostenuta anche dai notevoli progressi conseguiti, in quel periodo, dalle scienze naturali. Già il titolo dell'opera chiarisce la sua posizione, considerata dalla critica una sorta di "materialismo dinamico"[371] il cui scopo sarebbe l'indagine intorno alla forza insita nella materia, già presente, seppure in forma, per così dire, embrionale e piuttosto latente, nella natura inanimata e poi portata a più pieno dispiegamento nell'ambito dello sviluppo organico[372]. In questa prospettiva la vita appare

---

si ragiona troppo e in modo assolutamente superficiale e si osserva troppo poco; si osserva in parte senza un piano e senza principi, in parte non senza pregiudizi; e si confronta in modo troppo misurato l'osservazione del nuovo con la natura» (*ibidem*, pp. 42-43).

[367] «L'accertamento scientifico-naturale dei fatti deve essere nuovamente messo in una stretta interazione con i principi intellettuali della filosofia. L'aspirazione filosofica di *Reil* tende a questo obiettivo, lo sviluppo di una medicina teoricamente fondata» (*ibidem*, p. 43).

[368] «Questo interesse per la filosofia di Schelling venne favorito dall'amicizia personale che Reil intratteneva con il seguace di Schelling ad Halle, con il filosofo della natura Henrik Steffens. Questo influsso è massimamente evidente in entrambe le voluminose opere postume di *Reil*. Sia l'opera in tre volumi "Entwurf einer allgemeinen Phatologie" (pubblicata nel 1815) che anche l'"Entwurf einer allgemeinen Therapie" (1816) testimoniano in quale forte misura il mondo concettuale di Schelling sia penentrato nella produzione filosofico-naturale e teoretica di Reil» (*ibidem*, p. 45). Per approfondire la prospettiva filosofica di Reil si veda *ibidem*, pp. 42-61.

[369] «[…] sosteniamo il fatto che lo scritto "Von der Lebenskraft", composto da Reil in vita e direttamente dedicato ad una questione filosofico-naturale, non è completamente vincolato, addirittura non lo è affatto, alla filosofia della natura di Schelling, ma, come già accertato, a Kant e a Spinoza. Con questo scritto, presentato nel 1795, Reil prende posizione rispetto ad una questione centrale per le scienze della natura dell'epoca: quali forze particolari fanno sì che la natura vivente sia così opportunamente coordinata? Esistono forze tali che agiscono negli esseri viventi e che non sono studiate con i mezzi della chimica e della fisica? [...]» (*ibidem*, p. 46).

[370] Cfr. *ibidem*, pp. 46-47.

[371] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 279.

[372] «Con uno sguardo allo scritto di *Reil* "Von der Lebenskraft" si può ora vedere facilmente che Reil, sulla base di un'argomentazione filosofica, sostiene il punto di vista storicamente corretto: egli critica le opinioni sulla forza vitale e si decide per un punto di vista materialistico. *Reil* si riferisce alla posizione *kantiana* rispetto

come una «mescolanza della materia più grezza con quella più fine, più invisibile»[373]: una materia la cui caratteristica fondamentale e da essa inscindibile è, appunto, la forza, tanto che essa si dispiega come una vera e propria forza vitale, sebbene lo stesso Reil riconosca la problematicità e la complessità delle possibili interpretazioni di tali concetti.

In questa fase Reil propone una prima disamina delle malattie che lo interessano, la cui origine egli ipotizza fondamentalmente connessa a tale idea di forza vitale, dal momento che lo stato patologico insorge quando, a causa di una deviazione del proprio temperamento, mutano i rapporti di mescolanza della forza vitale: così Reil definisce, peraltro in termini allora molto all'avanguardia, la malattia come una disposizione sostanzialmente dovuta a cause interne, cioè ad un distorto equilibrio della forza vitale. Le patologie psichiche sono poi inserite nell'ambito generale delle malattie, interpretandole egli come l'esito di un "processo vitale anomalo" che si sviluppa nel cervello in seguito ad una distorto equilibrio, dovuto un'irritazione a livello cerebrale, tra le parti della materia: ma, va detto, al di là di questa ricostruzione eziologica, Reil non è artefice, però, di una più ampia sistematizzazione delle patologie mentali ma si limita soltanto a differenziare i disturbi più comuni, come per esempio la demenza e la pazzia furiosa, di fatto tenendosi distante dalle teorie più innovative tanto di natura speculativa che di matrice più strettamente materialista[374].

Sebbene in questa fase vi sia già sicuramente un primo sforzo di fondare teoreticamente la medicina, tale intenzione diventa ancora più esplicita quando Reil per certi versi smorza questa sua prospettiva tendenzialmente materialista e abbraccia posizioni più vicine alla filosofia della natura di Schelling. Tale cambiamento è certamente fondamentale dal punto di vista medico, ma anche da quello, per così dire, storico, dal momento che sembra allinearsi ad una mentalità sociale, espressione della rinnovata classe borghese, che cercava di trovare spazio opponendosi a retaggi culturali ancora di fatto legati a visioni arcaiche e feudali. Nella prospettiva di un tale cambiamento, Schelling doveva apparire come una sorta di precursore spirituale della nuova mentalità, dunque non meraviglia che non solo il suo sistema ma anche la sua figura esercitassero un certo fascino tra i contemporanei[375]. Nella sua prospettiva filosofica la natura è intesa come un organismo che si esplica attraverso un processo dialettico del quale, però, non è più soltanto manifestazione esteriore e oggettiva ma anche e soprattutto, per dir così, soggetto protagonista. Tale visione dialettica della natura proposta da Schelling affascina Reil, soprattutto per la visione più 'organica' e meno strettamente materialista che ne deriva: la materia, infatti, permette di cogliere la natura nella sua manifestazione dinamica e nelle sue continue polarizzazioni, così che viene in qualche modo a mutare persino l'essenza del processo vitale già precedentemente indagato. Reil si distacca, dunque, tanto dal materialismo cui aveva inizialmente aderito quanto dalla concezione stahliana e, in genere, dalle derivazioni vitaliste, avvicinandosi, piuttosto, alle categorie schellinghiane, come si evince, per esempio, nell'*Entwurf einer allgemeinen Pathologie und Therapie*, dove ampio spazio è dedicato alla storia e alla filosofia della natura: anche la natura della malattia e lo stato patologico risentono, dunque, di tale rinnovata visione filosofica, tanto che tale scritto è stato spesso considerato di matrice più filosofica che propriamente medica[376].

---

alla natura del vivente. Kant, nella discussione sui pro e i contra della forza vitale, aveva introdotto l'idea che la conformità a fini dovesse essere considerata, nella natura, come un "meccanismo", come diceva *Kant*, cioè come una conformità a leggi della natura. Non tutti i processi naturali, secondo Kant, devono essere di natura meccanica. La natura è multiforme, anche nei suoi fenomeni qualitativi. Reil accoglie queste raccomandazioni. Egli contrassegna la forza vitale come l'"attributo assolutamente più generale" di un "tipo particolare di materia". Tuttavia, osserva *Reil*, il concetto di forza vitale dà luogo a molteplici fraintendimenti» (W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., p. 47).

[373] K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 279.

[374] Cfr. *ibidem*, pp. 279-280.

[375] Cfr. W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., pp. 48-49.

[376] Cfr. J.C. Reil, *Entwurf einer allgemeinen Pathologie und Therapie*, 3 voll., Halle, in der Curtschen Buchhandlung, 1816; cfr., per questo, W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., pp. 55-56.

Certamente, al di là del suo valore contenutistico e dell'appropriatezza dei contenuti filosofici lì trattati, è rilevante notare come Reil abbia rintracciato nella rappresentazione unitaria della natura, così come supposta da Schelling, il fondamento che egli stesso da tempo ricercava per colmare l'evidente squilibrio allora determinatosi tra teoria e prassi e per dare alla medicina una fondazione teoretica autorevole, salda e coerente[377].

Tra le opere[378] di Reil, però, quella che forse testimonia nel modo migliore il suo interesse per la "medicina psichica" (un'espressione usata di frequente, prima della coniazione del termine "psichiatria") è *Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Curnmethode auf Geisteszerrüttung*, del 1803. Come i rapsodi greci cantavano le gesta degli antichi eroi, per dir così, *in itinere* e mai in maniera esaustiva e definitiva, allo stesso modo l'opera di Reil non vuole essere uno scritto sistematico ma intende soltanto raccogliere e mettere in evidenza alcuni punti di intersezione a proposito dei diversi temi trattati. Essa è da contestualizzare, innanzi tutto, in un momento di transizione in cui, dal punto di vista culturale generale, Illuminismo e Romanticismo quasi si sovrappongono: inoltre, da non sottovalutare è anche l'aspetto personale, che vede Reil, peraltro forte di una carriera già bene avviata, allontanarsi dalle teorie kantiane per aderire a concezioni in qualche modo legate alla filosofia della natura sopra ricordata. In questa prospettiva, la sua visione, per così dire, psichiatrica si avvicina maggiormente ad una sorta di "psicologia empirica"[379], laddove un ruolo centrale viene assunto dalla natura e dalla materia, a partire dalla quale il cervello è prodotto, alla stregua di una "tabula rasa", dalla sostanza animale e da una disposizione generale che permette, attraverso la ricezione degli stimoli, ed in particolare di quelli legati alle idee, di esercitare le capacità autonome del libero arbitrio. Su questo processo si fondano, in definitiva, la capacità dinamica del cervello e la plasticità della vita psichica, sulle quali è allora possibile intervenire terapeuticamente. In realtà, l'espressione "psicologia empirica" sembra riferibile più alla spiegazione organica supposta da Reil per le malattie mentali che alla natura effettivamente pragmatica della sua riflessione che, invece, si mantiene comunque ancora su un piano alquanto speculativo.

Per Reil il fulcro fondamentale della forza vitale, la *Lebenskraft* di cui aveva già trattato nelle opere precedenti, è la "coscienza di sé", cioè l'essenza stessa della persona, il suo carattere e la sua personalità: ma essa non è pensata, però, in termini astratti, ma sempre in relazione al dato organico. Infatti, essa si realizza attraverso alcuni organi che le fanno in qualche modo da "intermediari", ovvero il cervello, che permette la riflessione interiore e la gestione delle rappresentazioni, gli organi sensoriali, che fungono da tramite con la realtà esterna, e il sistema nervoso, responsabile del contatto diretto con il corpo. Il disturbo psichico nasce proprio dallo squilibrio dovuto ad una cattiva interazione di questi tre elementi organici: in tal senso si dice che la follia è concepita da Reil come qualcosa di prettamente organico, dal momento che essa corrisponde alla perdita della coesione e dell'armonia in seguito a un disturbo che colpisce una di queste tre parti organiche che permettono alla coscienza di sé di svilupparsi. In questa prospettiva, la follia è, allora, una "malattia corporea", o meglio una "irritazione corporea", che si sviluppa in modo

[377] Per l'influenza della filosofia di Schelling sulla riflessione di Reil si veda *ibidem*, pp. 48-60.

[378] Non è possibile analizzare, in questa sede, tutti le opere di argomento medico-scientifico di Reil, ma per delineare una prima breve bibliografia andrebbero considerate almeno: *Lob der Medicin* (1779); *De conaestisia* (1795), *Von der Lebenskraft* (1795); *Über die Erkenntnisse und Cur der Fieber* (1796); *Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung* (1803); *Über den Begriff der Medicin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik der Psychiaterie*, pubblicata nei *Beiträge zur Beförderung einer Kurnmethode auf psychischen Wege* (1808); *Gesammelte physiologische Schriften* (1811); *Vom der Grund der der Erscheinung der Krankheiten* (1815); *Entwurf einer allgemeinen Pathologie und Therapie I-III* (1815/1816). Cfr., a questo proposito, A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., p. 357. Inoltre, per le opere di Reil si rimanda anche a W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., pp. 61-82.

[379] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 284.

differente, a seconda delle parti organiche ogni volta colpite[380]: quando tale "irritazione" assume carattere permanente gli esiti possono essere, per esempio, le forme isteriche o il delirio, così come eventuali danni agli organi di senso possono provocare, poi, disturbi percettivi. Tale visione della malattia, per certi versi ancora rigida e circoscritta, può però generare non pochi equivoci, se non altro perché se la follia fosse realmente un disturbo fisico che si sviluppa soltanto attraverso queste tre possibili deviazioni organiche allora l'individuo sembrerebbe perdere l'unicità costitutiva che dovrebbe contraddistinguerlo tanto nella salute quanto nella malattia. In realtà, però, il singolo non si ritrova del tutto privato della propria specificità, dato che l'anima e le sue affezioni non sono da considerare come unità a sé stanti ma come elementi che in ogni individuo si aggregano e si compongono in modo diverso, tanto che la follia si manifesta in ognuno in modo differente[381].

La visione del disturbo mentale che Reil espone nelle *Rhapsodieen* presenta certamente alcuni elementi di novità e stimola il dibattito su temi che diverranno poi centrali in pieno Romanticismo: ma la modernità della sua riflessione, ciò per cui spesso si conviene ricondurre l'inizio della psichiatria clinica tedesca alla sua opera, si deve, con ogni probabilità, alla capacità di cogliere l'esigenza che la cura contempli non soltanto i metodi propri della medicina tradizionale ma anche più specifici protocolli legati ai disturbi psichici[382], considerati sì dal punto di visto corporeo, e pertanto direttamente connessi con le altre funzionalità organiche, ma anche nella loro peculiarità, dunque da trattare con strumenti e terapie più adeguati e specifici[383]. La "terapia psichica" che qui Reil individua non è altro, in definitiva, che la prima formulazione della psicoterapia, delineata nelle sue funzioni essenziali ma della quale vengono messi in luce anche i limiti più evidenti, spesso legati alle difficoltà insite nella natura stessa del disturbo psichico e alle modalità con cui esso si manifesta. Forse, come è stato spesso sottolineato, la "cura psichica" di Reil non è, in realtà, che una derivazione del "trattamento morale" ideato da John Brown (1735-1788)[384] e utilizzato anche da Pinel: l'idea, cioè, di dover porre specifica attenzione al disturbo psichico anche mettendolo in diretta relazione con la realtà sociale di riferimento, della quale talvolta è forse anche una conseguenza[385]. Reil individua e illustra, così, i mezzi e i metodi di applicazione della terapia psichica, abbozzando anche una classificazione delle malattie psichiche, che suddivide, sostanzialmente, in quattro grandi categorie comprendenti disturbi via via sempre più gravi: la malinconia e la follia parziale, dove le rappresentazioni non appaiono ancora interamente distorte, il furore e la mania, la debolezza mentale, che invece implica una distorsione totale delle rappresentazioni e

---

[380] Per approfondire l'interpretazione delle "malattie dell'anima" secondo Reil si veda anche S. Achella, *Rimanere in cammino. Karl Jaspers e la crisi della filosofia,* cit., pp. 85-86.

[381] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 284-285.

[382] A proposito della peculiarità dello psichico e della sua necessità di essere trattato con metodi specifici cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 48-49.

[383] «Reil si mostra profondamente impressionato dalla psichiatria francese, quando formula i suoi postulati secondo cui i malati di spirito devono essere considerati come pazienti, e dunque trattati di conseguenza. Egli esige che la psicoterapia debba essere presa in prestito dalla "psicologia empirica pratica". Di conseguenza, per il suo concetto di cura (conforme all'idea che corpo e anima siano il prodotto di un principio originario comune) egli parte da un modello tridimensionale e distingue un piano fisiologico-chimico (oggetto della medicina interna) da un piano meccanico (oggetto della chirurgia) e da un piano psichico (oggetto della psichiatria). Un'efficace cura delle malattie mentali gli sembra possibile soltanto tenendo conto di questi tre livelli, tanto più che questi sono comunque collegati tra loro da un sentimento comune» (W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., p. 64).

[384] Cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 50-52.

[385] «In quest'opera Reil caratterizza la malattia mentale come qualcosa che può riguardare tutti noi, e il "manicomio" come una miniatura e un'abbreviazione del mondo e della società» (A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., p. 48).

dell'immaginazione, e, infine, la follia vera e propria, segnata anche da gravi forme di astenia[386].

Non è tanto l'impegno nosologico ciò che rende in qualche modo Reil il "*deutscher Pinel*", quanto, piuttosto, il riconoscimento della peculiarità del disturbo psichico e quindi la necessità di istituire una "terapia psichica" specifica: da questo deriva, poi, anche l'esigenza di una riforma delle istituzioni manicomiali, che egli ritiene debbano provvedere sia ai soggetti ritenuti non curabili che a coloro che, invece, lo sono, tutto questo, però, non nell'ambito delle normali strutture ospedaliere. Proprio in questa sua opera così articolata e poliedrica egli fornisce suggerimenti assai utili in merito alla fondazione e alla riforma di queste strutture e alle qualità professionali richieste ai medici che devono gestirle e portarle avanti, i quali devono avere una buona formazione teorica ma devono anche saper applicare a dovere i metodi specifici[387].

La notorietà di Reil si deve anche, però, alla coniazione del termine "psichiatria", espressione che viene utilizzata per la prima volta, nella forma "*Psychiaterie*", nell'opera *Über den Begriff der Medicin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik der Psychiaterie*, pubblicata, nel 1808, nella rivista *Beyträge zur Beförderung einer Kurnmethode auf psychischen Wege*. Nelle *Rhapsodieen* si parlava ancora di "psicologia medica" e tale denominazione risulta affine, dal punto di vista semantico, a quanto ora Reil attribuisce al nuovo termine "*Psychiaterie*". Infatti, la "psichiatria" cui egli rimanda è intesa proprio come una componente della "psicologia medica", ritenuta indispensabile per qualsiasi forma di teoria psichiatrica. In tal modo Reil sfata ogni dubbio in merito agli aspetti eccessivamente filosofici della sua riflessione, definendo la psichiatria come un ambito prettamente medico, che non sarebbe possibile praticare senza la psicologia. Il ruolo della filosofia non è certo rinnegato, ma soltanto limitato al compito di garantire alla medicina un'adeguata fondazione teoretica, senza che questo possa in alcun modo influenzare lo statuto identitario della psichiatria. In realtà, poi, anche tale necessità di procedere ad una fondazione teoretica della medicina si spiega guardando alla visione unitaria che Reil aveva della stessa, per la quale ricercava, dunque, una più ampia legittimazione teorica. La psichiatria si inserisce in questo quadro olistico di derivazione ippocratica secondo cui vi è una sostanziale unità tra corpo e anima, quindi un'evidente continuità tra soma e psiche[388]. Si tratta, insomma, di una concezione ispirata ai principi basilari della psicosomatica, che muovono dall'idea di fondo secondo la quale la medicina è una scienza unitaria alla quale appartiene la stessa psichiatria, il cui ambito di indagine, dunque, non è circoscritto soltanto ai disturbi specifici ma è assai più ampio, così che essa può legittimamente servire anche come rimedio terapeutico aggiuntivo per altre patologie[389]. La modernità di Reil, al di là della terminologia coniata (il termine specifico sopra ricordato sarà poi trasformato in "*Psychiatrie*" nell'*Entwurf einer allgemeiner Therapie*, del 1816) si può dunque riassumere, schematicamente, nell'idea di una "psicologia medica" specifica e tuttavia direttamente connessa con una visione globale

[386] Per un'analisi dettagliata delle *Rhapsodieen* si veda *ibidem*, pp. 47-54.
[387] Cfr. *ibidem*, pp. 48-49.
[388] «Il concetto di "psichiatria" si basa su profonde riflessioni teoriche che egli ha fissato in questa pubblicazione di 118 pagine. Alla base delle sue riflessioni vi era il principio della continuità tra psiche e soma, così come quello dell'inseparabilità della psichiatria dalla medicina generale. Johann Christian Reil vedeva la psichiatria come una disciplina puramente medica e metteva in guardia i filosofi dal "desiderio di annessione". Egli considerava la psichiatria come una delle tre leve della medicina: "Psichiatria, farmacologia e chirurgia sono le tre leve dell'arte che il medico applica, insieme o individualmente, secondo quanto il caso richiede ogni volta"» (*ibidem*, pp. 43-44).
[389] Come è stato opportunamente sottolineato, questa più ampia considerazione della psichiatria, ora non più strettamente limitata alle patologie psichiche, si spiega perché Reil «dimostra ancora una volta, quindi, non solo l'appartenenza della psichiatria all'arte medica generale ma anche l'affinità tra la psichiatria e quella che più tardi sarà chiamata "psicosomatica". […] Reil definisce la "psichiatria" non solo come una scienza "medico-chimica" ma come un'unità inseparabile con la psicosomatica e la psicologia medica. Essa dovrebbe essere una scienza olistica, per la psiche e il soma, basata sulla biologia e sulla psicologia» (*ibidem*, pp. 45-46).

e unitaria della medicina, dotata di una fondazione filosofico-teoretica generale ma anche di una sua ben determinata connotazione scientifica; essa si fonda sulla psicologia e sulla biologia, alla luce dell'accertata continuità tra corpo e anima, e certamente diviene oggetto del lungo dibattito 'psicosomatico' dei periodi successivi, dibattito peraltro non sempre poi adeguatamente sviluppato e articolato[390].

Nonostante i presupposti teorici e argomentativi di Reil appaiano per buoni tratti convincenti, tanto che egli ancora oggi è definito il "Pinel tedesco", la sua riflessione, per quanto moderna, rimane ancora fortemente segnata dalla matrice teoretica, probabilmente perché, a differenza di Pinel, egli non ebbe mai un contatto diretto e assiduo con soggetti affetti da disturbi psichici, né poté confrontarsi con la "non-ragione" attraverso quel percorso di autoriflessione che in altri paesi aveva interessato, in modo più ampio e generalizzato, la classe media. Egli si accosta alla follia, in definitiva, ancora con lo spirito di quella prima generazione di romantici che se da una parte rimanevano ancorati alle categorie tradizionali e per certi tratti illuministiche dall'altra erano sicuramente affascinati, in modo nuovo, dalla dimensione del primordiale e dell'incontaminato. In Reil è proprio tale contatto con la natura primitiva, questa vicinanza al "selvaggio", a fargli prendere coscienza della follia[391], intesa come esito del processo di civilizzazione e di industrializzazione che sembra avere allontanato l'individuo dal proprio benessere originario. Ecco, allora, che il medico deve porsi come colui che, tenendosi ancora, per così dire, in contatto con quello stato di salute originario, deve aiutare chi lo ha per qualunque motivo smarrito a recuperarlo e a ristabilirlo. Soltanto considerando la diversa e specifica situazione storico-sociale della Germania si comprende perché Reil rimanga tutto sommato piuttosto distante da quella declinazione pragmatica della disciplina che aveva visto attivi in prima persona, invece, gli psichiatri riformatori inglesi e francesi, limitandosi di fatto soltanto ad una riflessione poco più che generica e utopica che voleva in qualche modo fungere da stimolo in direzione di un'ampia riforma sociale all'interno della quale, poi, dovevano essere modificati anche il rapporto generale con la follia e la pianificazione delle strutture destinate alla cura di tale tipo di patologie[392]. Reil elabora, certamente, un programma di riforma manicomiale, così come interviene nell'organizzazione delle istituzioni ospedaliere militari, ma, nonostante tale impegno pratico, il suo rimane per lo più un paradigma ancora sostanzialmente speculativo, nell'ambito del quale ci si preoccupa per lo più di suscitare l'intervento dello stato, in conformità ad una visione che, più in generale, intendeva ristabilire l'armonia naturale anche nell'organizzazione statale[393]. Ma, al di là di questo, si può dire, però, che egli di fatto non interviene mai direttamente in tale processo né attraverso la pratica e l'osservazione diretta né con specifiche proposte legislative[394], così che la sua visione, per quanto solida e bene argomentata dal punto di vista teorico, doveva trovare non poche difficoltà al momento di un'eventuale traduzione sul piano più strettamente pragmatico.

L'idea di fondo di Reil prevedeva la suddivisione dei malati di mente non secondo la classe sociale di appartenenza o la tipologia della loro malattia ma in base alla cura prevista e alle eventuali particolarità dei soggetti: essi dovevano essere sottoposti a un processo

---

[390] Cfr. *ibidem*, pp. 43-47.

[391] È importante sottolineare la differenza con cui in Germania matura la relazione tra alienazione, reintegrazione e "non-ragione". Se in Francia e Inghilterra essa era sostanzialmente dipesa dalla formazione della coscienza borghese, in Germania ciò non fu possibile per la mancanza, ai tempi, di una coscienza di classe così saldamente affermata. Come sottolinea Dörner, «quello che era stato motivo essenziale in occidente per il sorgere della psichiatria, l'autocoscienza riflessiva della società borghese di produrre essa stessa le proprie sofferenze, in Reil si sviluppa dal contrasto con il selvaggio, con l'uomo allo stato di natura, che si identifica ancora in ampia misura con il suo organismo corporeo e di conseguenza riesce ancora facilmente a fare la sua vita […] e dunque non soffre di malattie psichiche» (K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 282)

[392] Cfr. W. Kaiser / R. Mocek, *Johann Christian Reil*, cit., pp. 66-82.

[393] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 278-282.

[394] Cfr. *ibidem*, pp. 290-317.

rieducativo ed erano per questo estraniati dalla loro quotidianità e trasferiti presso istituzioni adeguate, gli "istituti di cura", isolati dalle città e collocati in luoghi 'paradisiaci'. Tali sedi di ricovero, infatti, dovevano essere distinte dagli "istituti di custodia" e non dovevano avere neppure le sembianze esteriori di una prigione: il loro fine era, così come in Francia e in Inghilterra, combattere l'ozio e correggere le deviazioni attraverso il lavoro. Dal punto di vista amministrativo tali istituti dovevano essere gestiti da un sovrintendente, che doveva curarne soprattutto gli aspetti economici, al quale dovevano essere affiancati, però, un medico e uno psicologo, ancora una volta a dimostrazione di come si intendesse allora la psicologia, visibilmente segnata da una forte influenza filosofica.

Il programma riformatorio di Reil presenta, indubbiamente, aspetti ancora poco chiari, per esempio le modalità d'interazione previste tra le tre figure dirigenziali ora ricordate, per formazione così diverse. In realtà, però, egli è per molti versi in linea con la tradizione inglese e francese del tempo, se non altro per la grande organizzazione e la forte efficienza amministrativa prevista per tali istituti, e forse più degli altri riconosce l'importanza che queste istituzioni possono avere anche per la formazione e per l'esercizio pratico dei medici. Ciò che colpisce, certamente, sono i metodi terapeutici proposti, non sempre benevoli, anzi piuttosto severi[395]: anche a questo proposito emerge il tratto per certi aspetti contraddittorio della figura di Reil, la discordanza, cioè, che si riscontra, nel suo percorso scientifico e professionale, tra il piano teorico e quello pratico. Infatti, pur rimanendo sostanzialmente estraneo a ogni intervento condotto in prima persona, risulta in lui certamente singolare la discordanza tra la compassione teorica mostrata per i malati, almeno nelle opere pubblicate, e i metodi terapeutici, spesso brutali e disumani, che egli stesso propone poi di applicare[396].

Tali parziali 'ombre' sulla figura di Reil lasciano, certamente, ancora alcuni nodi irrisolti ma non inficiano oltremodo il valore complessivo del suo contributo: egli, infatti, oltre a coniare il termine "psichiatria" e a renderne un primo profilo come ambito specifico della medicina, ha proposto una prima definizione clinica e scientifica del metodo psichiatrico, soprattutto dal punto di vista psicoterapeutico, e in tal senso ha avuto sicuramente un'importanza storica e teoretica che non può né deve essere ignorata, neanche al cospetto degli indiscutibili limiti di ordine pragmatico sopra ricordati[397]. La sua speculazione ha posto le premesse per una riflessione più approfondita intorno alle dinamiche patogenetiche della follia e alle sue modalità di esplicazione, segnando il passaggio da una visione prettamente materialista a convinzioni di matrice, per così dire, più romantica. È con Reil, inoltre, che si è inaugurata, in modo più esplicito, una più circostanziata riflessione sui rapporti tra l'organico e l'inorganico, sempre declinati tenendo sullo sfondo l'interazione tra corpo e mente, riflessione che avrà un ruolo centrale anche nell'ambito del dibattito successivo.

In conclusione, attraverso le figure e, soprattutto, le opere di Hoffmann, di Stahl e di Reil[398] emergono chiaramente non soltanto alcuni momenti specifici del processo di sviluppo della psichiatria ma anche il cambiamento di mentalità che caratterizzò, al suo interno, la 'svolta ottocentesca'. Essi esprimono bene tale svolta, sostanzialmente contraddistinta dall'insoddisfazione per le indagini di matrice quasi esclusivamente

---

[395] Cfr. *ibidem*, pp. 288-290.

[396] Per una descrizione di queste cosiddette "azioni tormentose", contestualizzate nell'ambito del piano di riforma di Reil, si veda *ibidem*, pp. 288-290. Per ulteriori approfondimenti sull'aspetto terapeutico della psichiatria, anche in relazione alle strutture di cura manicomiali, con particolare riferimento alla città di Halle, cfr. H. Ritter / E. Scherf, *Habe unbändig viel zu tun… Johann Christian Reil*, cit., pp. 31-114.

[397] Tra i riconoscimenti attribuiti a Reil risulta interessante anche il ricordo di Hoff, che lo descrive come colui che «non solo ha introdotto il concetto di "psichiatria" [...] ma con la sua dottrina dei "sentimenti comuni" ha anche abbozzato una base per la comprensione dei disturbi psicotici interessante anche per la visione odierna» (P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 8).

[398] Si veda anche G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 242-255.

materialista e dal progressivo accostamento ai saperi speculativi, primo fra tutti la filosofia, che da un lato sembrò potere giovare al superamento di ogni asfittica forma di riduzionismo, soprattutto salvaguardando le peculiarità dell'uomo rispetto agli altri esseri animati, mentre dall'altro fu percepita, probabilmente non sempre in modo del tutto consapevole, come lo strumento in grado di armonizzare le divergenti concezioni della medicina, garantendo una qualche unità di base e dunque una fondazione teoretica più solida, convincente e condivisa.

Ovviamente, vi furono anche tante altre personalità di rilievo il cui contributo è stato in qualche modo importante per lo sviluppo della psichiatria. Tra quelle legate alla tradizione di Halle va ricordato almeno Johann Christoph Hoffbauer (1766-1827), sostenitore delle idee kantiane, il quale collaborò con Reil alla pubblicazione di molti lavori relativi alla cura psichiatrica ma che si distinse anche per alcune ricerche autonome sulla pazzia e sulla mania. La sua impostazione scientifica, per lo più di matrice psicologica, fu assai utile allo stesso Reil, che la ricontestualizzò, adattandola ad aspetti, per così dire, più medici[399]. Molto importante, ancora, Heinrich Damerow (1798-1866), tra l'altro fondatore della società psichiatrica tedesca (*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*), ancora oggi attiva[400]. Gli esempi in tal senso potrebbero essere innumerevoli, ma qui non è possibile indugiarvi oltre.

In definitiva, la tradizione di Halle[401], qui richiamata soltanto per grandi linee, ha dato certamente un impulso significativo alla definizione scientifica della psichiatria ed è stata fucina di diverse interpretazioni e sperimentazioni che, oltre a contribuire all'evoluzione della diagnosi e della prognosi dei disturbi psichici, rappresentano anche il riflesso delle esigenze specifiche di quel periodo e di quel contesto storico, dei nuovi interessi di classe e del tormentato processo attraverso cui si sono formate, per così dire, le coscienze moderne. Un percorso *in fieri* che non si è certo esaurito con Reil e i suoi contemporanei, ma che è continuato anche nelle epoche successive, rendendo Halle e la sua clinica psichiatrica ancora oggi uno dei centri di studio più importanti e accreditati.

3.2 La "psichiatria romantica" tedesca: *Psychiker* e *Somatiker*

Il Settecento fu un secolo indubbiamente proficuo per gli sviluppi della psichiatria europea. L'Illuminismo e il pensiero razionalistico ad esso legato segnarono una svolta decisiva per la considerazione della malattia mentale, alla quale fu conferito uno statuto identitario che, seppur per molti aspetti ancora incerto, rese però possibile liberarsi dal fardello delle credenze mistiche e demoniache del passato. In questo contesto, in parte in precedenza richiamato, è apparso senza dubbio significativo il contributo della scuola francese, alla quale si deve probabilmente la nascita della psichiatria come ambito specifico della medicina. Tuttavia, come ricorda pure l'origine del termine "psichiatria", non è da ignorare neppure il contributo dato dalla tradizione tedesca. Certamente un ruolo di primo piano, in quel periodo, è stato esercitato dalla scuola di Halle: fu grazie a personalità come Stahl, Hoffmann e Reil, tra gli altri, che si posero le basi per l'indirizzo scientifico che avrebbe assunto la psichiatria ottocentesca.

Fin da queste prime analisi è emerso chiaramente come la considerazione storico-ricostruttiva della scienza psichiatrica tedesca non possa prescindere dal panorama filosofico e culturale complessivo che caratterizzò la Germania di quel periodo, teatro delle

[399] Cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 29-30.

[400] Per approfondire la figura di Damerow si veda *ibidem*, pp. 62-66; e anche K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 376-389.

[401] Per quanto riguarda la tradizione di Halle in tal senso, con riferimenti anche all'epoca moderna e contemporanea, si veda A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 57-353.

prime prospettive di ricerca empirico-naturalistiche ma anche fortemente ancorata ad una vigorosa componente, per così dire, spirituale e filosofica. Da una parte, infatti, il Settecento si presenta come il secolo dell'Illuminismo, che, come suggerisce lo stesso termine tedesco (*Aufklärung*), indica il risveglio della ragione come strumento capace di liberare dalle tenebre oscurantiste tramite la chiarificazione delle coscienze perseguita in chiave fortemente razionalista; dall'altra, però, le condizioni storiche e politiche che videro l'Europa teatro di continui e sanguinosi conflitti posero le basi, alla fine del Settecento, per lo sviluppo di una corrente che all'esasperato razionalismo contrappose tendenze spirituali ulteriori. Fu così che venne manifestandosi e radicandosi il Romanticismo, il quale, pur non rappresentando inizialmente la cultura ufficiale del tempo, divenne via via la corrente di pensiero predominante nell'età della Restaurazione e finì per caratterizzare in modo ampio e significativo la prima parte dell'Ottocento. A questo proposito, non sembra superfluo sottolineare che tra i primi esponenti del Romanticismo, se così si può dire, vi furono proprio insigni tedeschi, basti pensare, tra i tanti, ai filosofi Hamann ed Herder o ai poeti Goethe e Schiller: non si tratta di un dato secondario, in questo contesto, dal momento che lo scenario romantico ha certamente accompagnato, tra l'altro, la genesi della corrente filosofica idealistica che poi molto ebbe a influire, come si è detto, sullo sviluppo della psichiatria. L'idealismo, con particolare riferimento alla filosofia della natura di Schelling e alle strutture del ragionamento e del linguaggio dialettico hegeliano, forgiarono, infatti, la psichiatria tedesca di quegli anni, modificandone in qualche modo anche l'atteggiamento rispetto ai progressi nel frattempo registrati dalle scienze della natura.

Risulta necessario, quindi, considerare le varie influenze culturali del tempo e, anche, il sovrapporsi, in certe circostanze, di diverse correnti di pensiero: in questo senso appare certamente discutibile e per molti versi riduttivo ricondurre in modo troppo netto la psichiatria a una matrice culturale specifica piuttosto che a un'altra, per esempio parlare di "psichiatria dell'Illuminismo" o di "psichiatria romantica". Nelle valutazioni della storiografia tedesca contemporanea, infatti, tali attribuzioni, così radicali e riferite non soltanto alla psichiatria ma anche alla medicina in generale, sono ritenute in qualche modo fuorvianti[402]. Più che una categorizzazione, per così dire, netta ed eccessivamente schematica, è utile mantenere una certa apertura verso le diverse possibili suggestioni del periodo, così da coglierne le reciproche interazioni e da evitare ogni linea interpretativa concentrata solamente sui contrasti tra le diverse posizioni[403]. Va detto, inoltre, che il vero e proprio interesse per la psichiatria ha un'origine per certi versi successiva, dato che in un primo momento a svilupparsi fu più un certo "senso romantico della vita" che una vera e propria attenzione per la disciplina medico-psichiatrica. L'accostamento all'aspetto psichiatrico si deve, in questo periodo, anche al fascino che cominciano ad esercitare l'oscuro e l'ignoto, un dato certamente centrale per la concezione della malattia mentale del tempo e, soprattutto, facilmente riscontrabile attraverso le esperienze vissute dai malati. Tutti questi elementi suggeriscono, quindi, che l'espressione "psichiatria romantica" debba essere in una qualche misura limitata, fondamentalmente, ad una duplice funzione: da una parte vengono ora chiariti i concetti cardine della psichiatria del periodo, per esempio il significato specifico dell'individuo, ora divenuto il fulcro della ricerca e della cura, al di là del ricorso primario o addirittura esclusivo, di matrice illuministico-razionalistica, a teorie generali e a presupposte "leggi di natura"; dall'altra le osservazioni dei diversi psichiatri,

[402] «La denominazione "medicina dell'Illuminismo" è fuorviante quanto quella di "medicina romantica"» (H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 52).

[403] In tal senso Schott e Tölle criticano la posizione di Ackerknecht secondo la quale il Romanticismo costituiva lo scenario dominante della medicina del tempo, compresa la psichiatria: «Se Ackerknecht […] sostiene che nei primi decenni del diciannovesimo secolo "l'intera medicina tedesca sia stata dominata dal Romanticismo" allora questo vale naturalmente, secondo la sua concezione, anche per la psichiatria. Quanto sia erronea tale caratterizzazione sarà mostrato più avanti» (H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 52). Cfr., per questo, anche E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 10.

piuttosto che essere semplicemente contrapposte, vengono ora guardate in un'ottica comparativa in grado di coglierne, in modo certo più critico e costruttivo, analogie e differenze, evitando così che le polarizzazioni teoriche possano trasformarsi in sterili antitesi[404].

Da quest'ultimo punto di vista va ricordato che la psichiatria tedesca di epoca romantica sembra essere particolarmente avvezza alla polemica, come per esempio dimostra la celebre contrapposizione tra i sostenitori dell'approccio prevalentemente somatico, cioè focalizzato sul corpo, e coloro che invece mettevano al centro la considerazione dell'anima, in un'accezione ancora problematica e tutto sommato per buona parte da definire. Una contrapposizione che ancora oggi fa discutere, se non altro perché se da una parte sembra singolare la compresenza, nel medesimo ambito scientifico-culturale, di due modi di vedere apparentemente così eterogenei, dall'altra appaiono comunque evidenti alcune analogie di fondo che dimostrano l'appartenenza al medesimo contesto culturale e finiscono per mettere in dubbio ogni contrapposizione troppo radicale. L'inclinazione "somatica", protesa verso un'interpretazione empirica e corporea dei disturbi psichici, sembra, almeno in apparenza, l'esito più naturale di quell'esigenza, portata avanti soprattutto in Francia ma anche per opera di alcuni studiosi tedeschi, di guardare ad una psichiatria scientifica, cioè fedele al metodo sperimentale fondamentalmente basato sull'osservazione diretta. L'inclinazione "psichica", invece, appare più vicina ai nuclei concettuali dell'idealismo, soprattutto per ciò che riguarda la percezione dell'io e la centralità del concetto di anima, ritenuta immateriale e immortale. Queste e altre valutazioni, sempre quanto mai problematiche e discutibili, sono espressione dell'acceso dibattito che vide protagonisti i cosiddetti "*Psychiker*"[405], i quali, relativamente ai problemi mentali, guardavano soprattutto ai disturbi dell'anima, senza particolare attenzione per la componente corporea, che invece costituiva il fulcro dell'interesse dei loro oppositori, per l'appunto i cosiddetti "*Somatiker*"[406]. Questi due orientamenti caratterizzarono fortemente lo scenario della psichiatria del tempo[407], in un arco cronologico che convenzionalmente viene individuato tra il 1805 e il 1845[408]: proprio tale contrapposizione, che è utile di seguito approfondire, da una parte costituisce, per così dire, lo specchio di un periodo in cui la psichiatria, soprattutto dal punto di vista metodologico, non ha ancora assunto una propria definita specificità, mentre dall'altra rivela la più autentica essenza dello spirito romantico. Indubbio è, infatti, l'apporto che tali poli contrapposti, per quanto discutibili e soggetti a interpretazioni diverse, hanno reso agli sviluppi scientifici successivi, dato che questi primi interessi, seppure segnati da differenze (anche ideologiche) fondamentali, hanno posto le basi per le successive ricerche, anche quelle prevalentemente orientate in senso somatico che, seppur brevemente, avrò modo di richiamare più avanti[409].

---

[404] Cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 7.

[405] La definizione di "psichici" si deve probabilmente al tentativo di non assimilare questi ricercatori e clinici agli "psicologi", dato che ciò che loro definivano "psicologico" non era da intendersi nel senso attuale dell'espressione ma soltanto in riferimento all'ambito morale (cfr. *ibidem*, p. 110).

[406] Per approfondire la distinzione tra *Psychiker* e *Somatiker* cfr. *ibidem*, pp. 110-115.

[407] Non esiste, a dire di Schott e Tölle, un resoconto di storia della psichiatria in cui non sia presente la dicotomia tra "psichici" e "somatici", peraltro spesso semplificata rispetto alla complessità dei fatti storici: «Nella storiografia psichiatrica la coppia contrapposta "psichici" e "somatici" è introdotta in modo assolutamente saldo. Difficilmente si trova una rappresentazione storica della psichiatria che arriva all'inizio del diciannovesimo secolo e non ricorre a questi concetti» (H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 53). Per approfondire tale rilevata dicotomia cfr. *ibidem*, pp. 53-56.

[408] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 354. Per quanto riguarda la situazione storico-culturale della Germania, con particolare riferimento agli sviluppi della psichiatria e alla condizione delle strutture manicomiali, cfr. *ibidem*, pp. 347-357.

[409] Per il ruolo in qualche modo pioneristico della "psichiatria romantica" cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 8.

Ma, al di là del contributo specifico che queste prime discussioni diedero all'evoluzione della scienza psichiatrica, esse devono essere colte in relazione al contesto generale entro il quale si svilupparono, con particolare attenzione al pensiero filosofico, che in Germania assunse un ruolo di primo piano probabilmente influenzando le riflessioni sulla psichiatria in modo assai più forte e incisivo rispetto a quanto avvenne in altri paesi. In particolare, se ai tempi di Reil era spesso prevalsa una riflessione più orientata alla filosofia della natura, nel dibattito tra *Psychiker* e *Somatiker* il presupposto filosofico è da individuare soprattutto nell'idealismo. In realtà, con più specifico riferimento agli influssi sulle coeve riflessioni psichiatriche, resta ancora per certi versi controversa ogni eventuale troppo netta distinzione tra l'idealismo e la cosiddetta filosofia della natura, se non altro perché rimane certamente in primo piano l'influenza esercitata dal pensiero di Schelling, che si è certamente mosso su entrambi questi piani. Se nelle opere di Reil emergeva una prima evidente influenza da parte delle categorie schellinghiane, soprattutto per quanto riguardava la riflessione sulla natura, progressivamente il discorso doveva assumere toni sempre più idealistici, concentrandosi soprattutto sul concetto di anima.

Le radici dell'accezione problematica del concetto di *Geisteskrankheit* sono in qualche modo da ricercare proprio nel pensiero di Schelling, in particolare nella complessità dei rapporti che egli rinviene tra l'uomo e il mondo, nell'unità che, secondo la sua concezione, lo spirito deve raggiungere tanto nella sua dimensione interiore quanto rispetto alla totalità: si tratta, come è noto, di ciò che egli definisce, in altri termini, come "Assoluto". In questo senso l'apporto di Schelling è quanto meno duplice, vale a dire sia storico-sociale che scientifico: innanzi tutto, egli non condivide la prospettiva meccanicistica, allora ancora spesso acriticamente accettata, ed elabora una concezione della vita, per così dire, 'romantica', in evidente contrasto anche rispetto a diverse tendenze culturali del tempo, in opposizione, cioè, a quella mentalità borghese per lui troppo spesso simbolo di disfacimento. L'idea di decadenza, di una vera e propria 'malattia spirituale', sorge, infatti, dall'analisi dei suoi tempi, dei quali egli denuncia la mentalità spesso esclusivamente utilitaristica e soprattutto 'scissa', cioè contraria ad ogni armonia dell'individuo con se stesso e con il mondo circostante. In questo quadro generale si colloca, poi, la riflessione prettamente filosofica, sempre legata ad un'attenta considerazione delle dinamiche storiche. Infatti, probabilmente è proprio muovendo dall'osservazione del borghese del tempo in Germania, vale a dire lì dove la coscienza della classe media si era affermata relativamente tardi rispetto ai primi sviluppi industriali europei, che Schelling procede ad elaborare il proprio sistema filosofico, dove il soggetto assume un ruolo centrale, non più, però, nell'ambito di una visione prettamente soggettivistica come quella fichtiana, quanto, invece, nel suo ineludibile riferimento oggettivo, cioè nella relazione fondamentale con la totalità. Del resto, l'idea di Schelling è quella di un soggetto fondamentalmente smarrito che deve riprendere il controllo delle proprie forze interiori senza lasciarsi sovrastare passivamente dalle influenze esterne: in questo senso il soggetto, 'decaduto' da quando si è in qualche modo distaccato dall'Assoluto, deve ritrovare la propria identità e riaffermare la propria libertà ristabilendo un equilibrio armonico con la totalità. Ritrovatosi in questo *status* di corruzione nel quale prevalgono l'esteriorità e le relazioni fittizie, l'uomo possiede, dunque, uno spirito malato sul quale deve cominciare ad agire, al fine di ripristinare l'originario stato di salute.

Particolare rilevanza assume, quindi, tale riappropriazione dell'interiorità, cosa che può avvenire grazie alla forza dello spirito inteso in tutte le sue forme, che per Schelling sono fondamentalmente tre: *Gemüt*, *Geist* e *Seele*, vale a dire la psiche, lo spirito in senso stretto e l'anima. Tale classificazione pare rilevante sia per lo sviluppo della terminologia legata ai disturbi psichiatrici che per individuare le radici della concezione dell'anima prettamente romantica. Per *Gemüt* Schelling intende la parte inconscia dello spirito, che si manifesta, fondamentalmente, attraverso i sentimenti legati alla nostalgia e al desiderio: ad essa si ricollega la *Gemütskrankheit*, cioè una forma di disturbo dovuta alla percezione di sé, cioè al rapporto che il singolo ha con se stesso. Poi vi è il *Geist* in senso stretto, al quale

Schelling riconduce la *Geisteskrankheit*, intesa come disturbo del rapporto del soggetto con la realtà circostante, e che riguarda la dimensione interiore dell'individuo nelle sue forme, per così dire, strutturali, dove, in una sorta di scala gerarchica, si possono riconoscere l'ostinazione, la volontà e l'intelletto. Allo spirito Schelling attribuisce notevole importanza, dal momento che lo collega direttamente alla dimensione della coscienza individuale e gli attribuisce, rispetto al corpo, evidente priorità: tuttavia, questa parte dell'interiorità dell'uomo è ancora fragile e fortemente soggetta alla malattia. Ciò che invece sfugge alla decadenza e non può, appunto, né disfarsi né ammalarsi è l'anima, la *Seele*, intesa come la presenza divina nell'uomo e per questo essenza di prim'ordine, non soggetta ad alcun tipo di corruzione[410]. Questa concezione dell'anima come, si potrebbe dire, perfezione nell'imperfezione è il presupposto concettuale che serve a comprendere la "psichiatria romantica": l'anima, nel suo nucleo più intimo e profondo, diventa la parte più profonda dell'individuo, l'essenza della persona, ciò che si sottrae alla corruzione e al decadimento, quindi alla malattia. Ciò costituisce il presupposto comune degli *Psichiker* e dei *Somatiker*, i quali, seppur in termini diversi, riconoscono comunque l'esistenza di questa parte profonda dell'anima e la intendono come l'essenza della persona, la sua dimensione inviolabile e incorruttibile[411]. Chiaramente, poi, la concezione della malattia assume nell'ambito di ogni riflessione più specifica sfumature differenti, tuttavia è indubbio che l'idea di Schelling eserciti un'influenza piuttosto generalizzata: egli è convinto, in buona sostanza, che lo stato di salute si verifichi quando vi è una stretta e mai interrotta connessione tra l'anima e le parti più intime della psiche; quando tale equilibrio viene meno subentra, invece, uno *status* di corruzione e di decadimento e quindi la malattia, che può poi svilupparsi in svariate forme, più o meno serie. In particolare, Schelling distingue, a grandi linee, tre forme in qualche modo patologiche: la "malattia psichica", dovuta alla prevalenza e al dominio della nostalgia sulla componente sentimentale, la "demenza", che può anche non essere dannosa, nella misura in cui corrisponde ad una perdita dell'intelletto e a una prevalente tendenza al piacere, e infine la "follia" vera e propria, che implica l'interruzione del legame tra l'anima e la psiche, vale a dire ciò che per Schelling è la "caduta", di cui la società del tempo è massima espressione[412]. Ad ammalarsi non è, pertanto, l'anima in sé, quanto la sua relazione con il mondo, nel caso delle *Geisteskrankheiten*, o la percezione che l'individuo ha di se stesso, se si tratta di *Gemütskrankheiten*[413].

La psichiatria di questo periodo[414], però, al di là di questo riferimento in qualche modo inevitabilmente generale, è stata oggetto di fraintendimenti in una duplice prospettiva: da una parte vi è stato il tentativo di assimilare l'impostazione somatica di epoca romantica a quella successiva, mentre dall'altra si è assistito ad una qualche svalutazione del nucleo concettuale complessivo della medicina romantica, come si evince, per esempio, dalle riflessioni di uno dei clinici forse più influenti dell'epoca immediatamente successiva, vale a dire Emil Kraepelin (del quale dirò più avanti), il quale ha spesso evidenziato la debolezza della medicina romantica individuandovi una decisiva lacuna metodologica, cioè la mancanza di significativi contatti, e dunque di analisi dirette, con i pazienti[415]. In realtà,

[410] Per quanto riguarda la riflessione di Schelling riguardo la dimensione interiore dell'individuo e la concezione dello spirito cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 324-326.
[411] Cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz, Kohlhammer, 1983, pp. 20-24.
[412] Per ciò che concerne la concezione della malattia elaborata da Schelling cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 326-327.
[413] Per un quadro più analitico del pensiero di Schelling e, in particolare, della sua influenza sulla riflessione psichiatrica, anche alla luce di più precisi riferimenti bibliografici che in questa sede non possono essere richiamati, si veda *ibidem*, pp. 319- 337.
[414] Si veda, per questo, anche G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 382-385.
[415] Come sottolineano Schott e Tölle, la "medicina romantica" è stata considerata una peculiarità soprattutto tedesca, dovuta all'influsso dell'idealismo e, in particolare, della filosofia della natura di Schelling. Per molto tempo essa è stata definita "antiprogressista" e di ostacolo per lo sviluppo della medicina scientifica, in quanto

però, per quanto si possa porre in dubbio l'effettiva validità della categoria di "psichiatria romantica", è altrettanto riduttivo disconoscere le peculiarità delle riflessioni in tal senso maturate in questo periodo, riflessioni che non devono essere però scardinate e avulse dalla cornice di riferimento né devono essere strumentalmente adattate agli sviluppi successivi. Gli psichiatri tedeschi conoscevano, almeno in parte, le ricerche della scuola francese e l'aver preferito un approccio più filosofico sembra essere stata una scelta ponderata, probabilmente da ricondurre al forte influsso esercitato dalla visione idealistica, dove risultava sicuramente decisiva la basilare convinzione dell'esistenza di un'anima immateriale e sostanzialmente intangibile, dunque non soggetta alla malattia. L'orientamento degli *Psychiker* è stato spesso considerato come l'espressione più diretta, in ambito medico, dell'influsso romantico del tempo[416], in quanto lì convergevano motivi filosofici, religiosi ed etici molto forti; tuttavia, anche i *Somatiker* mostrano chiari tratti romantici, forse volutamente oscurati dall'inclinazione somatologica successiva, che ha ricercato le proprie radici in un orientamento che in realtà aveva presupposti e sviluppi assai diversi.

Lo stesso Jaspers, per esempio nella *Allgemeine Psychopathologie*, riporta una distinzione abbastanza definita tra gli "psichici" e i "somatici", proponendo poi una rilettura storica della psichiatria in cui ad emergere è la compresenza dell'impostazione "somatica" e di quella "psicologica"[417], le cui radici, così come gli inevitabili aspetti dogmatici, sono da rinvenire proprio nella tradizione romantica. Una considerazione, però, che potrebbe risultare in parte fuorviante, perché quanto meno dubbia appare non solo l'assimilazione dei *Somatiker* alla corrente somatologica successiva ma anche l'interpretazione in chiave essenzialmente psicologica degli *Psychiker*, la cui stessa denominazione vuole proprio sottolineare, invece, la presa di distanza da una visione strettamente psicologica. I nuclei concettuali dei *Somatiker* e degli *Psychiker* appaiono distanti tanto dalle valutazioni biologico-somatiche dell'epoca posteriore quanto dalle

"trasfigurazione mistica" e "distorsione speculativa della realtà": «Ancora nella seconda metà del ventesimo secolo era consueto qualificare la "medicina romantica" come un episodio reazionario della storia della medicina. Viene dato rilievo a tre obiezioni: 1) La medicina romantica sarebbe uno sviluppo particolare, specificamente tedesco, avutosi sotto l'influsso dell'idealismo tedesco, in modo particolare della filosofia della natura di Schelling; 2) essa sarebbe segnata da una trasfigurazione mistica, da una distorsione speculativa della realtà; 3) essa sarebbe un vicolo cieco per la medicina scientifica e ne ha bloccato il progresso […]» (H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 52). Tuttavia, secondo Schott e Tölle una tale valutazione trascura l'eterogeneità concettuale della medicina ottocentesca e gli approcci talvolta estremamente fruttuosi della ricerca naturale ispirata alla filosofia naturale romantica. Infatti, non è da ignorare l'interazione tra medicina e filosofia, dato che tra l'altro sono stati proprio alcuni concetti medico-scientifici ad influenzare il pensiero di filosofi come Schelling o Hegel (a tal proposito cfr. *ibidem*, p. 52): «Una tale valutazione trascura i concetti di medicina assolutamente eterogenei del 1800 allo stesso modo come i principi in parte oltremodo fecondi della ricerca naturale ispirati dalla filosofia della natura romantica. Del resto, proprio i concetti medici e scientifico-naturali hanno influenzato il pensiero di filosofi (della natura) come Schelling o Hegel, così che noi dobbiamo muovere dall'interazione tra medicina e filosofia. La costruzione di una "psichiatria romantica" sembra parimenti incerta anche dalla prospettiva odierna. Una tale denominazione suggerisce un concetto (paradigma) predominante che tuttavia non corrisponde ai dati di fatto storici».

[416] Interessante la considerazione di Ackerknecht che vede gli *Psychiker* come «la più pura espressione della psichiatria romantica» perché «guardavano alle malattie mentali come a malattie pure di un'anima senza corpo» (E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 111): questa considerazione risulta, però, piuttosto controversa, perché, come hanno sottolineato Schott e Tölle, rappresenta in qualche modo un *cliché* e porta a generalizzazioni e a categorizzazioni non sempre corrispondenti alla complessità dei fatti considerati (Cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 53-54).

[417] Considerevole è il contributo scientifico, ed anche storiografico, offerto da Jaspers non solo nel ricostruire lo sviluppo dei più influenti indirizzi psichiatrici susseguitisi nel corso del tempo ma anche nel ridare voce, proprio attraverso la sua *Psicopatologia*, a quel punto di vista psicologico allora ancora assai oscurato dalle tendenze biologico-organiciste. Dopo anni in cui era prevalsa soltanto la componente, per così dire, 'somatica' e il punto di vista 'psichico' era stato di conseguenza oscurato, il metodo psicopatologico, infatti, rappresenta, pur con sostanziali differenze, lo sviluppo di tale tendenza più 'psichica' che si contrappone all'indirizzo strettamente somatico-biologico (*ibidem*, pp. 55-56).

istanze di matrice più strettamente psicologica. Non è da escludere, pertanto, che anche Jaspers non avesse del tutto chiara questa distinzione, se non altro perché oscurata dalle revisioni e dalle manipolazioni delle correnti e degli interpreti successivi, che sicuramente hanno gettato non poche ombre sulle peculiarità romantiche di tali indirizzi di ricerca. Nella *Allgemeine Psychopathologie* egli descrive questi due approcci distinguendoli con evidente fermezza: «Un altro contrasto si estende in forme varie attraverso tutta la storia della psichiatria. Da una parte il modo di considerare puramente medico, impostato completamente sull'osservazione del corpo, dall'altro un'impostazione prevalentemente psicologica. Entrambi gli indirizzi cento anni fa erano ancora pieni di costruzioni dogmatiche. Il modo di vedere strettamente medico costruiva mitologie sulla dipendenza dei fenomeni psichici da immaginari processi somatici; il punto di vista psicologico era pieno di considerazioni filosofico-moralizzanti. Entrambe le tendenze, nel loro sviluppo, hanno eliminato progressivamente tutte le sovrastrutture costruttive e filosofiche, e come la corrente descrittiva e quella analitica, attualmente anche le impostazioni somaticiste e psicologiche stanno l'una accanto all'altra con diritti uguali»[418]. È chiaro che egli, riferendosi alle "costruzioni dogmatiche" di "indirizzi di cento anni fa", rimandi proprio alle diverse tendenze di epoca romantica, per cui esprime una certa criticità tanto in ordine ai ragionamenti più strettamente somaticisti, nei quali riscontra una qualche "mitologia" per quanto concerne le relazioni psichico-somatiche, quanto rispetto alle riflessioni di carattere più psicologico, nelle quali scorge evidenti "costruzioni filosofico-moralizzanti". Tali considerazioni sono ribadite nelle successive edizioni della *Psicopatologia*, il che attesta la convinzione dell'autore, anche a distanza di anni, relativamente a questa interpretazione. Un'interpretazione, però, per certi versi discutibile, perché sembra sottovalutare il profondo legame tra la psichiatria di quegli anni e il clima culturale di riferimento, non distinguendo adeguatamente gli studi di epoca romantica dalle successive evoluzioni, con le quali sembra apparentemente emergere una qualche analogia[419]. Nonostante la problematicità di tale interpretazione jaspersiana, non si può non apprezzare, però, il ritratto analitico che egli traccia dei principali *Psychiker* e *Somatiker*, dei quali rivela di possedere una conoscenza molto accurata. Per questa ragione è proprio attraverso le parole di Jaspers che intendo presentare i profili delle personalità più importanti delle due correnti, al fine di delinearne poi in modo più approfondito alcuni aspetti: «Completamente affascinato dai legami filosofico-metafisici e teologici è Heinroth con le sue teorie dei disturbi mentali come conseguenze del "peccato". Ideler "comprese" psicologicamente troppe cose della pazzia e spesso in modo banale; considerò la maggior parte dei disturbi nervosi come "proliferazioni di passioni" e a quelli contrappose una piccola parte di disturbi provocati dal corpo. Spielmann tentò, sulla base della psicologia di Herbart, una analisi psicologica delle anomalie psichiche. Già con lui gli elementi costruttivi cominciano a recedere. Uno psicologo fine e critico fu infine Hagen, che si interessò con successo a singoli problemi per cui alcuni dei suoi lavori divennero fondamentali. Passiamo sopra al modo di considerazione somatico, che voleva p. es.

[418] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 900-901. Cito qui dalla già ricordata traduzione italiana della settima edizione, ma il passo è già presente, nella medesima forma, anche nella prima edizione tedesca (cit., p. 330).

[419] Cfr. M. Bormuth, *Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse*, Stuttgart, Frommann-Holzboog, 2017, pp. 32-33, dove viene specificato: «Ma Jaspers valuta la posizione dei cosiddetti "psichici" sintetizzando che i loro "legami filosofico-metafisici e teologici" li avrebbero condotti a costruzioni dogmatiche, come la "dottrina dei disturbi dello spirito come conseguenza del peccato" di Heinroth o la concezione di Ideler secondo la quale essi riportano a "passioni esuberanti". Allo stesso modo Jaspers restringe la sua definizione dei "somatici" all'aspetto eziologico, che egli trova rappresentato in modo particolare dall'opinione di Jacobi, secondo il quale il "processo cerebrale sensorialmente percepibile" sarebbe il momento "essenziale" delle malattie psichiatriche, da cui alla fine derivavano tutti i sintomi. Jaspers traccia una linea che va dai somatici fino alla "costruzione fantastica" di un Theodor Meynert o alle "teorie costruttive" - considerate peggiorative - di Carl Wernicke. La sua critica non ha come obiettivo la supposizione di una causa alla fine prodotta in modo somatico ma l'apparente certezza della correlazione somatopsichica».

spiegare la melancolia con disturbi dei gangli viscerali. Il primo psichiatra che con spirito critico e in modo significativo fece del corpo l'oggetto principale del suo interesse fu Jacobi. Secondo il suo punto di vista il processo cerebrale percepibile con i sensi – processo che è presupposto in tutti i casi – è l'elemento "essenziale" delle malattie mentali e tutti i processi psichici, tutte le forme di pazzia, tutti i tipi di personalità, ecc. sono semplicemente "sintomi"; secondo questo punto di vista non esiste uno stato patologico autonomo della pazzia, esistono solo malattie cerebrali, e conosciamo le malattie mentali solo in quanto sono riconosciute come sintomi di malattie cerebrali. Dato che Jacobi conosceva molto poco il cervello, indirizzò prevalentemente le sue osservazioni su tutte le altre funzioni del corpo, alle quali egli attribuì una straordinaria, certo troppo grande, importanza per la pazzia. Il punto di vista somatico fu in seguito sostenuto con insistenza da Meynert. Questo studioso arricchì le nostre conoscenze reali sulla struttura del cervello, ma creò su queste una costruzione fantastica di concatenazioni dei sintomi psicologici con distruzioni di fibre, iperemia dei vasi cerebrali, ecc. Sulle stesse vie muovono le teorie costruttive di Wernicke, con le quali soffoca le sue eccellenti analisi psicologiche. Ai nostri giorni è diventato sempre più evidente che l'esplorazione del cervello va per la sua via puramente empirica, dalla quale sono respinte tutte queste costruzioni. La questione dei rapporti di alterazioni cerebrali conosciute con alterazioni psichiche altrettanto conosciute (la teoria delle localizzazioni) è studiata ora in pochi campi, nei quali può essere posta con una certa ragione, ma non è stata mai più considerata come base della psicopatologia scientifica»[420]. Come sottolinea Jaspers, gli *Psychiker* sono coloro che, "affascinati dai legami filosofici-metafisici", si differenziano per le cause che attribuiscono alle malattie, intese quali affezioni dell'anima. Si distinguono, a questo proposito, coloro che rinvengono la radice eziologica di tali disturbi in motivazioni di ordine etico-religioso e quelli che, invece, ricorrono maggiormente a spiegazioni di natura più strettamente psicologica[421]. La prevalenza dell'elemento religioso, di quel "legame teologico" al quale si riferisce Jaspers, emerge quando si attribuisce particolare importanza al peccato come causa delle malattie mentali. Questa è, per esempio, la prospettiva sostenuta da J. Heinroth (1773-1843)[422], che vedeva la malattia mentale come affezione dell'anima, nel senso di una mancata realizzazione della libertà spirituale. La "non-libertà" spirituale era, poi, una forma di peccato, punita da dio con la privazione della volontà personale. La perdita della volizione non era da considerarsi, allora, come un'affezione, per così dire, casuale, ma come il risultato delle proprie azioni, per cui il malato da vittima diveniva in qualche modo artefice e responsabile della propria sorte[423]. Nell'ambito di tale consapevolezza emergeva, dunque, un altro elemento prettamente romantico e fortemente sottolineato dagli psichiatri di questo

[420] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 901. Cito qui dalla già ricordata traduzione italiana della settima edizione, ma il passo è già presente, nella medesima forma, anche nella prima edizione tedesca (cit., pp. 330-331).

[421] È necessario considerare che la psichiatria dei cosiddetti "psichici" può presentare talvolta alcuni connotati, per così dire, di regressione, come testimoniano le credenze di medici quali J. Kerner (1786-1862) e K.K. Eschenmeyer (1768-1852), ancora molto vicini a concezioni demoniache e inclini a pratiche terapeutiche esorcistiche (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 112). Per Eschenmeyer, specie in riferimento a Schelling e all'influenza che esercitò sul pensiero successivo, per esempio su Griesinger, cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 23-24.

[422] Per approfondire vita e opere di Heinroth rimando a: P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 7-8; K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 337-347; E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 111-112. Inoltre, con particolare riferimento alla concezione della malinconia elaborata da Heinroth, cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 24-35.

[423] Alcune considerazioni di Heinroth dove è centrale l'attenzione per l'individuo anticipano in una certa misura taluni contenuti della psicoanalisi (per esempio il riferimento alla coscienza) e sembrano anche avallare la prospettiva 'forense' secondo cui anche se non si è consapevoli delle proprie azioni si è comunque responsabili delle stesse, dato che in fondo già lo stesso stato psicotico è dovuto alla cattiva condotta del soggetto (cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 7).

periodo, vale a dire la responsabilità personale rispetto alla propria vita e quindi anche alle malattie mentali, esito di un comportamento sconveniente e di uno stile di vita inadeguato.

Ma, al di là delle concezioni specifiche, Heinroth è considerato una figura sicuramente importante per la storia della psichiatria, non solo per il dibattito nel quale venne coinvolto ma anche dal punto di vista accademico, dato che fu il primo a ricoprire, a Lipsia, una cattedra non più di "Medicina psichica" ma di "Psichiatria". In tale città egli si formò come medico, ripercorrendo anche la tradizione familiare, dato che il padre era un chirurgo: ma Heinroth non fu soltanto un medico, come testimoniano, tra l'altro, le sue esperienze all'estero, lo studio della teologia ad Erlangen e l'insegnamento di Antropologia che inizialmente ottenne. Tutte esperienze, queste, che influirono certamente sulla formazione delle sue convinzioni, che, infatti, oltre che strettamente mediche e psichiatriche, furono anche morali e antropologiche. Il testo che lo rese celebre, il *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*, del 1818[424], costituisce l'espressione probabilmente più chiara di una visione psichiatrica nella quale spiccano elementi antropologici, teologici e filosofici: tale, per così dire, poliedrico sforzo intellettuale rappresenta certamente un grande risultato tedesco, possibile non soltanto grazie all'importante influsso filosofico subìto (qui emergono, infatti, evidenti elementi derivati dalla filosofia kantiana e da quella idealistica) ma anche in virtù dell'esperienza esistenziale e professionale di Heinroth, il quale aveva lavorato presso il S. Georgen di Lipsia, una struttura rieducativa dove poté entrare a diretto contatto con i malati mentali e dunque con la follia. Lavorare in una struttura manicomiale, o meglio in una sorta di vera e propria "galera", fu certo determinante per la maturazione della sua riflessione, dal momento che egli si trovò lì al cospetto della cosiddetta "non-ragione segregata", in un periodo in cui certi retaggi tipici del passato e dei regimi autoritari dovevano oramai essere superati: Heinroth operò, in questo senso, in una fase storico-culturale in cui era necessario reintegrare la "non-ragione" all'interno della società borghese, come del resto era già avvenuto in altri paesi.

La Germania viveva a quel tempo, dal punto di vista della scienza psichiatrica, un forte squilibrio tra l'aspetto teorico e quello pratico ed Heinroth fu certamente il pioniere di una visione rinnovata che, seppure ancora con forti limiti, cominciava ad assumere una fisionomia anche pragmatica. Egli non soltanto rese possibile un più adeguato riconoscimento accademico della psichiatria ma sviluppò anche un'importante riflessione sull'aspetto sociale della follia, insistendo sulle responsabilità collettive delle organizzazioni sociali del tempo. Era convinto, in definitiva, che non vi fosse una rigida cesura tra la salute e la malattia, dal momento che tanto l'individuo quanto l'umanità intera sono fondamentalmente riconducibili alla coscienza, che si sviluppa in un sistema gerarchico nel quale si distinguono, in ordine crescente, la "coscienza del mondo", la "coscienza di sé" e la "coscienza morale": quest'ultima è la forma più alta, la ragione e la via verso dio, la dispensatrice di quella "attività vitale" che garantisce all'individuo integrità e salute, permettendogli di vivere in armonia con se stesso e con la realtà

[424] Per la struttura di quest'opera e i suoi contenuti principali si veda M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 26-27. Interessante è la suddivisione, individuata dalla critica, in una parte più teoretica e scientifica e in un'altra più pratica dedicata alla cura: qui, in particolare, viene rilevata l'esistenza di metodi piuttosto drastici, ma si coglie anche il significativo sviluppo dei "*Curmethoden*", che per certi versi sembrano anticipare la psicoterapia. Lo scopo di Heinroth è indagare il "Wesen der Seelenstörungen", cioè descrivere e differenziare le malattie dell'anima, focalizzandosi in modo particolare sull'essenza delle stesse. Anche la scelta della terminologia è significativa: già all'inizio dell'opera egli riprende il concetto di "*Seelenlebens*" nella sua dimensione di salute/malattia e sceglie l'accezione "*Seelenstörung*" proprio per focalizzare l'attenzione sul concetto di disturbo dell'anima, piuttosto che su quello di malattia. Si tratta, ovviamente, di una scelta dettata anche dalla necessità di evitare equivoci, in considerazione dell'esistenza di una parte dell'anima considerata non ammalabile. Il concetto di "*Seelenstörung*" non riguarda l'eziologia dei fenomeni ma si limita per lo più ad un'analisi sintomatologica, analizzando corpo e anima in relazione all'insorgere e all'esplicarsi dei disturbi psichici: esso poi, nell'ambito della visione morale di Heinroth, diventa anche sinonimo di perdita della ragione e di mancanza di libertà (cfr. *ibidem*, pp. 26-27).

circostante. Il disturbo psichico emerge, allora, quando tale "attività vitale" risulta inibita, cioè quando l'uomo, dotato di libero arbitrio, sceglie di non agire consapevolmente e conformemente alla coscienza morale, peccando contro se stesso e, di riflesso, contro l'intera umanità[425]. La radice eziologica del disturbo è da rinvenire, in definitiva, nelle categorie della società borghese, che segue una logica meramente utilitaristica, piuttosto che autenticamente razionale e morale[426]. Considerando il valore attribuito da Heinroth al libero arbitrio, la sua analisi della malattia mentale ne evidenzia l'origine sociale e da qui ben si comprende, dunque, anche lo sviluppo della sua concezione in senso antropologico. L'evoluzione del disturbo avviene gradualmente, nel senso che egli ritiene che lo stato inziale della malattia, che corrisponde sostanzialmente alla perdita della libertà, risieda nel *Gemüt*, cioè nella regione dell'emotività, e che da qui poi essa si trasformi dapprima in malattia dello spirito e, infine, nella sua forma più grave, in malattia della volontà[427]. Una progressione che sembra in qualche modo richiamare Schelling ma che diventa ancora più analitica e dettagliata, visto che Heinroth non solo presenta una classificazione della malattia in trentasei forme[428] ma delinea anche un'"ontogenesi dei disturbi dell'anima" per cui determinate patologie risultano associate a diverse epoche storiche e a differenti istanze culturali: al tempo degli eroi appartengono, per esempio, emozioni e passioni, in quello dei poeti prevalgono, invece, le tensioni erotiche ed epilettiche, nella società più progredita e artefatta si genera la malinconia, nella religione viene fuori una malinconia dai connotati più specifici, mentre con la metafisica la pazzia assume una sua, per così dire, sistematicità. Infine, la società borghese è associata da Heinroth alla demenza, cioè a una sostanziale identificazione con la "non-ragione"[429]. Essa non riguarda più, quindi, soltanto gli emarginati ma la società nel suo complesso: su questa, dunque, si deve innanzi tutto intervenire. La "non-ragione" ha, quindi, una forte radice eziologica di matrice romantica e di derivazione schellinghiana, dal momento che il disturbo psichico non si origina dall'anima, che è la parte pura, "la disposizione interna" dell'individuo, ma si genera dall'influenza che il mondo esterno esercita su di essa, un'influenza dalla quale il soggetto sceglie in qualche modo di farsi sopraffare, macchiandosi così di una inevitabile "colpa esistenziale"[430]. Si capisce, dunque, anche l'esclusione dell'ereditarietà come fattore scatenante del disturbo, visto che la malattia adesso viene maggiormente distaccata, rispetto al passato, dall'elemento corporeo e genetico, per essere ricondotta, piuttosto, al modo errato in cui l'individuo esercita il libero arbitrio. Si spiegano anche, dal punto di vista nosologico, l'importanza che vengono ad assumere, nell'ambito di questa visione antropologica, la malinconia[431], intesa come perdita ed estraneazione dell'io, e, dal punto di vista terapeutico, la scelta di un "trattamento morale" teso a ristabilire l'integrità dell'individuo. La prassi metodologica e terapeutica sostenuta da Heinroth derivava, peraltro, dalle osservazioni che egli aveva avuto modo di compiere negli istituti di detenzione, interrogandosi sulla relazione tra medico e paziente, dunque

[425] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 338-344.
[426] Cfr. *ibidem*, pp. 345-347.
[427] Cfr. *ibidem*, p. 340.
[428] Cfr. *ibidem*, p. 344. Come sottolinea Dörner, «le categorie impiegate nella morfologia sono i gradi della coscienza, emozione (Gemüth), spirito e volontà, nonché i tipi di forza dell'anima, esaltazione/iperastenia, depressione/astenia e [...] la mescolanza di entrambe; di ogni tipo fanno parte tre forme di disturbo. Da ciò vengono dedotte 36 forme, a loro volta suddivise in numerose sottoforme».
[429] Cfr. *ibidem*, pp. 337-441.
[430] Cfr. *ibidem*, p. 343.
[431] Per approfondire la concezione della malinconia di Heinroth si veda M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 25-34. La malinconia è importante protagonista di un percorso di sviluppo lungo il corso del diciannovesimo secolo, per cui essa muta da malattia del "*Fühlen*" a malattia del "*Gemüth*" e poi a "*Störung der Affekte*", assumendo via via sempre più centralità, fino a quando verrà considerata, attraverso la teoria della "psicosi unica", come il disturbo primario da cui poi si svilupperebbero tutti gli altri. Da questo punto di vista è certo interessante anche il confronto tra l'idea di malinconia di Heinroth e quella dei suoi contemporanei (cfr. *ibidem*, pp. 35-37).

sull'incontro/scontro tra due diverse volontà, laddove il paziente doveva essere reindirizzato dal medico alle norme della ragione cosiddette oggettive[432].

Sempre all'interno dell'orientamento proprio degli *Psychiker* assume una sfumatura alquanto diversa l'inclinazione essenzialmente etica rappresentata soprattutto da K. Ideler (1795-1860)[433], il quale riconduce la salute psichica all'azione ispirata dall'istanza morale e all'intelligenza. In tal senso, le malattie mentali sarebbero l'effetto di passioni smodate, di «un'individualità portata all'eccesso»[434]. Risulta interessante la critica mossa da Jaspers nei suoi confronti: a suo dire il concetto di "*Verstand*" sarebbe stato da questi banalizzato e trattato in modo superficiale. Infatti, sebbene la critica rintracci spesso nella riflessione di Ideler alcune considerazioni che sembrerebbero in qualche modo anticipare l'approccio psicopatologico[435], la sua figura appare in realtà piuttosto contradditoria e non certamente caratterizzata da un particolare apprezzamento per la comprensione intesa nei termini jaspersiani (e non solo). Ma, al di là di questo rilievo critico, ciò che emerge dal pensiero di Ideler, come d'altra parte dal suo modo di esercitare la professione di psichiatra[436], è un certo squilibrio, se così si può dire, tra l'aspetto teoretico e quello pratico, cioè tra le convinzioni teoriche da egli stesso elaborate e la loro effettiva applicazione pratica. Il carattere integerrimo, dovuto forse anche ad alcuni retaggi religiosi dell'educazione, data la forte tradizione evangelica della famiglia, lo portò ad elaborare principi assai rigorosi, a denunciare la smodatezza della società e l'eccessiva schiavitù dell'individuo rispetto alle passioni: un atteggiamento moraleggiante sicuramente forte e deciso, rivolto tanto ai folli, oramai travolti dalla perdita della ragione, quanto agli interlocutori cosiddetti normali. Si trattava di principi nobili, certamente, con i quali egli motivava la propria intenzione pedagogica, che però risultò presto in contrasto con le misure pratiche effettivamente adottate, dal momento che, chiamato a dirigere alcune istituzioni manicomiali[437], egli di fatto non modificò l'oramai consolidata aggressività dei trattamenti terapeutici né si preoccupò di ridestare i principi etici lungamente idealizzati, di fatto continuando a curare i disturbi psichici con metodi piuttosto brutali. Tutto ciò era finalizzato alla riacquisizione dell'autentica disposizione naturale propria di ogni individuo: l'uomo doveva difendersi dalle *Leidenschaften*, le passioni nocive che potevano essere evitate solamente attraverso un'educazione rigida e austera. Riecheggia, insomma, seppure con evidenti adattamenti,

---

[432] Per quanto riguarda la terapia adottata da Heinroth si veda M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, in E.J. Engstrom / V. Roelcke (hrsg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Basel, Schwabe, 2003, pp. 39-40. Come sottolinea Kutzer, «le strategie di cura di Heinroth non erano così insufficienti come i "somatici" volevano far credere, ma il suo motto, formulato fino alla noia, era però costituito dalla fastidiosa teoria della "limitazione", nel senso della regolazione degli stimoli sia nell'esaltazione che nella depressione. Si trattava, in linea di principio, del risveglio del sé, non della sua repressione, anche se gli strumenti utlizzati a tal fine, nelle loro forme estreme, ricordano la tortura» (*ibidem*, p. 40).

[433] Per approfondire e contestualizzare la figura di Ideler cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 355-360.

[434] E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 112.

[435] Interessante la valutazione di Hoff secondo cui sia la riflessione di Heinroth che quella di Ideler anticiperebbero in qualche modo considerazioni di matrice psicopatologica, soprattutto per l'attenzione che essi riservano all'individuo (cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 7-8).

[436] Per delineare meglio la personalità di Ideler sembra utile ricordare che la sua carriera, iniziata negli anni tumultuosi della sconfitta napoleonica, fu piuttosto prestigiosa: dopo avere studiato medicina a Berlino, egli esercitò dapprima la professione di medico generico per poi specializzarsi in ambito psichiatrico, in un primo momento dirigendo la Charité di Berlino e poi ottenendo, nel 1839, la cattedra di Psichiatria. Egli continuò a lavorare, come psichiatra, sempre a contatto con i malati mentali, ricoprendo ruoli dirigenziali anche presso altre istituzioni, in particolare nel ventennio compreso tra il 1840 e il 1860. Per ulteriori approfondimenti circa il suo percorso professionale e accademico, anche in relazione alla situazione prussiana del tempo, che molto lo condizionò, si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 355.

[437] Infatti, come accennavo prima, Ideler non svolse soltanto una prestigiosa carriera accademica, come professore di Psichiatria, ma diresse anche il reparto psichiatrico della Charité di Berlino e poi la nuova clinica psichiatrica (cfr. *ibidem*, p. 355).

l'imperativo morale di Kant: è quanto emerge, per esempio, nella sua opera principale, il *Grundriss der Seelenheilkunde* del 1835, dove Ideler propone un approccio alla malattia empirico ed etico, distaccandosi dalle posizioni del passato. A differenza di Kant, egli intendeva superare in modo più risoluto la divisione tra pensiero e volontà, tra scienza e moralità, sostenendone l'unificazione nel *Gemüt*, cioè, sostanzialmente, nella dimensione dell'emotività[438]. La moralità riguarda, infatti, ogni aspetto delle funzioni psichiche, così come dell'ordine sociale: in entrambi è insita una tensione all'ascesi, cioè alla realizzazione dell'imperativo categorico proprio di ogni individuo e verso cui, per vivere secondo natura, questi deve tendere[439].

La riflessione di Ideler si differenzia non soltanto da quella dei *Somatiker*, che egli definisce "materialisti"[440], ma anche da quella di figure della psichiatria allora particolarmente *in auge*, come per esempio Pinel, sentendosi egli più vicino alla visione di Esquirol, se non altro per l'aspetto morale e sociale[441]. La critica di Ideler si estende, cioè, a tutti coloro che considerano l'insorgenza della malattia come qualcosa di autonomo, piuttosto che come conseguenza della cattiva condotta del singolo o di un eccesso di passioni. Lo stesso Heinroth, sebbene per molti aspetti esprima una concezione simile a quella di Ideler, se ne distacca per la prossimità più alla visione schellinghiana che a quella kantiana: più che un imperativo categorico da mettere in pratica, egli prevede la possibilità che nell'uomo esista anche il male, elemento invece sostanzialmente inconciliabile con l'idea di una morale incondizionata sostenuta da Ideler[442]. Quest'ultimo, invece, nutre grande stima per Stahl, al quale fa peraltro riferimento nella prefazione della sua opera principale, dopo averne approfondito la conoscenza anche grazie al lavoro di traduzione tedesca della *Theoria medica vera* da egli stesso compiuto. Stahl è considerato come colui che si è opposto a una concezione della medicina eccessivamente orientata all'aspetto fisico-chimico, e per questo egli lo vede come il fondatore della "scienza dell'anima", cioè in qualche modo della psichiatria[443]. Si coglie, qui, quanto si era prima in qualche modo anticipato, vale a dire la grande influenza esercitata da Stahl sui suoi successori, i quali, però, come è effettivamente avvenuto per Ideler, hanno spesso interpretato il principio dell'anima stahliana in senso più vitalistico che materialistico, dando così luogo a non pochi dubbi e interrogativi.

Se l'interpretazione generale di Ideler resta sostanzialmente legata, comunque, a una possibile rilettura del pensiero di Stahl, più marcata e significativa appare, invece, la valenza socio-antropologica della sua visione della follia, intesa come una malattia che colpisce non soltanto il singolo ma anche la società: in questo senso la teoria di Ideler sulla follia[444] diventa anche uno «strumento di agitazione ideologica e di giustificazione delle istituzioni esistenti»[445]. Una differenza di significato importante, quindi, anche rispetto alla riflessione di Heinroth, il quale aveva fatto più generico riferimento all'umanità, e non in modo così specifico alla società: la follia non è, dunque, sinonimo di un'umanità corrotta ma frutto della degenerazione sociale e la sua forza pervasiva può essere usata anche per

---

[438] Cfr. *ibidem*, p. 357.
[439] Per ulteriori approfondimenti sulla psicologia di Ideler si veda *ibidem*, pp. 357-358.
[440] Cfr. *ibidem*, p. 359.
[441] Cfr. *ibidem*, p. 360.
[442] Cfr. *ibidem*, pp. 359-360.
[443] Cfr. A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 24-25: «In Karl Wilhelm Ideler, attivo presso la Charité di Berlino […], le dottrine di Stahl trovarono un seguace che lavorò, dal 1831, ad una traduzione tedesca, in tre volumi, della "*Theoria medica vera*". Nel suo "*Grundriss der Seelenheilkunde*", del 1835, nella prefazione, Ideler si interessava intensamente, poi, di Stahl al fine di utilizzare le sue dottrine, in modo conseguente, per il proprio attacco alla medicina orientata in senso puramente fisico-chimico. Opponendosi a queste congetture, secondo Ideler, Stahl era stato il "fondatore della psichiatria"».
[444] Per le considerazioni più strettamente mediche di Ideler e, in particolare, la sua concezione delle malattie mentali si veda K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 363.
[445] *Ibidem*, p. 360.

sovvertire l'ordine esistente[446]. Del resto, ciò si può spiegare anche in virtù della differenza cronologica tra l'opera di Heinroth e quella di Ideler, considerando che in un arco temporale tutto sommato contenuto intervennero trasformazioni notevoli, dalla sconfitta napoleonica del 1815 fino alla cosiddetta "rivoluzione del '48"[447]. Inoltre, non va dimenticato che Ideler esercitò la professione psichiatrica maggiormente a contatto con le strutture manicomiali, per cui visse ancora più da vicino il contrasto tra ragione e "non-ragione" e, dunque, il problema dell'eventuale reintegrazione di quest'ultima all'interno della società.

Tra le altre personalità in qualche modo riconducibili alla schiera degli *Psychiker* risulta di qualche interesse Spielmann (peraltro non sempre ricordato nei manuali che prendono in considerazione la polemica tra gli "psichici" e i "somatici"), il quale si basò, per l'analisi delle anomalie psichiche, sulla psicologia di J.F. Herbart (1776-1841): e proprio il richiamo ad Herbart risulterà fondamentale per i successivi sviluppi della psichiatria, soprattutto per quanto riguarda l'opera di Wilhelm Griesinger. Può essere qui utile, inoltre, anche il riferimento ad Hagen, del quale Jaspers sottolineerà l'importanza di alcuni contributi. Infine, è bene ricordare come tra gli *Psychiker* emergano anche alcuni cosiddetti "psicologi", tra i quali, per esempio, F.E. Beneke (1798-1854), che soleva parlare di "modificazioni dello spazio dell'anima"[448]. Ma i richiami potrebbero essere, anche qui, assai più numerosi.

Differenti appaiono, invece, le posizioni dei *Somatiker*[449], soprattutto per la diversa considerazione del corpo, alla luce dell'inviolabilità dell'anima, di fatto non ammalabile. L'attenzione che essi riservano al dato organico si deve, inoltre, anche al loro ruolo, non tanto o soltanto accademico ma soprattutto ospedaliero[450]. Tra gli esponenti più significativi di questo gruppo vi è un allievo di Reil, Friedrich Nasse (1778-1851), il quale continuò la tradizione di Halle dedicandosi con particolare interesse allo studio della 'funzione psicologica' del cuore[451]. L'importanza della figura di Nasse va, però, ben oltre i confini della tradizione di Halle e riguarda, più in generale, la metodologia psichiatrica che egli ebbe modo di sviluppare, procedendo oltre l'antica frattura tra teoria e pratica che aveva in una qualche misura riguardato anche il suo maestro, Reil. Nasse, oltre a seguire la carriera accademica, dapprima ad Halle e poi a Bonn, si dedicò in prima persona all'osservazione dei soggetti affetti da disturbi psichici, lavorando e dirigendo istituzioni manicomiali dove probabilmente ebbe modo di sperimentare meglio un metodo, per così dire, più clinico e specifico. Ma, al di là dell'attività nelle prigioni e nei manicomi, egli fu anche protagonista di una grande innovazione che riguardò l'ambito accademico ma che ebbe significative ricadute sull'intero approccio psichiatrico: egli inaugurò, infatti, non solo ad Halle ma nell'intera Germania, la "*Psychiatrievorlesung*", cioè la lezione frontale di psichiatria, che permetteva, rispetto al seminario, un'affluenza di pubblico assai maggiore. Inoltre, ed è forse un dato ancora più significativo, egli decise di portare a lezione proprio i pazienti del manicomio. Si trattò di una grande conquista, anche perché fu uno dei primi passi verso l'affermazione del metodo clinico-descrittivo, ora finalmente il grado di superare l'antica polarizzazione tra teoria e prassi: adesso l'aspetto pratico veniva

[446] Per quanto riguarda l'"eco politica" suscitata dalla riflessione di Ideler cfr. *ibidem*, pp. 360-365.
[447] Per una visione più ampia delle dinamiche storico-sociali della situazione tedesca del tempo, poi alla base della cosiddetta "rivoluzione del '48", si veda *ibidem*, pp. 347-374.
[448] Per approfondire ruolo, caratteristiche e influenza dei cosiddetti "psichici" psicologici cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 112.
[449] Per maggiori dettagli in merito ai *Somatiker* cfr. *ibidem*, p. 113. Risultano interessanti anche gli studi di Bodamer, riportati da Ackerknecht, in merito all'influsso romantico esercitato anche sui *Somatiker*. Figure come Nasse e Jacobi parrebbero legati, infatti, ad una visione dell'anima immortale e per questo immune dalla malattia: a partire da questo si spiegherebbe l'interesse, nello studio della malattia, per l'indagine somatica (cfr. *ibidem*, p. 113). Si veda, per questo, anche J. Bodamer, *Zur phaenomenologie des geschichtlichen Geistes in der Psychiatrie*, in «Der Nervenarzt», 1948, 19, pp. 229-310.
[450] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 366-374.
[451] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 113.

progressivamente inserito anche nell'esercizio didattico e si introduceva un metodo di insegnamento destinato ad affermarsi e a mantenersi a lungo[452].

Un'altra personalità di rilievo, nell'ambito di questa prospettiva, fu senza dubbio Maximilian Jacobi (1775-1858)[453], il quale si dedicò a studiare principalmente le manifestazioni somatiche delle malattie mentali: proprio a Jacobi Jaspers riconosce un certo "spirito critico" che lo guidò nelle ricerche sul ruolo centrale del corpo, oggetto del suo interesse primario. È plausibile che egli maturasse tale capacità critica anche grazie alla formazione poliedrica che lo vide studiare, tra l'altro, medicina a Jena e a Gottinga ma anche a Edinburgo: proprio l'esperienza internazionale fu per lui, infatti, particolarmente importante, soprattutto per quanto riguarda la specializzazione in chirurgia (egli si avvicinò alla tradizione inglese dal punto di vista teorico, apprezzandone alcuni punti specifici ma anche criticandone altri, specie di natura metodologica). Inoltre, anche come medico egli lavorò in sedi diverse, per esempio a Salisburgo, soprattutto nell'ambito della medicina generale, e poi a Düsseldorf, dove svolse anche mansioni amministrative; quindi cominciò a lavorare alla fondazione dell'ospedale di Siegburg, che inaugurò nel 1825 e del quale fu direttore fino alla morte.

L'opera principale di Jacobi è rappresentata dalle *Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten*, del 1830, dove tra l'altro egli contesta la concezione eziologica di Heinroth, sostenendo che la malattia mentale è il "sintomo" di una malattia corporea, nel senso che innanzitutto vi è un disturbo somatico che può avere, poi, conseguenze anche a livello psichico. Jacobi libera, così, i folli dalla "colpa esistenziale" cui li condannavano non solo le teorie degli psichici, ma, in generale, tutte quelle di matrice, per così dire, filosofico-naturalistica: non sussiste alcuna responsabilità morale, dal momento che la malattia mentale è un'affezione di origine esterna. In questa prospettiva, egli distingue i compiti della psichiatria da quelli della psicologia, delegando a quest'ultima lo studio dell'anima, e non quello delle malattie mentali. In realtà, però, i disturbi somatici descritti da Jacobi non sono del tutto assimilabili a quelli descritti dalla successiva psichiatria 'somatica', anche perché sono caratterizzati dai continui riferimenti alla prospettiva filosofica che lo guida. Significativa è, lì, la concezione dell'anima, che non ha sede in un organo specifico dell'uomo ma in tutto il corpo: ciò dimostra, tra l'altro, che qui non vi è ancora alcuna organopatologia in qualche modo assimilabile alla futura psichiatria del cervello. Del resto, la stessa incidenza dei sintomi organici e di quelli psichici rimanda qui non soltanto a cause fisiche ma anche a "differenze di temperamento" che sono fortemente condizionate da ogni singolo vissuto e dalle esperienze individuali. È dunque vero che la malattia ha origine dal corpo, quindi a livello organico, in particolare quando il temperamento subisce un qualche squilibrio, e che dunque l'attenzione del medico e la relativa terapia[454] devono essere rivolte a questo, ma è anche vero, però, che nella concezione di Jacobi intervengono ulteriori fattori tipicamente romantici e non strettamente riconducibili a tale dimensione fisico-organica. Dal punto di vista nosologico egli distingue tra le *Gemütskrankheiten* e le *Verstandeskrankheiten*, ma non introduce grandi variazioni, anche se merita di essere ricordata la distinzione tra le forme primarie della malattia e quelle secondarie, che derivano dalle prime e ne costituiscono l'evoluzione e l'aggravamento[455].

---

[452] Per approfondire il pensiero di Christian Friedrich Nasse si veda *ibidem*, p. 366; inoltre, è utile anche A. Marneros / V. Dorsch / P. Gutmann / F. Pillmann, *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie"*, cit., pp. 58-61.

[453] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 371-374.

[454] Per quanto riguarda la terapia adottata da Jacobi si veda M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, cit., pp. 40-43. «Il "somatico" Jacobi dal punto di vista terapeutico pensa, invece, assai di più nel senso dei concetti pedagogici del "trattamento morale" - il suo modello è, qui, la celebre istituzione "York-Retreat" di Samuel Tuke -, sebbene anch'egli dichiari di poter provocare la guarigione soltanto nell'organismo» (*ibidem*, p. 40).

[455] Per quanto riguarda Jacobi, ma più in generale la distinzione tra *Psychiker* e *Somatiker*, rimando anche alla parte iniziale della relazione di L. Grosso, *Wilhelm Griesinger tra fisiopatologia del sistema nervoso e*

La contrapposizione tra "psichici" e "somatici" cui ho fatto riferimento è ancora oggi fortemente discussa, soprattutto da chi vorrebbe procedere oltre i *clichés* che via via hanno preso corpo a tal proposito. Con la medesima cautela che deve essere utilizzata quando si parla di "psichiatria romantica", anche l'effettiva presenza e consistenza di una vera e propria "scuola psichica" e, dall'altro lato, di una "scuola somatica" deve essere problematizzata e analizzata con molta attenzione critica: «Questi *clichés* non corrispondono, però, allo stato dei fatti storico, assai più complicato. Nell'ambito della psichiatria, una scuola puramente psichica si lascia delimitare rispetto ad una scuola puramente somatica altrettanto poco come si può dire che vi sia stata una "psichiatria romantica", nel senso di una disciplina chiaramente delimitabile dal punto di vista tecnico. In seguito si giungerà più in prossimità della dicotomia, ancora sempre popolare, considerata il marchio particolare della psichiatria tedesca nella prima metà del diciannovesimo secolo»[456].

In particolare, le principali argomentazioni di coloro che sostengono la tesi secondo la quale sarebbe improprio affermare l'esistenza di una vera e propria "scuola somatica", così come, d'altra parte, quella di una ben definita "scuola psichica"[457], si basano sull'analisi di alcune questioni rilevanti trattate da entrambe le parti e che dunque è utile approfondire: tra queste, innanzi tutto, la concezione dell'anima e la sua effettiva possibilità di ammalarsi, l'interazione tra il corpo e l'anima e, infine, il problema della localizzazione della malattia.

La prima questione, che costituisce un prerequisito fondamentale per le altre, è, come si è detto, la concezione dell'anima, sulla quale in epoca romantica si riflette intensamente, soprattutto per quel che riguarda la sua natura e la possibilità di ammalarsi. Sia gli "psichici" che i "somatici" si interrogarono sull'effettiva possibilità dell'anima di ammalarsi e posero in dubbio la stessa accezione di *Seelenkrankheit*, sostituendola, poi, con una denominazione, per così dire, meno radicale e più neutrale, cioè *Seelenstörung*: non si tratta più, cioè, di "malattia dell'anima" ma di "disturbo dell'anima", nel senso che la questione non è più di natura eziologica ma è limitata soltanto al piano della *physis*, ovvero a quello delle affezioni[458]. Se nell'odierna psichiatria si fa una distinzione abbastanza netta tra i fenomeni che riguardano la psicosi esogena e quelli propri della endogena, in epoca romantica la questione non è, ancora, di natura eziologica né vi è, per così dire, una contrapposizione così marcata tra spirituale e materiale; piuttosto, ci si riferisce ad uno scenario di riferimento comune, cioè, per l'appunto, quello romantico, e,

---

psicologia dell'io, tenuta al convegno su «I confini dell'anima. Filosofia e psicologia da Herbart a Freud», L'Aquila, 11-14 maggio 1994. A tal proposito si veda G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, Roma-Bari, Laterza, 2001, p. 11.

[456] H. Schott - R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 54.

[457] In tal senso non sono mancate ulteriori prospettive ermeneutiche, tra cui diversi tentativi di mediazione, vale a dire l'ipotesi di una cosiddetta terza categoria, "*gemischten*", "mista", che si dovrebbe collocare in un piano intermedio tra gli "psichici" e i "somatici" intesi in senso stretto. Tale prospettiva non sembra però facilmente mostrabile e sostenibile, dato che per certi aspetti, soprattutto relativi alle concezioni organiche, "psichici" e "somatici" sembrano avere visioni troppo diverse e dunque non facilmente conciliabili. Ciò che invece può e deve considerarsi in qualche modo come elemento comune è il contesto nel quale essi interagiscono: tale polarizzazione deve essere interpretata, in questa prospettiva, non tanto ricercando un'improbabile "teoria mista" che si ponga come intermediaria quanto considerando la riflessione degli "psichici" e dei "somatici" entro il quadro comune prettamente romantico e profondamente influenzato dalla corrente filosofica dell'idealismo. A questo proposito, e anche per ulteriori approfondimenti circa l'influsso dell'idealismo sulla psichiatria tedesca del diciannovesimo secolo, è utile vedere quanto dice M. Schmidt-Degenhard in *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 20-36.

[458] Cfr. *ibidem,* pp. 20-22. Per il dibattito tra "psichici" e "somatici", sempre da contestualizzare entro la comune cornice romantica e filosofico/idealistica, si veda *ibidem*, pp. 20-25: «Come già accennato, somatici e psichici pongono con profonda serietà la domanda sulla natura dell'anima, ma prima di tutto si chiedono se essa possa ammalarsi. Le domande ruotano continuamente intorno alla legittimità del concetto di "malattia dell'anima", per cui alla fine viene preferita la denominazione più neutra di "disturbo dell'anima"» (*ibidem*, p. 21).

di conseguenza, ad una "patria filosofica" condivisa[459]. Quest'ultima, come si è detto, è costituita, sicuramente, dall'idealismo e in particolare dal pensiero di Schelling[460], sebbene vi siano certamente ulteriori elementi da prendere in considerazione. Il concetto di anima di fatto inviolabile rimanda, certamente, anche ad altri luoghi della tradizione filosofica: basti pensare, per esempio, ad alcune derivazioni aristoteliche e poi scolastiche che hanno posto le basi per un'idea di anima successivamente intesa come "principio vitale", cioè come forma del corpo ma non dipendente da esso, come ha poi sottolineato, in modo più specifico, lo stesso Nasse. La visione dei *Somatiker* si fonda, inoltre, anche sulle categorie hegeliane, e in particolare sul concetto di spirito soggettivo, che è libero e dunque non soggetto alla malattia. Lo spirito di Hegel è, da questo punto di vista, ciò che nelle accezioni metafisiche precedenti veniva spesso definito come "anima": i *Somatiker* si richiamano proprio a Hegel, loro contemporaneo, e in questo senso si può comprendere l'interpretazione di Jacobi, il quale sottolinea come la parte superiore dell'anima, cioè quella più intima nella quale risiede la personalità, resti libera e non possa ammalarsi: per questo motivo più che di malattia dell'anima egli parla di *Seelenstörung* o, ancora, di *Geisteszerrüttung*, nel senso di disfacimento spirituale, dunque in termini molto hegeliani.

Anche nel caso degli "psichici" è evidente, d'altra parte, l'analogia con alcuni concetti della tradizione filosofica precedente, da Platone ad Agostino: in questo caso l'idea di fondo, però, ruota attorno a una sorta di "smarrimento" dell'uomo che perde la retta via e deve dunque in qualche modo ritrovarsi. D'altronde, Heinroth parla non a caso, con riferimento al disturbo mentale, di uno stato di "duratura non libertà"[461], così come Ideler sottolinea l'esistenza autonoma dell'anima come non dipendente dal corpo[462].

Quel che emerge, quindi, è l'esistenza di una terminologia e di una spiegazione specifica certamente differenti tra i due gruppi, ma anche quella di un presupposto comune unico, a grandi linee riconducibile alla condizione di inviolabilità dell'anima.

Un altro elemento che, come si è detto, sembra in qualche modo legare i "somatici", come per l'appunto Nasse e Jacobi, e gli "psichici", come per esempio Heinroth, è l'idea della stretta connessione tra corpo e anima, le due sfere della vita che insieme caratterizzano la natura umana[463]. Ad essere messa in discussione da entrambe le parti non è, dunque, l'originaria ed effettiva interazione tra il corpo e l'anima, che anzi riflette in modo coerente alcune comuni consapevolezze prettamente romantiche, quanto le modalità con cui essa avviene e si sviluppa. In particolare, tra gli *Psichiker* Heinroth ribadisce la sostanziale unità generale di corpo e anima, mentre Ideler, come sottolinea anche Jaspers, pur considerando la maggior parte dei disturbi nervosi come "proliferazioni di passioni", sostiene che una parte di questi sia da ricondurre al corpo. Tra i *Somatiker*, poi, Nasse, sulla scia del "sintetico dualismo", si sofferma maggiormente sulla congiunzione dell'anima e del corpo, che dunque possono occasionalmente interagire, mentre Jacobi fa riferimento, invece, al cosiddetto "atteggiamento antropologico", sottolineando, cioè, il ruolo di intermediario

---

[459] Cfr. *ibidem*, pp. 20-21. «Va evidenziato in modo chiaro che la polarità tra psichici e somatici significa, nella sua dimensione profonda, qualcosa di fondamentalmente diverso dal conflitto moderno tra i sostenitori di una somatogenesi o di una psicogenesi estreme delle psicosi endogene. Non si fronteggiano ideologie eziologiche, né idealisti e materialisti, entrambe le tendenze hanno *una* patria filosofica. Non è possibile osservare nessun diretto antenato dei somatici attraverso Griesinger e più o meno fino a Wernicke. Piuttosto, il giovane Griesinger si distingue per la critica radicale dell'opera principale di Jacobi, il rappresentante della scuola somatica» (*ibidem*, p. 21).

[460] Per quanto riguarda l'influenza esercitata da Schelling, non solo in relazione al dibattito tra "psichici" e "somatici", ma anche nel più ampio panorama culturale del tempo, sia medico che filosofico, si veda *ibidem*, pp. 22-23. Particolarmente significativa sembra l'influenza esercitata da Schelling su Müller, il padre della fisiologia e il 'mentore' di Griesinger. In questa prospettiva, rimane ancora aperto il dibattito in merito all'eventuale influenza negativa della filosofia sullo sviluppo empirico della psichiatria tedesca del tempo.

[461] Cfr. *ibidem*, p. 34.

[462] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 358-359.

[463] Per la relazione e le interazioni tra corpo e anima si veda M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, cit., pp. 29-33.

svolto dal corpo, il quale fa da tramite all'anima nei suoi rapporti con il mondo esterno e le è certamente di aiuto nell'esercizio delle sue funzioni, come per esempio l'elaborazione e lo sviluppo delle "percezioni", delle "rappresentazioni" e dei "ricordi"[464].

In definitiva, dunque, né gli "psichici" né i "somatici" mettono in discussione il connubio costitutivo di anima e corpo, semmai la differenza riguarda le modalità di esplicazione di tale relazione: per Heinroth, per esempio, vi è una predominanza dell'anima e delle facoltà psichiche in genere, nel senso che secondo la sua visione il corpo è per lo più uno strumento dell'anima, così come per Ideler, poi, soltanto una minima parte dei disturbi psichici sembra riconducibile a disfunzioni corporee. Per Nasse, invece, e ancora di più per Jacobi, l'anima segue sempre l'organismo, sia nelle cosiddette "manifestazioni psichiche" che negli stati di salute e nel regolare esercizio delle sue funzioni[465]. In questo senso si esprimono, tra gli altri, Scott e Tölle: «Nel "rapporto antropologico tra corpo e anima" (Jacobi) si osservano certamente diverse accentuazioni ma tutti gli autori procedono da uno stretto collegamento tra corpo e anima. Mentre Heinroth intendeva il corpo come strumento dell'anima, con Nasse e Jacobi l'anima seguiva piuttosto le funzioni dell'organismo»[466].

Infine, va ricordato che in entrambe le prospettive prevale una visione gerarchica della vita psichica, che si rispecchia anche nella localizzazione corporea delle funzioni psichiche: non si tratta, quindi, di una localizzazione cerebrale ma di una 'corrispondenza' tra le parti dell'organismo e le manifestazioni psichiche. Tale concezione è condivisa sia dai *Somatiker* che dagli *Psichiker*: per esempio, Jacobi ribadisce che le "manifestazioni psichiche" simboleggiano l'unità dell'organismo (nella cui totalità, e non in un organo specifico, tra l'altro, ha sede l'anima) e sottolinea l'esistenza di una correlazione tra le parti corporee e le manifestazioni psichiche, mentre Nasse individua precise funzioni psichiche e le localizza organicamente[467] e, infine, Heinroth individua una certa "affinità" tra alcune attività psichiche e determinate parti del corpo[468].

Tale prospettiva 'gerarchica' della vita psichica proposta tanto dagli *Psychiker* quanto dai *Somatiker*, così come le relative localizzazioni organiche, non è che un'ulteriore dimostrazione del comune presupposto romantico sul quale si basano entrambe le posizioni. Secondo tale ordine gerarchico si ascende dalle regioni corporee inferiori, sede degli impulsi, fino all'essenza dell'essere umano, cioè la sua coscienza[469]. Vi è, dunque, una localizzazione corporea delle funzioni psicologiche: le facoltà mentali 'inferiori', vale a dire quelle istintive, vengono poste negli organi addominali[470] e da qui si ascende fino ad arrivare alla parte dell'anima immateriale e immortale, nella quale risiede l'essenza originaria e 'sana', vale a dire la personalità autentica ed etica dell'individuo, che si esprime e si realizza nella capacità di giudizio e nella determinazione dei valori. Nasse ha esplicitamente sostenuto che l'anima, in questo suo nucleo "umano" più interno, cioè nella sua parte più profonda, non può essere affetta da disturbi psichici, così come Jacobi ha individuato la parte profonda e immateriale dell'anima come qualcosa che rimane sempre al di là della malattia[471].

---

[464] Cfr. *ibidem*, pp. 29-30.
[465] Cfr. *ibidem*, pp. 30-31.
[466] H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 54.
[467] «Nasse distingue in modo concreto, invece, le funzioni psichiche fondamentali, come quelle della conoscenza, (dell'immaginazione), della capacità di sentire e di desiderare, e le localizza, separate l'una dall'altra, nei sistemi organici della testa, del torace e dell'addome» (M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, cit., p. 31).
[468] Cfr. *ibidem*, p. 31.
[469] Cfr. *ibidem*, pp. 32-33.
[470] Cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 54.
[471] «Jacobi intendeva "l'anima come un'essenza in sé e per se stessa immateriale, individuale, personale, creata soltanto per lo sviluppo di un esserci simile a dio, variamente dotata [...]", che sta "oltre l'ambito della malattia". Anche Heinroth procede però, per lo meno nelle sue applicazioni terapeutiche, da sfere dell'anima che non

Proprio alla luce di tali considerazioni su corpo e anima ben si comprende il tono provocatorio del titolo dell'articolo di Michael Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*[472]: è lecito, dunque, parlare di "psichici come somatici" o di "somatici come psichici", oppure, se tale affermazione appare troppo radicale e provocatoria, è verosimile almeno porsi con attenzione critica alcune domande sulla validità di categorie storico-psichiatriche che riflettono contenuti per certi versi tra loro molto più vicini di quanto non si sia talvolta pensato[473]. Quel che sembra certo è che gli esponenti di entrambi i gruppi sopra ricordati sono in qualche modo segnati da comuni presupposti romantici e dunque credono nell'esistenza di un nucleo dell'anima profondo, inaccessibile e puro, dunque non soggetto ad alcuna affezione. Tale parte profonda dell'anima è considerata intangibile sia dagli "psichici" che dai "somatici", e proprio questi ultimi scelgono come oggetto di studio il corpo non già in quanto materialisti ma perché l'anima è anche per loro considerata inviolabile[474].

Questa è la diffusa mentalità che contraddistingue l'approccio alle questioni fondamentali appena trattate, come per l'appunto la relazione tra corpo e anima, laddove l'idea di unità e di congiunzione tra le due parti è molto forte, così come lo è l'immagine del corpo come strumento dell'anima. È vero che il corpo viene spesso individuato come la sede dei disturbi psichici, ma non vi è ancora alcuna teoria organopatologica: si allude soltanto a regioni corporee attraverso le quali si esplicano le funzioni psichiche ma non vi è alcuna localizzazione cerebrale, dato che prevale, come si è detto, una visione gerarchica ascendente, che culmina nel raggiungimento della coscienza, situata nella parte più profonda e immateriale dell'anima. Come sottolineano Scott e Tölle, infatti, «era indiscusso che vi fosse una parte dell'anima immateriale, immortale, che nel suo nucleo più intimo non poteva ammalarsi, cioè non poteva soccombere completamente all'influsso degli impulsi (nocivi): questo nucleo sarebbe la ragione umana, lo spirito dell'uomo, orientato verso la coscienza. Perciò i "somatici" Nasse e Jacobi non discutevano affatto in modo organopatologico nel senso di una "psichiatria cerebrale" e rifiutavano sia gli insegnamenti di Gall che quelli di Soemmerring»[475]. Sia Nasse che Jacobi non sono ascrivibili, pertanto, alla categoria dei cosiddetti "stretti localizzatori", esponenti della psichiatria cerebrale, in quanto dalle loro descrizioni si deduce soltanto che ci sono parti corporee più o meno coinvolte nei diversi fenomeni psichici ma essi non si spingono fino ad una spiegazione fisiopatologica della connessione tra i processi biologici e i fenomeni psichici: soltanto dove l'accadere psichico è percepito, in quell'unico 'luogo' esso può essere compreso e raffigurato nella sua manifestazione corporea. Ogni eccessiva localizzazione, per così dire, viene relativizzata ed emerge più l'influsso degli studi umorali

---

soggiacciono completamente all'influsso traboccante degli istinti, della sensibilità e dell'"egoismo" e possono essere destate, rafforzate e rinfrancate dal trattamento. Il nucleo della natura umana era costituito, per tutti in egual modo, dalla ragione, cioè dalla capacità spirituale dell'uomo che sa orientarsi nell'ambito della coscienza, dell'etica e delle norme morali» (*ibidem*, pp. 32-33).

[472] Cfr. M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, cit., pp. 27-47. In generale, tale scritto risulta utile per approfondire le questioni più rilevanti in merito alla presunta polarizzazione tra "psichici" e "somatici" e per ricavare una prima bibliografia a proposito delle figure di riferimento dei due orientamenti.

[473] Dörner, pur riconoscendo l'impulso dato dai "somatici" allo sviluppo di una psichiatria libera da influenze religiose-morali, ricorda lo scenario romantico entro il quale anche gli stessi "somatici" agiscono (nel senso che, per esempio, essi si focalizzano sul disturbo organico perché credono che l'anima non possa ammalarsi) e riduce l'opposizione tra "psichici" e "somatici" ad una "antitesi formale". Infatti, le analogie che i "somatici" stabiliscono, per esempio, tra gli organi del corpo e il sangue sembrano richiamare l'impostazione "aprioristica" degli "psichici" e, in generale, degli psichiatri "filosofico-naturalistici": la differenza, secondo Dörner, è che «dagli uni viene sostenuta la patogenesi psichica della follia, dagli altri quella somatica» (K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., p. 370).

[474] Questa è anche la posizione sostenuta da Hoff (si veda P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 7-8).

[475] H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 54.

precedenti che quello della fisiologia cerebrale[476]. In tal senso risulta per certi versi discutibile la posizione di Jaspers, il quale, come da egli stesso specificato nella descrizione sopra riportata, pone forse eccessive analogie tra gli studi di Jacobi e quelli di studiosi della "psichiatria del cervello", vale a dire esponenti della *Somatologie* come Meynert e Wernicke[477]. A dire di Jaspers, anche Jacobi pone molta attenzione al processo cerebrale percepibile attraverso i sensi e ritenuto il fondamento di ogni tipo di malattia mentale e, più in generale, di ogni processo psichico: questa visione, vicina appunto all'organopatologia, considera i disturbi mentali come malattie cerebrali, dunque li riconosce in qualche modo come sintomi di queste ultime e prive, perciò, di qualsiasi statuto eziologico autonomo. Non esiste, dunque, uno "stato patologico autonomo della pazzia" e i disturbi mentali si conoscono soltanto come sintomi delle malattie cerebrali. Ciò, però, non solo sembra entrare in contrasto con le convinzioni di Jacobi precedentemente discusse, soprattutto quelle in merito all'interazione tra corpo e anima e alla localizzazione dei disturbi psichici, ma pone qualche dubbio anche riguardo le cognizioni fisiologiche dello stesso Jacobi, il quale, da uomo del suo tempo, non poteva avere ancora una conoscenza così accurata del cervello, studiato più a fondo soltanto nelle epoche successive: non a caso, infatti, le localizzazioni individuate da Jacobi fanno riferimento ad altri parti del corpo, così come le sue descrizioni rimandano ad altre funzioni corporee che probabilmente in relazione alla pazzia, a dire dello stesso Jaspers, sono forse sopravvalutate. Ma, al di là delle pur interessanti considerazioni di Jaspers, credo sia corretto insistere sull'analogia per molti versi impropria immaginata tra Jacobi e alcuni esponenti della cosiddetta *Gehirnpsychiatrie*, della quale ai tempi di Jacobi si sapeva, in realtà, ben poco.

Dalle considerazioni sopra evidenziate si pone in dubbio, dunque, l'effettiva polarizzazione tra le posizioni degli *Psichiker* e quelle dei *Somatiker*, anche se non può essere taciuto che tale contrapposizione non ha avuto origine soltanto in sede di ricostruzione storiografica ma certamente affonda le radici anche nella disputa che vide protagonisti, soprattutto, Nasse, Jacobi ed Heinroth: è verosimile, quindi, che almeno in prima battuta le posizioni dei due orientamenti dovevano apparire piuttosto in contrasto e forse furono vissute come tali dagli stessi protagonisti, i quali probabilmente non potevano ancora cogliere del tutto i punti in comune caratteristici del panorama culturale nel quale interagivano e che per loro dovevano essere, quindi, piuttosto scontati o, al contrario, difficilmente tematizzabili. È probabile, inoltre, che tale polemica non vada focalizzata guardando agli aspetti eventualmente controversi, precedentemente discussi, riguardanti il rapporto tra anima e corpo e la localizzazione dei disturbi psichici, ma debba invece riferirsi soprattutto al concetto e all'essenza della malattia. Nasse e Jacobi videro in Heinroth un avversario e ne criticarono le argomentazioni fondamentali, Jacobi in modo certamente più aggressivo. L'oggetto della polemica era costituito, soprattutto, dalla concezione del disturbo psichico, che assumeva sfumature diverse non solo tra gli *Psychiker* e i *Somatiker* ma anche all'interno di uno stesso orientamento. Tra i *Somatiker*, per esempio, Jacobi crede nell'esistenza di un sostrato organico per ogni reazione psichica e considera i disturbi psichici come espressione di una disarmonia organico-dinamica, sempre da contestualizzare nell'ambito di quel "rapporto antropologico corpo-anima" di cui anche lo psichico è in qualche modo espressione[478]. Per Nasse, invece, vi è, per ogni disturbo psichico, un iniziale sostrato organico che, però, non si mantiene necessariamente, o almeno non nello stesso modo, nelle successive evoluzioni della malattia. Per Heinroth, ancora, il disturbo psichico corrisponde a un difetto o a un conflitto interiore che, però, nella sua manifestazione assume anche una valenza corporea: in questo senso egli ha

[476] Cfr. M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, cit., pp. 32-33.
[477] Per quanto riguarda Meynert, Wernicke e la "psichiatria del cervello" cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 130-134.
[478] Cfr. M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, cit., pp. 35-36.

parlato di "consolidamenti corporei" del modo di vivere che predispongono i disturbi psichici, così come di disturbi psichici legati a condizioni somatiche da cui la "vita corporea-spirituale" è disturbata[479].

I diversi autori mostrano, insomma, punti di vista eterogenei in merito alla concezione e all'essenza della malattia, così come rispetto alle modalità e alla "misura" dell'affezione dell'anima, ma da entrambe le parti rimane chiara la convinzione che vi sia una parte dell'anima, il suo nucleo profondo, che non può ammalarsi. La differenza sostanziale può essere individuata nel fatto che per Heinroth, per esempio, la malattia coinvolge l'intera personalità mentre per Jacobi e Nasse l'anomalia psichica si radica, essenzialmente, in un disturbo corporeo. Per Jacobi, ancora, l'anima permane a uno stadio spirituale più elevato e sempre totalmente incolume: ciò che viene disturbato è soltanto il suo rapporto con il corpo e con il mondo. Nasse sostiene, anche lui, che l'anima non possa ammalarsi e che essa, dietro la follia, mantenga sempre il suo aspetto naturale. Inoltre, nelle successive rappresentazioni egli pone l'anima al centro di una più complessa dinamica dello sviluppo dei disturbi psichici, come se vi fosse un processo della vita psichica rispetto al quale l'anomalia sarebbe in un certo qual modo rappresentata dal corpo[480].

Da queste considerazioni emerge, in conclusione, la complessità dei nuclei concettuali propri della "psichiatria romantica" e la difficoltà di procedere a qualsivoglia radicale polarizzazione dei suoi orientamenti fondamentali. La storiografia contemporanea non deve limitarsi, quindi, soltanto all'analisi dei diversi paradigmi scientifici né alla ricerca di analogie e differenze individuate alla luce della psichiatria attuale: ciò che credo maggiormente utile è, piuttosto, procedere ad una maggiore contestualizzazione di tali orientamenti fondamentali al fine di coglierne non solo il profondo legame con un contesto che, per quanto dal punto di vista della psichiatria sia stato spesso considerato per molti aspetti fondamentalmente conservatore, probabilmente, invece, non lo è stato, ma anche le importanti novità che esso ha saputo, indubbiamente, proporre. Uno dei grandi meriti conseguiti dall'epoca romantica sembra essere, per esempio, la chiave antropologica con cui sono stati affrontati problemi ancora oggi sostanzialmente irrisolti, come per l'appunto la relazione tra corpo e anima, tra elemento somatico e dimensione psichica. Una questione che dischiude, poi, un ambito d'indagine assai delicato, vale a dire quello relativo all'aspetto morale in qualche modo sottinteso alla visione della malattia mentale: proprio la notevole incidenza di tale aspetto morale lascia intendere come il rimando al corpo non costituisca, ancora in questa fase, una scelta dettata dalla convinzione che siano effettivamente i processi biologici a determinare le malattie psichiche e come sia ancora di fatto prematuro parlare di organicismo, con specifico riferimento al cervello. Il problema, infatti, non è tanto quello della riconduzione dei disturbi psichici al cervello, quanto la diffusa convinzione, di matrice fortemente romantica, dell'esistenza di un'anima immateriale e dunque non soggetta ad ammalarsi: in questa prospettiva, quindi, la questione ancora oggi oggetto di discussione assume una connotazione in qualche modo morale[481] e investe ambiti assolutamente fondamentali come quelli della libertà dell'anima e dell'eventuale responsabilità dell'individuo di fronte al fenomeno patologico[482]. I numerosi aspetti comuni mostrati da questi due orientamenti rendono interessante non soltanto soffermarsi sulle divergenze e sulle controversie polemiche, ma anche guardare alle significative interazioni, spesso latenti, tra punti di vista soltanto apparentemente antinomici. Non è da escludere, infine, che le tendenze 'psichiche' siano state anche una

[479] Per quanto concerne le posizioni dei diversi autori in relazione al "disturbo psichico" e alla "malattia psichica" cfr. *ibidem*, pp. 35-37.
[480] Cfr. *ibidem*, pp. 36-37.
[481] Cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 54-55.
[482] Per ciò che concerne i disturbi psichici interpretati in relazione alle questioni della libertà e della moralità cfr. M. Kutzer, *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, cit., pp. 37-39.

sorta di reazione alle ricerche 'somatiche', che non sembravano potere soddisfare le numerose aspettative; così come non sono da escludere neppure ulteriori e più profondi intrecci tra "psichici" e "somatici", come peraltro testimoniano le importanti figure che in qualche modo tentarono una mediazione, seppur spesso soltanto teorica, tra le due posizioni[483]. Forse è proprio la "questione morale" ciò che avvicina maggiormente, in definitiva, gli *Psychiker* e i *Somatiker* e che caratterizza in modo pregnante la "psichiatria romantica": si tratta del tentativo, cioè, di definire l'essenza dell'anima e, soprattutto, di comprenderne l'effettiva libertà non tanto negli stati di salute quanto in quelli, assai più oscuri ed enigmatici, della malattia. Questa profonda sensibilità che forse per la prima volta sembra caratterizzare l'approccio al mentale pare un aspetto in parte sottovalutato anche da Jaspers, o, almeno, non sempre adeguatamente valorizzato nell'ambito della sua ricostruzione storica.

[483] A tal proposito si ricordano Groos, Blumroeder e, anni dopo, Feuchtersleben, il quale parlò, tra l'altro, di "sinestesia delle percezioni interne" come possibile termine di mediazione tra "stimoli puramente esterni e attività psichica spontanea (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 113-114).

Capitolo quarto

Da Wilhelm Griesinger a Karl Jaspers: il superamento del "dogma somatico" e l'origine della psichiatria scientifica tedesca

Il tentativo di sottrarre la psichiatria alle interpretazioni di natura filosofica per attribuirle, piuttosto, un più marcato carattere scientifico è tra gli obiettivi di Wilhelm Griesinger, personalità centrale nella storia della psichiatria tedesca e importante 'fonte' per il giovane Jaspers. Questo capitolo si soffermerà su tale personaggio delineandolo in tale duplice prospettiva, dunque da una parte ricostruendo gli aspetti innovativi della sua concezione psichiatrica e dall'altra guardando all'influenza esercitata sulla formazione di Jaspers, il quale ne ha poi preso le distanze, riscontrando nelle teorie di Griesinger una sorta di "dogma somatico", vale a dire la quasi esclusiva riconduzione del disturbo mentale a precise disfunzioni organiche e, in particolare, cerebrali. Intendo mostrare come, in realtà, la figura di Griesinger sia molto più complessa e meno unilaterale rispetto allo stereotipo del freddo materialista con cui la storiografia e talvolta lo stesso Jaspers sembrano averlo a lungo identificato. Così, dopo avere brevemente presentato la figura di Griesinger e averne illustrato la formazione, cercherò di mettere in rilievo, attraverso la ripresa filologica ed ermeneutica dei suoi primi contributi psichiatrici (e, con più specifico riferimento, dei contenuti poi ripresi nel suo celebre trattato di psichiatria), la fondazione fisiopatologica che egli conferisce alla psichiatria, che così per la prima volta assume veri e propri connotati scientifici. La prospettiva di Griesinger, come proverò a mostrare, può essere colta nella sua peculiarità, al di là di ogni improbabile riduzionismo, soltanto se interpretata entro il contesto culturale tedesco del tempo, nell'ambito del quale essa costituisce una risposta all'eccessiva tendenza speculativa di matrice romantica e un invito ad una più marcata e diffusa applicazione del metodo empirico e scientifico. L'obiettivo è mostrare, insomma, come la centralità da Griesinger attribuita al dato organico non offuschi la sua idea circa la necessità di una più ampia comprensione dell'anima umana: tale declinazione metodologica è ampiamente documentata, tra l'altro, in un importante *Vortrag* che egli tenne presso la clinica psichiatrica di Berlino e che qui analizzerò più da vicino, anche per mostrare, insieme alla sensibilità e all'attenzione da lui dedicate all'anima "malata", anche alcuni punti di contatto con le posizioni jaspersiane. Tale prospettiva ermeneutica permette di procedere oltre la semplicistica e per molti versi riduttiva associazione di Griesinger al presunto "dogma somatico" che gli è stato spesso attribuito, come pure di ridimensionare notevolmente la distanza di alcune sue concezioni rispetto a quelle di Jaspers. L'ultima parte del capitolo è dedicata proprio ad un confronto tra alcune argomentazioni psichiatriche di Griesinger e di Jaspers, al fine di scorgerne, oltre le già accertate differenze, anche le parentele e le somiglianze, con più specifico riguardo a quanto sostenuto nella *Allgemeine Psychopathologie*.

4.1 Oltre il riduzionismo: Wilhelm Griesinger e i presupposti della *Magna Charta* della psichiatria

«Con la prima sortita scientifica di Griesinger la medicina tedesca iniziò il proprio processo di trasformazione»[484]. Risuonano ancora oggi forti e chiare le parole di Wunderlich, medico internista ma prima di tutto collega e amico dell'uomo che fu certamente tra i protagonisti della trasformazione della psichiatria tedesca: Wilhelm Griesinger.

[484] C.A. Wunderlich, *Vorrede*, in W. Griesinger, *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, hrsg. C.A. Wunderlich, Berlin, Hirschwald, 1872, p. III.

Griesinger, nato a Stoccarda nel 1817[485] e scomparso prematuramente nel 1868[486], è oggi considerato, per il contributo dato alla definizione dello statuto scientifico della disciplina, uno degli psichiatri tedeschi di maggiore rilievo[487]. Fu probabilmente tra gli ultimi medici che si distinsero nella duplice funzione di internista e di psichiatra[488], ed è stato, nella storia della psichiatria, una figura abbastanza discussa non solo e non tanto per gli aspetti strettamente legati a tale disciplina, alla quale si è dedicato con un approccio fortemente innovativo, quanto per le ombre e le ambiguità che talvolta hanno avvolto aspetti della sua riflessione, probabilmente non sempre colta nella sua effettiva e innovativa poliedricità[489]. Sebbene egli sia giustamente ricordato, tra l'altro, anche nel *Compendium der Psychiatrie* di Kraepelin, al di là dei tanti riconoscimenti e dell'aperto elogio da parte di Wunderlich e di altri, la sua concezione psichiatrica è stata talvolta stigmatizzata e troppo semplicisticamente ricondotta alla sua celebre espressione secondo la quale "le malattie mentali sono malattie cerebrali"[490].

Una frase densa e concisa (che tra l'altro Griesinger nel suo trattato fondamentale non riporta mai in tale forma) della quale forse per troppo tempo non ci si è domandati quali fossero il vero significato e, soprattutto, l'esatto riferimento ma che, spesso anche involontariamente, ha di fatto finito per penalizzare una riflessione scientifica e un approccio terapeutico assai più complessi e tutt'altro che esauribili nell'ambito di tale espressione. Infatti, la prospettiva ermeneutica che per lungo tempo ha segnato la ricostruzione della figura e dell'opera di Griesinger non ha certamente valorizzato, almeno in un primo momento, il carattere di decisa originalità del suo pensiero, né ha permesso di riconoscere l'impulso, per molti versi sicuramente rivoluzionario, che la sua visione del processo patogenetico ha saputo imprimere alla nascita della psichiatria scientifica.

Le teorie psichiatriche di Griesinger devono essere rilette al di fuori da ogni interpretazione rigida e schematica che si soffermi oltremodo sulle singole asserzioni, le quali, al di là della pur fondamentale interpretazione letterale e, per così dire, strettamente tecnica, devono essere però più ampiamente contestualizzate all'interno dello scenario medico e, più in generale, culturale nel quale lo psichiatra si trovò ad operare. Griesinger, per troppi anni ritratto come un freddo materialista studioso delle dinamiche cerebrali, non deve essere visto, invece, come l'austero psichiatra sostanzialmente avulso dalle correnti innovative, spesso problematiche e a volte persino contraddittorie, del suo tempo, ma deve invece essere riconsiderato proprio alla luce del più ampio contesto della Germania del diciannovesimo secolo, teatro di profondi cambiamenti politici e culturali in cui la medicina, come ho già avuto modo di dire, veniva ricondotta da una parte alle scienze della

---

[485] Per le sue origini e l'infanzia si veda B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie,* Tübingen, Gunter Narr Verlag, 1985, pp. 21-22.

[486] Cfr. W. Griesinger, *Biographische Skizze*, hrsg. C.A. Wunderlich, Leipzig, Wigand, 1869.

[487] Per approfondire la figura di Griesinger si vedano, tra gli altri: A. Wiesner, *Leben und Werk des Tübinger Professors Wilhelm Griesinger*, Emsdetten, Heinr. & J. Lechte, 1937; R. v. Thiele, *Wilhelm Griesinger 1817-1868*, in Kolle K. (hrsg.), *Grosse Nervenärzte*, Bd. I, Stuttgart, Thieme, 1956, pp. 115-127; A. Mette, *Wilhelm Griesinger. Der Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland*, Leipzig, Teubner, 1976; G. Detlefs, *Wilhelm Griesingers Ansätze zur Psychiatriereform*, Pfaffenweiler, Centaurus-Verl.-Ges., 1993; B. Wahrig-Schimdt, *Wilhelm Griesinger*, in D. v. Engelhardt und F. Hartmann (hrsg.), *Klassiker der Medizin*, zweiter Band: *Von Philippe Pinel bis Viktor von Weizsäcker*, München, Beck, 1991, pp. 172-189; H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 66-78; P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 8-9.

[488] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., p. 116.

[489] Per i riferimenti biografici relativi a Griesinger cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 66-69.

[490] W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende*, Stuttgart, Krabbe, 1845, p. 4. In realtà l'espressione "Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten" non compare in questi termini nello scritto di Griesinger, se non come semplice richiamo per indicare l'argomento trattato a p. 4. Già questo denota in qualche modo il processo di revisione cui tale espressione è stata probabilmente sottoposta. D'ora in poi citerò l'opera con la dicitura abbreviata, ma convenzionalmente usata: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*.

natura e dall'altra ai saperi cosiddetti 'spirituali' e, soprattutto, filosofici. Una situazione problematica e dialettica, questa, che ha certamente avuto grande peso anche nella formazione e nell'evoluzione del pensiero di Griesinger, nell'ambito del quale, con sfumature e tempistiche diverse, appaiono chiare le dinamiche fortemente dialettiche e conflittuali di un secolo durante il quale da una parte si era avuto l'impetuoso sviluppo delle scienze empiriche, che, per lo più ancorate alle certezze positivistiche, avevano rafforzato l'idea della scienza come qualcosa di esclusivamente esatto e rigoroso, e dall'altra si era assistito alla nascita e alla diffusione del sentimento romantico, che, invece, sembrava lasciare altro spazio alle fragilità degli individui, ora fortemente insoddisfatti rispetto alla fredda razionalità della scienza e, al contrario, affascinati dall'ignoto e dall'insondabile, dunque naturalmente più interessati anche ad un approccio letterario, filosofico e *geisteswissenschaftlich* al problema della follia, fino a quel momento considerata sostanzialmente come qualcosa di assai oscuro e di molto controverso.

Se già nelle epoche precedenti l'interesse per la dimensione psichica era spesso ricaduto in ambito antropologico e intellettuale in genere, e non solo in quello strettamente medico, in questo momento storico l'approccio filosofico doveva assumere, a tal proposito, un ruolo per molti versi predominante. Infatti, come ho già avuto modo di dire, soprattutto in Germania fu molto forte l'influenza dell'idealismo e della filosofia della natura, le cui interferenze in ambito psichiatrico si notano soprattutto nel dibattito che ha visto contrapposti "psichici" e "somatici", entrambi comunque espressioni, al di là del significato della disputa in senso stretto, della concezione prettamente romantica dell'anima e delle sue costitutive interazioni con il corpo.

Griesinger risente molto di tale clima culturale e la sua riflessione si radica proprio all'interno di queste dinamiche complesse e per molti aspetti sofferte, delle quali peraltro egli stesso avverte ben presto i limiti strutturali, che di fatto impediscono a lungo la piena affermazione di una medicina e, soprattutto, di una psichiatria autenticamente scientifiche.

Una prima riconsiderazione della complessità strutturale del pensiero di Griesinger si deve certamente a Ludwig Binswanger (1881-1966)[491], che gli ha riconosciuto il merito, tra l'altro, di avere di fatto stabilito lo statuto della psichiatria: «La *costituzione della psichiatria clinica*, l'autentica Magna Charta su cui si basano le categorie fondamentali del suo pensiero e il suo carattere di scienza medica e che essa riconosce ancor oggi quale norma sia in generale sia per molti aspetti particolari, risale al 1861, all'epoca cioè della pubblicazione della seconda edizione di *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* [*Patologia e terapia delle malattie psichiche*] di Griesinger. Ciò che ha fatto di Griesinger colui a cui si deve l'impostazione della psichiatria clinica non è la celebre proposizione "le malattie mentali sono malattie del cervello", una proposizione a cui già si erano molto avvicinati sia gli alienisti tedeschi sia quelli francesi e di cui soltanto Meynert, Wernicke e la sua scuola, fino a Kleist, avrebbero riconosciuto ed esaurito a pieno il significato, né fu la conoscenza di un materiale clinico che abbracciava l'intero sapere psichiatrico del tempo, una conoscenza in cui l'aveva aiutato la scuola francese e, tra gli studiosi tedeschi, specialmente l'amico di Jacobi, Zeller. Egli, piuttosto, riuscì a delineare questa costituzione perché, già a partire dal suo primo lavoro, per giungere alla comprensione delle manifestazioni psichiche e psicopatologiche si era servito, come egli stesso dice, "dei lumi della psicologia empirica," convinto che le manifestazioni psichiche, proprio per il loro "essere organiche" potevano venir "interpretate" soltanto dallo studioso di formazione naturalista»[492].

---

[491] Cfr. L. Binswanger, *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, Bd. II: *Zur Problematik der psychiatrischen Forschung und zum Problem der Psychiatrie*, Bern, Francke, 1955, pp. 81-104. In questa sede faccio riferimento all'edizione italiana, a cura di F. Giacanelli, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, Milano, Feltrinelli, 1970, pp. 253-278.
[492] *Ibidem*, pp. 257-258.

La "rivoluzione" di Griesinger, per la quale Ludwig Binswanger ha utilizzato la significativa espressione di *Magna Charta* della psichiatria[493], ha radici profonde, che risalgono ai tempi della formazione, quando, già durante gli anni universitari, venne fuori il suo spirito critico e riformatore, poi ampiamente sviluppatosi per l'intero corso della sua vita, che, seppur breve, egli visse in modo assai attivo e proficuo, unendo alla riflessione teoretica l'energia del riformatore e distinguendosi come accademico, psichiatra e, appunto, come 'riformatore'. Tale sua poliedricità, però, è stata per molto tempo trascurata e ancora oggi egli è spesso ricordato quasi esclusivamente per la supposta identificazione dei disturbi mentali con le malattie cerebrali e per avere così inaugurato la cosiddetta "psichiatria del cervello"[494], secondo la quale la causa del disturbo psichico sarebbe data da una disfunzione di natura strettamente organica. Tuttavia, come cercherò di dire nelle pagine seguenti, il problema di Griesinger non era tanto o soltanto quello di stabilire la sopra ricordata identificazione, ma anche e soprattutto quello di procedere ad una "localizzazione" del disturbo mentale capace di sottrarre la trattazione dello stesso a teorie astratte e fantasiose e di riconsegnarla, così, ad una scienza empirica. Localizzare un disturbo, cioè riconoscere l'organo al quale esso fa per lo più riferimento e attraverso il quale possono essere chiariti determinati fenomeni non significa, però, che le cause delle malattie mentali siano esclusivamente cerebrali, dal momento che il disturbo psichico è il sintomo di una disfunzione organica assai più profonda e complessa. Un'ipotesi, questa, che non vuole neanche rifarsi ad una teoria eziologica valida a priori per ogni tipologia di disturbo psichico, altrimenti non si spiegherebbe la varietà di cause, non solo strettamente somatiche, prese in considerazione da Griesinger. La sua impostazione, più che in termini esclusivamente somatici, deve essere compresa in senso fisiopatologico, dato che la sua spiegazione è sostanzialmente fisiologica e non anatomica, sebbene vi siano, naturalmente, anche alcune precise considerazioni in tal senso: ma l'obiettivo di Griesinger è assai più sottile, in quanto egli intende studiare i processi psichici in senso fisiologico, cioè vuole esaminarli alla luce dell'"azione riflessa" del sistema nervoso, e questo attraverso un ragionamento nell'ambito del quale l'influenza esercitata dalle categorie psicologiche è importante e del tutto evidente.

Come sottolinea Binswanger, Griesinger è probabilmente il primo psichiatra ad utilizzare una "psicologia empirica" in grado di chiarire i fenomeni originatisi nell'unità psicosomatica senza sfociare in uno sterile materialismo che mortificherebbe, inevitabilmente, il senso autentico della soggettività e della sua capacità di autodeterminazione, invece decisamente tutelato da Griesinger, che cerca di "comprenderne" gli sviluppi, in una prospettiva per molti versi certamente pionieristica. Più che uno sterile materialismo, allora, quella di Griesinger sembra anticipare alcuni aspetti della "psicologia comprensiva" poi ampiamente sviluppata, tra gli altri, da Dilthey[495]. Il sistema di Griesinger si realizza, certamente, su un piano 'naturale', cioè in

[493] Questa accezione è oggi ampiamente riconosciuta ed utilizzata, anche perché aiuta a contestualizzare la figura di Griesinger sia rispetto agli sviluppi psichiatrici compiuti in altri paesi sia in relazione alla successiva evoluzione e all'effettiva genesi della cosiddetta "psichiatria clinica" moderna, della quale l'opera di Griesinger è considerata un presupposto: «Tra gli inizi della psichiatria, intorno al 1800, presso la scuola francese (Pinel ed Esquirol) e la fondazione della psichiatria moderna, intorno al 1900 (Kraepelin, Freud, Bleuler), vi è, alla metà del diciannovesimo secolo, Wilhelm Griesinger (1817-1868), che ha abbozzato una costituzione per la psichiatria, una *Magna Charta*, alla quale la psichiatria può ancora oggi fare riferimento […]» (H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 66).

[494] In questo senso mi sembra in una qualche misura riduttiva e fuorviante la valutazione di Zilboorg ed Henry: «La psichiatria del cervello, che fu ufficialmente inaugurata dal Griesinger, differì poco nel contenuto dalla psichiatria del passato, anche se acquistò una meravigliosa tecnica di laboratorio e un eccellente armamentario scientifico» (G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria*, cit., p. 390). Non solo non mi sembra del tutto motivato attribuire l'inizio della "psichiatria del cervello" a Griesinger, ma mi pare ingeneroso non riconoscerne le importanti novità apportate rispetto al passato (per approfondire tale interpretazione di Zilboorg ed Henry cfr. *ibidem*, pp. 385-390).

[495] Cfr. L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, cit., p. 259.

senso fisiologico-patologico, ma il presupposto di tale impostazione è, in fondo, psicologico, ascrivibile cioè alla "psicologia empirica", che permette di esaminare i fenomeni psichici e di descriverli mettendoli in relazione con le funzioni del cervello: "le malattie mentali sono malattie cerebrali" significa che i processi psichici sono funzioni cerebrali, ma non per questo essi si ritrovano svuotati dal loro contenuto e dalla loro peculiarità. In altri termini, Griesinger non avrebbe potuto elaborare la propria riflessione senza porre alla base un importante presupposto psicologico: i fenomeni psichici possono essere esaminati, come funzioni cerebrali, attraverso il metodo psicologico. Si tratta, allora, di inserire anche i fenomeni psichici all'interno del sistema dinamico che contraddistingue tutti i processi vitali dell'organismo, sia quelli normali che i patologici. I processi psichici, però, non sono, per così dire, decentrati rispetto all'io e dunque analizzati semplicemente come processi meccanici: qui non si riscontra più, dunque, quel tipo di impostazione fisiologico-patologica che aveva contraddistinto, per esempio, le dottrine di Stahl e di Hoffmann, ma viene fuori, invece, una significativa e rinnovata attenzione per il soggetto e per la sua realizzazione, cioè per quella che può dirsi l'autentica "ricchezza" dell'umano.

Soltanto in questa prospettiva complessiva si può cogliere, allora, il ruolo fondamentale, teorico come pratico, svolto da Griesinger nell'ambito della scienza medica e psichiatrica. Egli fu, infatti, un 'riformatore' in entrambi i sensi, teoretico e pratico. Volendo ricorrere alle categorie distintive utilizzate da Jaspers, egli emerse sia nell'ambito della cosiddetta "psichiatria universitaria" che in quello della "psichiatria manicomiale": fu un importante accademico, ma anche un medico capace di stare a stretto contatto con i pazienti e in entrambi i ruoli fu capace di esercitare una profonda azione riformatrice. La *Magna Charta* della psichiatria da lui elaborata comprende, infatti, importanti presupposti concettuali attraverso cui egli procede a scorporare la psichiatria dalle vecchie concezioni filosofiche per fondarla su basi fisiopatologiche, definendone gli aspetti scientifici e clinici e lo statuto identitario, dai quali può poi ricavare nuove metodologie e più mirati protocolli terapeutici. Tale concezione della psichiatria si declina, poi, anche in un'importante riforma dell'assistenza psichiatrica di cui egli fu tra i promotori, a ulteriore testimonianza di quanto considerasse fondamentale l'aspetto psicologico nella relazione con i malati, dei quali scelse di occuparsi direttamente, innanzi tutto riformando e differenziando le istituzioni destinate ad accogliere le diverse manifestazioni della cosiddetta "non-ragione". Questi suoi molteplici interventi in ambiti diversi ma strettamente connessi spiegano anche perché la sua psichiatria è stata oggi definita "pluridimensionale"[496], ed è proprio in questa direzione che essa merita, probabilmente, di essere ulteriormente approfondita.

Alla luce di queste considerazioni, la valutazione di Binswanger sembra certamente appropriata, ma, se opportunamente contestualizzata, essa appare alquanto distante dalle valutazioni dell'epoca, che non colsero a dovere l'originalità della riflessione psichiatrica di Griesinger né gli aspetti positivi delle sue proposte di riforma delle istituzioni manicomiali. Al contrario, la ricezione del pensiero di Griesinger e la sua diffusione non furono a quel tempo sempre positive e adeguate, e ciò probabilmente è stato determinato da diversi motivi che almeno in parte proverò a richiamare. Da un lato influì, in questo senso, un elemento in qualche modo oggettivo come le revisioni interpretative ad opera dei suoi più o meno diretti successori, primi fra tutti Karl Westphal (1833-1890), Theodor Meynert (1833-1893) e Karl Wernicke (1848-1905)[497], vale a dire i veri e propri fondatori della *Hirnmythologie*, la cosiddetta "psichiatria del cervello", che riconduceva ogni disturbo psichico ad una ben precisa disfunzione organica[498]. Furono loro che probabilmente strumentalizzarono, talvolta anche involontariamente, alcune espressioni di

[496] Cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 72-74.
[497] Cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 130-134.
[498] A proposito della "psichiatria somatica" tedesca si veda anche S. Achella, *Rimanere in cammino. Karl Jaspers e la crisi della filosofia,* cit., pp. 93-99.

Griesinger, e in particolare taluni riferimenti al funzionamento cerebrale, per conferire alle loro concezioni un fondamento ulteriore: è verosimile, infatti, che essi ricercassero un autorevole riferimento storico sul quale fondare le proprie ricerche, che, seppur certamente capaci di arrecare un considerevole impulso allo studio del cervello, contribuirono, però, anche a creare una sorta di "dogma somatico" intorno alla figura di Griesinger. È verosimile, quindi, che l'espressione di Griesinger "le malattie mentali sono malattie cerebrali" sia parsa, almeno superficialmente, un credibile punto di partenza per la fondazione di una linea di ricerca sostanzialmente fondata sull'associazione tra le disfunzioni cerebrali e le alterazioni psichiche. Un'espressione facilmente utilizzabile, tra l'altro, perché Griesinger morì abbastanza giovane (per appendicite) e probabilmente non fece neanche in tempo a spiegare e a diffondere al meglio la propria concezione psichiatrica, che a prima vista può anche dare l'impressione di un'impostazione non soltanto materialista, ma per certi versi anche riduzionista. Probabilmente se si fossero approfonditi meglio e contestualizzati a dovere alcuni nodi fondamentali della riflessione di Griesinger non sarebbero sorti equivoci di tal sorta; ma anche in questo caso non si può stabilire con certezza se i suoi successori abbiano avuto scarso interesse per la sua prospettiva fisiopatologica o se essi, non comprendendone appieno tutti gli aspetti e limitandosi soltanto ad una prima valutazione materialista, abbiano preferito focalizzarsi su altre ricerche[499].

Insomma, la ricostruzione del profilo scientifico di Griesinger risulta in qualche modo complicata tanto per la sua indubbia complessità che per alcune vicende legate alla sua ricezione. Un pensiero a tratti indubbiamente ambiguo, dove la centralità assunta dall'elemento corporeo può far pensare ad uno schema concettuale monodimensionale, lontano da un atteggiamento psicologico legato ad una comprensione più ampia. Un sistema con tratti ancora oscuri, quello di Griesinger, nel quale si intrecciano più piani di analisi, che qui intendo in parte approfondire, con uno sguardo ricostruttivo aperto in direzione storico-antropologica che si propone di contestualizzare la figura e l'opera alla luce della sua formazione e delle esperienze che influirono sulla costituzione del suo pensiero. Vorrei presentare, dunque, non già la figura dell'austero materialista, ma quella dell'uomo fortemente affascinato dall'anima malata, definendone alcuni aspetti salienti che possono in qualche modo chiarire l'inclinazione assunta dalla sua psichiatria. Per questo motivo ho scelto di proposito di non soffermarmi tanto (come spesso è invece avvenuto) sul suo più celebre trattato di psichiatria, prediligendo piuttosto alcuni scritti e discorsi, per così dire, propedeutici e collaterali, nei quali, oltre agli aspetti strettamente tecnici, emergono anche le più ampie intenzioni dell'autore, la sua idea autentica del disturbo mentale e degli obiettivi che la scienza deve perseguire per curare e assistere coloro che, in fondo, sono soltanto, come egli stesso dirà, meno fortunati. Alla luce di queste considerazioni, vorrei richiamare l'attenzione anche su un parziale, per così dire, travisamento interpretativo da parte di Jaspers, il quale si è di fatto limitato ad una valutazione per certi versi sommaria di Griesinger, che in una qualche misura ha associato anche lui al "dogma somatico" sopra ricordato, che però non ne esprime in modo esaustivo la profondità e la complessità di pensiero. Seppure Jaspers si sia sempre considerato alquanto distante da Griesinger, in realtà, però, mi sembra esistano tra loro più punti di contatto: è da qui che intendo procedere, cioè considerando non solo e non tanto le eventuali divergenze ma anche e soprattutto le possibili analogie, specie rispetto ad alcune questioni fondamentali che riguardano, per esempio, il metodo di approccio alla dimensione psichica, l'idea di malattia, nella sua costitutiva correlazione con quella di salute, e la considerazione, per così dire, 'comprensiva' ed 'umana' del malato.

[499] Per quanto riguarda la ricezione della teoria di Griesinger si vedano H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 76-78, e K. Dörner. *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 392-395.

Per cercare di comprendere la trasformazione teorica e pratica della psichiatria di cui Wilhelm Griesinger fu in una qualche misura protagonista è opportuno, innanzi tutto, contestualizzarne la figura nell'ambiente culturale, sostanzialmente romantico, della Germania del tempo, un contesto per molti tratti decisivo per la genesi della sua riflessione. Egli studiò medicina all'Università di Tubinga, dal 1834 al 1838, in un'epoca certamente problematica, vale a dire nel periodo del cosiddetto *Vormärz*, anni di fermento politico che videro da una parte una forte opposizione al vecchio sistema monarchico e dall'altra la reiterata risposta di quest'ultimo, che cercò, sebbene senza esito positivo, di domare proteste e ribellioni ricorrendo ad una forma di autoritarismo ormai anacronistica e destinata a un inevitabile declino. Questo clima di agitazione ebbe riflessi, evidentemente, anche in ambito culturale e proprio l'università assunse in una qualche misura il ruolo di protagonista di tale processo di transizione, e questo sia per le personalità sempre più irrequiete e insoddisfatte che andava formando che per il cambiamento degli orientamenti scientifici di cui essa stessa fu in qualche modo veicolo. Griesinger fu tra gli studenti che, considerati ribelli e per questo puniti per le loro prese di posizione, denunciarono tra i primi i limiti dell'offerta formativa del tempo, riconoscendone l'inadeguatezza, anche rispetto ad alcuni metodi di insegnamento, e, nello specifico, mostrando forte insoddisfazione per un approccio medico ancora segnato da evidenti contraddizioni. Il giovane Griesinger fu tra coloro che si posero in aperta collisione con le regole universitarie del tempo, come peraltro testimonia anche la sua scelta di fare parte delle organizzazioni studentesche, allora proibite[500]. Nonostante il divieto, infatti, egli formò una *Burschenschaft* con alcuni colleghi, divenuti poi anche amici, per esempio Wilhelm Roser (1817-1886) e Carl August Wunderlich (1815-1877)[501]. Questa prima forma di associazione si rivelò per certi versi decisiva per Griesinger e per la sua ricerca, se non altro perché il legame con Roser e Wunderlich stimolò, sia dal punto di vista strettamente medico che da quello filosofico, la sua riflessione critica circa l'approccio al mentale e i metodi diagnostici e terapeutici allora a tal fine utilizzati[502]. Questa unione, che tra l'altro comportò il *consileum abendi*, cioè la sospensione dall'università per un anno, costituì per Griesinger il primo momento di un'interazione feconda con colleghi che, come lui, maturavano sempre più la necessità di una nuova impostazione scientifica. Un'esigenza che certamente si adattava bene ad un contesto generale in profonda trasformazione: gli anni del *Vormärz* furono, infatti, quelli degli scontri e degli antagonismi, dove il 'vecchio' si trovò a dovere fare i conti, in ogni ambito, con il 'nuovo'. Fu il periodo nel quale le concezioni più vicine alla filosofia della natura vennero meno e in qualche modo si preannunciarono, già dalla metà del

[500] In merito alla situazione politica tedesca del tempo, con particolare riferimento alle vicende delle Facoltà di Medicina e di Filosofia dell'Università di Tubinga e all'esperienza di Griesinger, cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 22-28.

[501] A proposito del rapporto di amicizia con Wunderlich e Roser, Schott e Tölle sottolineano (H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 66) che «loro erano figli di vicini nella Hospitalstraße di Stoccarda, frequentarono insieme il liceo, studiarono medicina a Tubinga e divennero medici e professori: Wunderlich di medicina interna, Roser di chirurgia, Griesinger prima di medicina interna e poi di psichiatria. Nell'epoca del rivolgimento della medicina, più o meno a partire dal 1840, essi rappresentarono le tre grandi specialità mediche e fornirono, "in epoca più recente, il più importante contributo della regione del Württemberg alla medicina" (v. Brunn, 1963, p. 338). Il più talentuoso di loro fu chiaramente Griesinger, anche nella valutazione di Wunderlich».

[502] Cfr. B. Wahrig-Schimdt, *Elementi di filosofia dialettica nella psichiatria del giovane Griesinger*, in «Rivista di Psicologia», 1955, 2, pp. 53-61. Wunderlich e Roser fondarono, nel 1842, l'«Archiv für physiologische Heilkunde», con il preciso scopo di diffondere la medicina scientifica fondata sulla fisiologia: tale rivista si rivelò molto importante per Griesinger, anche perché egli vi pubblicò scritti psichiatrici significativi che in qualche misura ne anticiparono l'opera principale (*Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, cit.). Tra questi vanno ricordati, rispettivamente del 1843 e del 1844: *Über psychische Reflexactionen (Mit einem Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten)* e *Neue Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirns*, oggi consultabili in Id., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, cit., pp. 3-79.

diciannovesimo secolo, i progressi scientifici che porteranno a compimento quella che è stata definita la 'svolta ottocentesca'.

Griesinger si laureò nel 1838, dopo un anno di allontanamento che più che una punizione si rivelò, invece, piuttosto proficuo per la sua formazione: fu, infatti, un periodo che egli trascorse a Zurigo, a contatto con importanti personalità, primo fra tutti J.L. Schönlein, del quale seguì le lezioni, che in qualche modo influenzarono la sua visione della malattia[503]. Ciò si può in qualche modo riscontrare anche guardando all'argomento della sua tesi, per l'appunto discussa nel 1838, focalizzata sulla storia della malattia, rispetto alla quale forse già in giovane età Griesinger doveva riconoscere le difficoltà di procedere a una ricostruzione lineare e di individuare, conseguentemente, un idoneo approccio terapeutico. D'altronde, non c'è da stupirsi, se si pensa, più in generale, al fermento di quegli anni, resi ancora più vivaci, oltre che dalle contrapposizioni politiche sopra accennate, anche da un serrato confronto scientifico nazionale e internazionale, dal momento che proprio a quel tempo divennero sempre più frequenti i periodi di formazione all'estero, che indubbiamente favorivano tale clima di feconde interazioni e lo sviluppo di un pensiero più ampio e critico. Si sviluppò, inoltre, anche una più netta ed esplicita opposizione rispetto alla tradizionale 'chiusura' del passato, e non stupisce, quindi, che Griesinger e i suoi amici serbassero a lungo ricordi non certamente positivi della maggior parte dei professori di Tubinga con cui erano entrati in contatto nel corso degli studi universitari, ad eccezione di alcune grandi personalità che, forse proprio per l'esperienza maturata all'estero, avevano mostrato maggiore apertura mentale e una certa poliedricità di interessi. Questo fu per esempio il caso del giovane professore Friedrich Albert Schill, il quale, pur essendo scomparso prematuramente (a soli 33 anni), era riuscito, più di molti suoi colleghi, ad interessare e ad affascinare gli studenti sia per l'uso di strumenti più moderni, come per esempio lo stetoscopio, che per una formazione più ampia e composita, frutto anche degli anni di permanenza a Parigi e dei contatti con personalità di rilievo quali, per esempio, Broussais[504]. Si trattava, però, di una sporadica eccezione, tanto che, come doveva dichiarare lo stesso Griesinger, egli tendeva a soddisfare altrimenti i propri interessi, preferendo, per esempio, la lettura dell'*Handbuch der Physiologie des Menschen* di Johannes Peter Müller (1801-1858), che allora, per le idee innovative rispetto ad una concezione ancora troppo legata alla filosofia della natura, aveva iniziato a riscuotere ampio successo e doveva risultare determinante per la formazione della teoria psichiatrica di Griesinger, del quale è possibile cogliere, già in queste prime letture, la duplice propensione per la fisiologia e per la psicologia[505].

---

[503] Per qualche notizia sul soggiorno di Griesinger a Zurigo cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 29-30. In questo contesto è importante considerare l'influenza esercitata su Griesinger da Schönlein, il principale esponente della scuola di 'storia naturale'. La sua visione della malattia, in parte di derivazione schellinghiana, la considerava come un "abbassamento delle espressioni vitali a uno stadio vegetale" e cercava di "fissarla" in un sistema ben preciso. In realtà Griesinger non condivideva tale idea della malattia, che gli sembrava trascurare gli aspetti del processo patogenetico, ma, pur distaccandosene per gli aspetti relativi alla nosologia e alla terapia, egli apprezzava le lezioni di clinica di Schönlein. Inoltre, è significativo che il primo articolo da lui pubblicato nell'«Archiv für physiologische Heilkunde» fosse una sorta di "*Abrechnung*" con tale scuola, una "resa dei conti", se così si può dire. Si veda, a tal proposito, W. Griesinger, *Herr Ringseis und die naturhistorische Schule*, in «Archiv für physiologische Heilkunde», 1942, pp. 43-90, ora in W. Griesinger, *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. II: *Verschiedene Abhandlungen*, hrsg. C.A. Wunderlich, Berlin, Hirschwald, 1872, pp. 14-67. Si veda anche B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 43-47.

[504] Cfr. B. Wahrig-Schimdt, *Elementi di filosofia dialettica nella psichiatria del giovane Griesinger*, cit., p. 53.

[505] Come ricorda anche Wunderlich, Müller "orientò" un'intera generazione di medici, alla quale sia lui che Griesinger appartenevano. Müller diede, infatti, un grande contributo alla medicina tedesca, soprattutto grazie alla concezione della fisiologia, nella quale emergeva l'utilizzo di un nuovo metodo di rappresentare e di argomentare che poneva l'attenzione sull'oggetto specifico senza però trascurare gli aspetti filosofici, dunque senza mai scadere in un atteggiamento dogmatico. Cfr. C.A. Wunderlich, *Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Ebner&Seübert, 1859, p. 347. Per l'influenza di Müller su Griesinger, con un più ampio sguardo al contesto

Nello specifico, poi, per lo sviluppo dell'impostazione teoretica di Griesinger risultò fondamentale il pensiero di Johann Friedrich Herbart, mediato dalla psicologia di Müller[506]. Herbart, noto soprattutto per la riflessione filosofico-pedagogica, cercò di fondare una psicologia rigorosa basata su leggi matematiche, in risoluta opposizione all'idealismo e, anche, ad alcune derivazioni kantiane[507]. Egli fu allievo di Fichte, del quale in un primo momento condivise la posizione generale ma dal quale si distaccò poi decisamente, criticando la soggettività dell'io fichtiano e il suo procedere dialettico, di cui, a suo avviso, non si riuscivano a dimostrare adeguatamente né i presupposti né gli sviluppi. Allo stesso modo, sempre in opposizione a tale tendenza soggettivistica, egli non condivideva alcuni assunti di derivazione kantiana, in particolare quelli legati alle facoltà conoscitive dell'uomo, come per esempio il ruolo assegnato alle forme a priori dello spazio e del tempo e la convinzione che la conoscenza dipenda dal soggetto e dalla sua capacità di unificare gli elementi che provengono dalla molteplicità esterna. Herbart era vicino, piuttosto, alle posizioni degli empiristi inglesi, convinto della primigenia dell'esperienza: la conoscenza dipende dalla realtà e dal suo contenuto, non dalle categorie gnoseologiche del soggetto. Per via di tali convinzioni, la sua posizione è stata spesso associata ad una forma di realismo secondo cui l'esistenza della realtà sensibile sarebbe attestata dall'esperienza e non dalle forme a priori presenti nel soggetto trascendentale. La filosofia, quindi, deve fondarsi sull'esperienza e la psicologia può assumere le caratteristiche di una scienza 'esatta', con l'obiettivo di indagare i processi dell'anima in modo sperimentale.

Su tale presupposto, secondo il quale l'esistenza della realtà sarebbe fondata su dati osservabili, e non su forme concettuali, egli elabora la sua psicologia, della quale, con riferimento a Griesinger, è importante sottolineare la teoria delle rappresentazioni, su cui si fonda la stessa concezione dell'io. Secondo Herbart le rappresentazioni, esito del contatto con la realtà, sono forze che si associano e agiscono sempre le une sulle altre, provocando così un continuo processo di trasformazione. Esse si associano tra loro o si oppongono le une alle altre, quando dissimili: la rappresentazione più forte, cioè quella che in qualche modo risulta più stabile e consolidata, è quella che al momento prevale, mentre le altre si arrestano al di sotto della coscienza, diventando "aspirazioni" e restando sempre pronte a tornare coscienti in seguito al contatto con altre rappresentazioni simili. In questo senso, dunque, Herbart distingue tra le rappresentazioni che si consolidano a livello della coscienza e quelle che, invece, si arrestano ad uno stadio subcosciente: da questo continuo incontro e scontro di rappresentazioni sorge l'io, che è il punto di contatto tra le rappresentazioni coscienti e quelle subcoscienti e mantiene una certa flessibilità che gli permette di accogliere sempre nuove rappresentazioni. Dalle rappresentazioni e dalla loro diversa combinazione nascono i sentimenti e le volizioni, che sono, quindi, definitivamente sradicati dalla visione romantica e dalle tendenze soggettivistiche che li vedevano, fondamentalmente, in diretta connessione con la capacità percettiva del soggetto. Tutto è ricondotto, quindi, a livello esperienziale, a partire dalla realtà che si dà in modo continuo e rende così possibile la genesi delle rappresentazioni, dalla cui interazione dipendono anche i sentimenti più basilari, come il piacere e il dolore: il primo sarà, infatti, l'esito di un'interazione positiva tra rappresentazioni coordinate, mentre il secondo risulterà generato da condizioni di opposizione tra le stesse. L'esito finale di tali processi è costituito dalla trasformazione della rappresentazione in azione, momento in cui si realizza la massima aspirazione e la rappresentazione appare, finalmente, in tutta la sua chiarezza.

---

del tempo, cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 11-17.

[506] Per Griesinger e la sua nosologia, con particolare riferimento all'influenza esercitatavi da Herbart e da Müller, cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 44-60.

[507] Tra le opere di Herbart si veda almeno *Psychologie als Wissenschaft, neu gegründet auf Erfahrung, Metaphysik, und Mathematik*, Königsberg, Unzer, 1824/1826.

Griesinger deriva da Herbart innanzi tutto questa idea di "psicologia empirica" sviluppata attraverso la teoria delle rappresentazioni, motivo per il quale egli fa proprio il connubio *Vorstellung-Strebung* come fondamento dello sviluppo dei processi psichici. Tale connubio viene però poi ulteriormente ampliato e modellato, anche perché egli risente dell'influenza della fisiologia e degli studi, nel frattempo sempre più progrediti, sul sistema nervoso e sulle sue funzioni. Questa tendenza, poi, è ancora più avvertita negli anni del *Vormärz*, contraddistinti dall'esaltazione del metodo sperimentale, specie in relazione alla medicina, che si voleva in qualche modo distaccare dalle influenze speculative per fare riferimento al metodo empirico-sperimentale. La fisiologia sembrò essere la disciplina che meglio rispecchiava tale orientamento, dato che proprio intorno agli anni '30 dell'Ottocento essa definiva il proprio statuto autonomo all'interno delle scienze naturali e veniva finalmente riconosciuta come tale, nel rispetto delle peculiarità specifiche. In particolare, la fisiologia non solo sembrava costituire uno strumento valido e sufficientemente empirico per spiegare i processi patologici ma, nello stesso tempo, poteva anche essere utile per evitare il processo opposto, vale a dire l'estremizzazione del ricorso alle scienze empiriche e lo scadimento in una forma di vuoto empirismo metodologico. Lo scopo, invece, doveva essere quello di favorire l'indagine empirica sviluppata attraverso l'osservazione, evitando qualsiasi eccesso speculativo. Il metodo doveva essere, insomma, validamente supportato e qui si spiega la ricerca sempre più frequente della conferma sperimentale dell'osservazione. Del resto, questo corrispondeva al forte impulso, manifestatosi già alla fine del Settecento, in direzione di una conoscenza sempre più accurata delle realtà anatomiche dell'uomo, con particolare attenzione al sistema nervoso e alle parti corporee che ad esso potevano essere più direttamente collegate, dal cervello al midollo spinale e ai nervi. Proprio di tali parti cominciavano già ad esservi, almeno a livello anatomico, le prime descrizioni, assai più lacunose, invece, sul piano strettamente fisiologico. Soltanto in un secondo momento, cioè nel corso dell'Ottocento, si dovevano registrare i primi progressi in tal senso, dovuti anche agli interessi sempre più forti per l'istologia e per le dinamiche cerebrali; l'attenzione venne focalizzata, quindi, sulla corteccia cerebrale e sul sistema nervoso e vennero indagate più a fondo le relazioni tra l'attività sensibile e quella motoria. Le conoscenze del sistema nervoso erano ancora, fino agli albori dell''800, sostanzialmente quelle legate alla concezione cartesiana, per cui si guardava ad un sistema nervoso unico e centrale ("*sensorium commune*") al quale facevano capo tanto le funzioni sensibili che quelle motorie. Si pensava, infatti, che gli stimoli esterni agissero dapprima sugli organi di senso per poi convogliare tutti, attraverso i nervi e il midollo, nel sistema nervoso centrale, detto anche "*sensorium commune*", dove poi suscitavano la percezione sensoriale vera e propria. Anche le azioni motorie obbedivano a tale visione centralizzata, secondo la quale era il centro cerebrale a controllare tutti i movimenti corporei e a inviare gli impulsi nervosi attraverso il midollo e fino ai muscoli, che poi, contraendosi, generavano la risposta motoria.

In questo periodo progredirono molto anche gli studi sull'essenza dell'impulso nervoso, che inizialmente si pensava fosse di natura elettrica, poi elettrochimica: furono molti, infatti, gli studi sul sistema nervoso, ma particolare importanza, per il lavoro di Griesinger, ebbero quelli che si interessarono in modo più specifico della sensazione, del movimento e della loro trasmissione attraverso i canali nervosi. A tal proposito, fu certamente significativa la scoperta dapprima 'intuita' da Charles Bell (1774-1842) e poi sviluppata da François Magendie (1783-1855), nel periodo intorno al 1822: essi mostrarono la differenza tra la sensazione e il movimento e tra le loro rispettive funzioni, evidenziando come le radici posteriori dei nervi spinali svolgano una funzione essenzialmente sensibile, mentre quelle anteriori funzioni motorie: in questo modo venivano definitivamente superate l'indifferenziazione e la confusione precedenti, laddove si pensava che un dato impulso nervoso venisse comunicato attraverso un unico nervo, in direzione sia centrifuga

che centripeta. Infatti, la legge di Bell e Magendie[508], che sarà poi determinante per la teoria di Griesinger, si basa sulla distinzione tra nervi sensori e nervi motori, e di conseguenza tra "azione centripeta" e "azione centrifuga": nei nervi sensori l'azione nervosa si sviluppa, infatti, dalla periferia al centro, e per questo essa è appunto definita "centripeta", mentre nei nervi motori essa prosegue dal centro alla periferia, ed è dunque chiamata "centrifuga". Essi furono tra i primi a sostenere, anche attraverso tentativi di sperimentazione su basi anatomiche (per esempio la pratica della vivisezione), che i processi mentali sono un prodotto cerebrale sostanzialmente non distinguibile da altri processi organici. Tale scoperta era ancora ad uno stato embrionale ma stimolò non poco le ricerche successive, che si concentrarono sull'attività della sensazione e del movimento, della quale si ricercarono i punti di controllo nelle strutture cerebrali e gangliari.

Anche gli studi sul midollo spinale assunsero particolare rilievo, specie grazie all'opera di Marshall Hall (1790-1857), l'autore della teoria dell'arco riflesso, secondo la quale si deve distinguere tra i movimenti volontari, che fanno capo al cervello, e quelli involontari, generati dallo stimolo sulla fibra nervosa o muscolare: si ha, così, un sistema duale cerebrale-gangliare che riguarda da una parte il cervello, che presiede ai movimenti volontari, e dall'altra il midollo spinale, a capo dei movimenti involontari. Con riferimento a questi ultimi si parla anche di movimento riflesso, che coinvolge lo stimolo esterno, che colpisce una determinata parte sensoriale, la "fibra nervosa afferente", che trasporta l'impulso dall'area sensoriale al midollo, il midollo stesso, che trasforma l'impulso centripeto in movimento centrifugo, e, infine, la "fibra nervosa efferente", che conduce l'impulso dal midollo alla periferia. Si parla di teoria dell'arco riflesso proprio per la funzione svolta dal midollo, che "riflette" un impulso centripeto in un movimento centrifugo[509].

In Germania la legge di Bell e Magendie venne favorevolmente accolta, dopo un'adeguata sperimentazione, proprio da Johannes Peter Müller, una figura non solo rilevante per la formazione di Griesinger ma anche capace di conferire alla fisiologia autonomia scientifica, superando l'idea di un sistema nervoso indifferenziato e sottolineando, invece, le specificità sensoriali che possono generarsi anche dallo stimolo. La sua interpretazione in chiave fisiologica fu sempre accompagnata da una forte connotazione filosofica: figlio del suo tempo, egli risentiva soprattutto degli influssi romantici, primo fra tutti quello ad opera della filosofia della natura, così come dell'influenza di autorevoli intellettuali del tempo, come per esempio Goethe. La posizione di Müller appariva molto innovativa, dato che egli si interessava anche di aspetti prettamente neurofisiologici, guardando alle teorie che nel frattempo si andavano consolidando soprattutto all'estero, tra cui proprio quella legata alla legge di Bell e Magendie, dei quali riprodusse gli esperimenti. Muovendo da questi ultimi, Müller elaborò, intorno al 1826, la teoria dell'"energia specifica dei nervi", secondo cui stimoli differenti provocano, in un determinato organo di senso, sempre una sensazione specifica. In questo modo veniva definitivamente a dissolversi la teoria del sistema nervoso unico, centrale e indifferenziato, dato che Müller cercava di rivendicare, per le diverse sensazioni, specifici "recettori" del sistema nervoso: per questo si dice che il suo grande merito sia stato quello di avere scoperto il principio dell'"energia specifica dei nervi", in base al quale uno stesso stimolo può provocare sensazioni diverse, secondo il tipo di nervo ogni volta interessato.

Questa teoria viene sistematizzata meglio nei due volumi dell'*Handbuch*, dove, oltre alla concezione prettamente fisiologica, emerge anche una forte valenza psicologica, i cui contenuti rappresentano un ulteriore progresso anche rispetto alle teorie di Herbart. Infatti,

---

[508] Per la discussione sulla legge di Bell e Magendie cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., p. 66.

[509] Cfr. G. Cimino, *L'Ottocento: biologia. Neurofisiologia e neuroistologia*, in https://www.treccani.it/enciclopedia/l-ottocento-biologia-neurofisiologia-e-neuroistologia_%28Storia-della-Scienza%29/ [consultato il 13 aprile 2020].

secondo Müller non tutti gli stimoli derivano dalla realtà esterna ma possono esservi stimoli interni attraverso i quali si produce altrettanta energia sensoriale, come accade, per esempio, nel caso delle allucinazioni: veniva così superato anche il rigido "realismo" di Herbart e si dischiudeva una prospettiva psicologica che ora includeva anche la possibilità degli stimoli interni. Ciò che colpisce, però, nella visione di Müller è la considerazione dei fenomeni umani, di fatto mai interamente riconducibili a quelli fisico-chimici, rispetto ai quali essi presentano sempre qualcosa in più, dal momento che la loro causa ultima è la vita, o meglio, la forza vitale.

In modo collaterale, influì su Griesinger anche l'impostazione pratico-empirica legata alle esperienze cliniche compiute in Germania e, soprattutto, all'estero. Infatti, furono sicuramente determinanti i soggiorni di formazione[510] che lo allontanarono da Tubinga, dove rientrò soltanto dopo avere svolto attività di tirocinio in altre sedi: tra le più significative vanno certamente ricordate Parigi, dove egli, nei primi mesi del 1839, ebbe i primi contatti con la teoria elaborata da Magendie e dove poi tornò negli anni 1841-42[511], e Winnenthal, presso il cui manicomio, sotto la direzione di Ernst Albert Zeller (1805-1877), egli fu impegnato, come assistente, nel biennio 1840-1841[512]. Tale esperienza fu decisiva per il processo che lo vide gradualmente distaccarsi dalla "psichiatria romantica" del tempo e da una visione della medicina ancora sostanzialmente legata alla filosofia della natura[513].

Lavorare come assistente di Zeller permise a Griesinger di prendere in qualche modo le distanze dalla disputa, allora assai accesa in Germania, tra gli *Psychiker* e i *Somatiker*, così che egli non solo non prese posizione a favore di nessuna delle due concezioni ma di fatto ne superò il comune presupposto concettuale, di matrice romantica, secondo cui l'anima, o almeno la sua parte più profonda, non avrebbe potuto ammalarsi. In particolare, egli si mostrò in forte disaccordo con Jacobi, ed è un dato certo significativo perché attesta, oltre alla distanza della prospettiva organicista di quest'ultimo dalle interpretazioni somatiche successive, il distacco di Griesinger tanto dall'idea di una psichiatria fondata sulla filosofia quanto da ogni posizione a vario titolo riduzionistica: egli intendeva dare spazio, invece, ad una "psichiatria empirica" in grado di attenersi, per quanto possibile, a ciò che è osservabile e dimostrabile e, anche, capace di lasciare adeguato spazio all'individuo, la cui autodeterminazione non può che tenere conto anche delle indicazioni nel frattempo maturate dalle coeve riflessioni psicologiche.

La critica al pensiero di Jacobi, esposta in modo più sistematico nell'articolo *M. Jakobi, die Hauptformen der Seelenstörungen, in ihren Beziehungen zur Heilkunde, nach*

---

[510] I soggiorni di ricerca erano ai tempi abbastanza frequenti per i giovani medici, i quali, subito dopo la laurea, andavano in capitali come Parigi, Londra e Vienna per apprendere le ultime novità in merito alla fisiologia, alla patologia e alla terapia. Per esempio Wunderlich andò a Parigi e Vienna, e proprio in queste occasioni apprese degli esperimenti di Bell e Magendie, che probabilmente gli resero ancora più chiara e urgente l'esigenza di dover procedere ad un rinnovamento della psichiatria tedesca, specie in ambito terapeutico: egli si fece sempre più convinto dell'apporto che la medicina tedesca avrebbe potuto dare, anche grazie alle sue particolari "inclinazioni filosofiche", al progresso della medicina (cfr. B. Wahrig-Schimdt, *Elementi di filosofia dialettica nella psichiatria del giovane Griesinger*, cit., pp. 53-54).

[511] Per i soggiorni parigini di Griesinger cfr. *ibidem*, p. 53.

[512] Per quanto concerne le sue esperienze all'estero si veda anche H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 67.

[513] L'esperienza di Griesinger a Winnenthal fu fondamentale per la formazione della sua concezione psichiatrica, ma anche per quella più strettamente personale, dato che lì egli apprese l'importanza dell'atteggiamento sempre aperto e critico, dunque mai estremista e radicale, che deve assumere l'uomo di scienza. Per quanto riguarda la sua esperienza presso Zeller, anche alla luce di significative testimonianze sul loro rapporto professionale e amicale, così come per l'origine e il funzionamento dell'istituto di Winnenthal e, più in generale, per l'analisi e il trattamento della malattia mentale lì sviluppati cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 31-34.

der Beobachtung geschildert[514], pubblicato, nel 1844, nell'*Archiv für physiologische Heilkunde*, ne contesta sia l'approccio metodologico che diversi spunti teorici. Griesinger da una parte riconosce il progresso per certi versi apportato dall'approccio di Jacobi, specie per quel che riguarda la ricerca della causa somatica della malattia, rispetto alle tendenze meramente moralistiche e astrattamente speculative allora così tanto diffuse, ma dall'altra specifica come tale impostazione somatica abbia avuto origine, in buona sostanza, proprio da tale forma di protesta rispetto alle tendenze del tempo più che da convinzioni radicate, il che ha poi inevitabilmente contribuito a creare una eccessiva "generalizzazione" di quanto ricavato dalle osservazioni[515]. Nello specifico Griesinger, pur riconoscendo l'interesse di certe sue osservazioni, ne contesta alla radice il metodo, non condividendone già il punto di partenza teoretico, nel quale scorge una sorta di strano eclettismo venuto fuori dall'improbabile confluenza tra la teoria dell'eccitazione e le antiche concezioni umorali: un quadro, insomma, assai poco chiaro e definito che poteva soltanto confondere.

Anche dal punto di vista più strettamente concettuale non mancano, poi, le discordanze, che emergono già a partire dal presupposto fondamentale secondo cui la follia sarebbe un sintomo di diverse malattie corporee, posizione che finisce inevitabilmente per indebolire l'ipotesi di una genesi cerebrale del disturbo mentale[516]. Tale concezione rischia, tra l'altro, di vanificare gli stessi interventi terapeutici, che di fatto risulterebbero inutili o puramente accessori, oltre che sempre subordinati ad altre condizioni, spesso di natura causale, che riguardano l'individuo. D'altronde, una spiegazione eziologica che interpreta la malattia come manifestazione di più disturbi corporei, senza alcun riferimento specifico ad un unico organo di riferimento, non è, in realtà, che l'espressione di un qualche dualismo tra corpo e anima. Per quanto gli sforzi terapeutici possano essere talvolta soddisfacenti, tale concezione è, secondo Griesinger, fortemente penalizzante anche per lo sviluppo scientifico della psichiatria[517]. Al contrario, egli propone un'"ipotesi empirica" fondata sull'effettiva unità di corpo e anima: si tratta di una concezione per molto tempo evitata, in

---

[514] Cfr. *Recension über: M. Jakobi, die Hauptformen der Seelenstörungen, in ihren Beziehungen zur Heilkunde, nach der Beobachtung geschildert,* in «Archiv für physiologische Heilkunde», 1844, pp. 278-310, ora in W. Griesinger, *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, cit., pp. 80-106.

[515] Come premette Griesinger alla sua recensione sopra ricordata (pp. 80-81): «Per i suoi scritti precedenti l'autore è già noto come il più importante rappresentante, insieme a *Nasse*, della cosiddetta teoria somatica della pazzia, una visione che contro le teorie precedenti ha rappresentato in ogni caso un progresso essenziale e che ha soprattutto il merito di avere salvato la psichiatria dalle mani dei moralisti e degli pseudo-filosofi, riportandola nel campo puramente medico, ma che, generalizzando in una prospettiva unilaterale, secondo il nostro punto di vista è andata al di là dei risultati dell'osservazione.

C'è una buona ragione storica per quello che è successo. La formazione delle teorie somatico-psichiatriche tedesche è da considerarsi come la reazione del senso comune medico, come la protesta dell'osservazione naturale medica contro le teorie moralizzatrici di *Heinroth* sull'origine della follia dalla peccaminosità, dal distacco da dio e dalla mescolanza con il diavolo, teorie che per un certo periodo in Germania hanno trovato seguaci».

[516] Per un'analisi più approfondita della recensione di Griesinger si veda, *ibidem*, pp. 80-106. Per le posizioni critiche in merito si veda anche M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., p. 44.

[517] Come specifica Griesinger (*Recension über: M. Jakobi, die Hauptformen der Seelenstörungen, in ihren Beziehungen zur Heilkunde, nach der Beobachtung geschildert*, cit., pp. 104-105) in riferimento a Jacobi, ma, più in generale, guardando ai due orientamenti degli *Psychiker* e dei *Somatiker*, «le visioni dell'autore e dell'intera scuola somatico-psichiatrica, del resto, non possono essere assolutamente valide per la formazione scientifica dei principi necessari per la cura psichica dei pazzi. Se, in genere, nel disturbo psichico si ha realmente a che fare soltanto con le più diverse malattie fisiche, allora, di conseguenza, una cura direttamente psichica appare, se non del tutto inutile, tuttavia soltanto accessoria, come nel sistema di *Heinroth* la terapia somatica appare come una cura ausiliaria dei singoli casi assolutamente subordinata. Sappiamo molto bene che gli psichiatri della scuola somatica si comportano in modo molto diverso nella pratica, che nelle istituzioni competenti la terapia psichica è applicata in modo appropriato e degno di ogni riconoscimento, soltanto temiamo che questi medici debbano per questo dimenticare la loro teoria somatica.

Ma anche qui la scienza sollecita accordo e coerenza. Ma tali risultati si ottengono quando si abbandona il punto di vista generale sul quale si colloca anche l'autore [Jacobi], quello, cioè, del dualismo tra anima e corpo».

quanto si era temuto, specie nel periodo romantico, di scadere in una prospettiva materialista che di fatto avrebbe finito per svalutare il significato e la specificità dell'anima. In realtà, invece, Griesinger non intende affatto sminuire le funzionalità e il ruolo dell'anima, bensì concentrarsi su ciò che ne è in qualche modo alla base, cioè le funzioni cerebrali e il sistema nervoso[518]. Tale concezione sostanzialmente unitaria della relazione corpo-anima, per cui anche il cervello non viene più considerato in una prospettiva organica semplicistica, bensì come "*lebenden Gehirn*", permette, allora, il superamento di quella concezione generica e confusa, che Griesinger contesta fortemente, secondo la quale le cause dei disturbi psichici vanno ricercate, in generale, in tutte le alterazioni organiche; ora, invece, queste vengono circoscritte e individuate, almeno in una prima fase, nelle alterazioni cerebrali: così, la pazzia deve essere indicata come manifestazione di più profondi disturbi cerebrali e soltanto in un secondo momento si deve ricercare cosa ha provocato tali disturbi cerebrali, che solitamente consistono in una "irritazione cerebrale"[519].

In questa critica emergono, quindi, alcune concezioni fondamentali che servono a chiarire non soltanto la visione di Griesinger ma, più in generale, lo sviluppo delle teorie psichiatriche del tempo, delle quali vengono lì esaminati alcuni punti nodali. Griesinger, vivendo anch'egli in epoca romantica, probabilmente non poteva avere maturato il distacco critico necessario per comprendere come sia gli "psichici" che i "somatici" si appellassero, in fondo, al presupposto romantico dell'inviolabilità dell'anima, così che anche la teoria somatica lì sostenuta doveva di fatto assumere connotati diversi rispetto a quelle del medesimo genere che si affermeranno soltanto successivamente. Tuttavia, egli è capace di focalizzare in modo chiaro il nucleo fondamentale del problema che non permetteva a quel tempo lo sviluppo scientifico della psichiatria, ovvero il dualismo di corpo e anima, che, considerati come entità separate, non rendevano possibile cogliere l'essenza unitaria dell'individuo, rendendo sostanzialmente vana, nonostante qualche risultato terapeutico soddisfacente, anche l'indagine eziologica sui disturbi mentali, la cui radice era ricercata, in modo inappropriato e confusionario, nelle più svariate alterazioni organiche. Tale dualismo corpo-anima rendeva più probabile, inoltre, scadere in teorie individuali e moralistiche assai distanti dallo spirito scientifico, che, invece, deve attenersi all'evidenza, fondarsi, cioè, su ipotesi empiriche. Un'empiria che, come Griesinger stesso sottolinea, ha sempre in qualche modo intimidito, se non altro perché troppo facilmente associata a prospettive materialiste: probabilmente egli è anche consapevole rispetto ad una tale possibile critica che la sua stessa teoria avrebbe potuto generare e allora chiarisce subito che assumere una prospettiva empirica significa presuppore sempre, "al di sotto" dell'anima, le funzioni del cervello e del sistema nervoso, da non intendere, però, in un'accezione meramente organica, come peraltro dimostra anche l'espressione da egli stesso usata per indicare il "*lebendes Gehirn*", il "cervello vivente". Insomma, la visione di Griesinger appare fin dalle origini empirica e fortemente ancorata ad una prospettiva somatica, ma non per questo può essere definita *tout court* materialista.

In definitiva, dunque, quest'opera segna in qualche modo il tramonto della cosiddetta "psichiatria romantica": con Griesinger avviene il distacco tanto dall'orientamento somatico, così come fino ad allora concepito, quanto da quello psichico, peraltro assai

[518] «All'ipotesi dualistica si contrappone l'ipotesi, assai più probabile secondo i dati empirici, di un'immediata unità dei fenomeni del corpo e dell'anima. Questa visione è stata fino ad ora molto meno trattata e sviluppata rispetto a quella dualistica, e questo certamente per ragioni tra le quali non ultima è la paura che viene fuori dinnanzi alla parola "materialistica". Ma quelle contraddizioni scompaiono con l'accettazione di questo più recente punto di vista dove ci si attiene al principio empirico secondo il quale si devono pensare come anima le funzioni del cervello vivente (con il restante sistema nervoso)» (*ibidem*, p. 105).

[519] «In quest'ottica, però, il principio della teoria somatica secondo il quale ovunque sia presente la pazzia, cioè ovunque si verifichino fenomeni psichici anomali, lì vi è, in modo assolutamente sicuro, anche una malattia, questo principio si lascerà sempre comprendere da sé; ma, *innanzi tutto*, si può sempre soltanto parlare di malattia del cervello, e soltanto in seconda battuta i disturbi precedenti, che hanno dato origine all'irritazione cerebrale, possono pervenire alle circostanze eziologiche» (*ibidem*, p. 105).

legato anche alla tendenza speculativa del tempo. Non si tratta, lì, soltanto di una critica rivolta a Jacobi, ma di un più ampio rifiuto della concezione medico-psichiatrica del tempo, alla quale egli opporrà, invece, l'utilizzo di categorie teoriche in grado di garantire scientificità al trattamento dei disturbi mentali. Nello specifico, proprio a tutela di tale scientificità, egli contesta la facilità con cui troppo spesso si parla, in riferimento alla follia, di "perversione morale", o ancora peggio, il modo in cui si cerca di distinguere la follia vera e propria dal disturbo che riguarda l'anima e le sue "relazioni antropologiche", senza che vi siano in realtà strumenti che ne permettano un'effettiva distinzione[520].

Fuorviante appare, inoltre, anche l'uso improprio della psicologia, che va invece utilizzata soltanto in una prospettiva empirica; così, a conclusione della recensione, Griesinger espone i presupposti teoretici a partire dai quali stilerà, poi, la *Magna Charta* della psichiatria clinica scientifica: «La psicologia, secondo la nostra convinzione, si deve comportare nei confronti della psichiatria proprio allo stesso modo in cui la fisiologia si comporta con la patologia e con la medicina. Entrambe devono esigere l'una dall'altra le importantissime spiegazioni reciproche. Ma non c'è bisogno di nessuna ulteriore spiegazione circa il fatto che noi possiamo in genere intendere come psicologia nient'altro che quella empirica, osservativa, una scienza naturale. Ma per una tale scienza il primo fondamento è la meccanica delle azioni cerebrali, che poi anche lo spiritualismo più astratto deve accettare. Lì, in questo ambito, può essere messo in pratica il principio dell'unità di anima e corpo così spesso proclamato anche in psichiatria ma così raramente tenuto in considerazione in modo consequenziale. Lì devono essere concentrate, per adesso, le nostre forze»[521].

Nonostante la recensione dell'opera di Jacobi sia cronologicamente posteriore ad altri scritti di Griesinger nei quali egli espone la propria teoria psichiatrica, tale testo, soprattutto in certi punti nodali, rappresenta bene la cesura rispetto alla "psichiatria romantica" precedente e chiarisce i presupposti fondamentali da cui lo stesso Griesinger muove per elaborare la propria concezione della psichiatria. Alla luce delle influenze culturali sopra brevemente richiamate, in particolare gli studi sul sistema nervoso, la "psicologia empirica" postulata da Herbart e la fisiologia di Müller, che si andavano allora affermando in contrasto alle tendenze romantiche, le considerazioni espresse in questa recensione sintetizzano bene il quadro di riferimento entro il quale va contestualizzata l'opera di Griesinger. Infatti, essa da una parte chiarisce i presupposti concettuali della sua psichiatria e dall'altra evidenzia, in modo certo significativo, come l'avvento della psichiatria clinica in Germania possa essere per molti versi associato alla *Magna Charta* da egli stesso elaborata.

4.2 *Theorien und Thatsachen*: il 'manifesto' della psichiatria scientifica

Griesinger doveva avere le idee abbastanza chiare circa la propria impostazione psichiatrica già prima di distaccarsi pubblicamente, con la recensione dell'opera di Jacobi, dalla concezione, teoretica e metodologica, propria della "psichiatria romantica". Ciò emerge in modo alquanto evidente in *Theorien und Thatsachen*, uno dei primi scritti che egli pubblica nell'*Archiv für physiologische Heilkunde*, nel 1842, e che può essere in qualche modo considerato il 'manifesto' programmatico della sua psichiatria, dal momento che qui egli sviluppa la critica tanto di ogni esasperazione dogmatica dell'empirismo

[520] Cfr. *ibidem*, p. 105.
[521] *Ibidem*, p. 106.

metodologico quanto di ogni eccessiva speculazione filosofica[522]. La sua idea di fondo, che emerge con puntualità e chiarezza, richiama ad un equilibrio il più possibile armonico tra teoria e prassi, proprio quell'equilibrio, insomma, che per un verso o per l'altro sembrava mancare nella Germania del tempo. Da una parte, infatti, il Romanticismo aveva radicato la psichiatria, e più in generale l'intera medicina, su considerazioni di natura prettamente filosofica, mentre dall'altra un eccesso d'empiria sembrava potere relegare in secondo piano gli aspetti teorici dell'indagine scientifica. Entrambi questi atteggiamenti potevano risultare, in buona sostanza, fortemente penalizzanti per la ricerca scientifica e, in particolare, per lo sviluppo della psichiatria, che doveva fondarsi, piuttosto, su un soddisfacente equilibrio tra l'aspetto teorico e quello pratico. È certamente vero che già in questo testo si trova un primo riferimento alla fisiologia come base scientifica sulla quale fondare lo studio dei processi patologici, ma è altresì evidente come lo stesso titolo ponga teorie e fatti in stretta relazione, per cui l'una non esclude mai gli altri, ma li implica. Questo testo risulta, pertanto, molto significativo perché, seppur senza sviluppare ancora un'analisi troppo specifica della prospettiva patologica, espone con chiarezza il punto di vista generale di Griesinger, il quale non è certo lo scienziato positivista che vuole in qualche modo, per così dire, ridimensionare il profilo teorico della ricerca scientifica, ma un medico equilibrato e consapevole della complementarità della riflessione concettuale e del riferimento alla datità empirica, come si può peraltro leggere direttamente[523]: «Fatti! Solo fatti! invoca un Positivismo che non ha idea del fatto che su ogni punto la scienza deve servirsi, per un nuovo passo, della negazione, che non vuole rendersi conto che ogni volta la ricostruzione dei concetti deve essere preceduta dalla loro dissoluzione. Il piccolo mondo della medicina vive un po' di idee, proprio come il grande mondo della scienza e della vita; giacché la medicina ha dato l'addio alle vacue speculazioni, nessuno può ancora rallegrarsi di essere adesso liberato un po' anche dal pensiero. I fatti, strappati faticosamente all'osservazione, all'esperimento e al microscopio, necessitano della separazione e della ricongiunzione spirituali»[524]. Già da queste parole emerge la presa di posizione di Griesinger contro gli atteggiamenti positivistici estremizzanti, che non considerano o meglio "non hanno idea" di come proceda il progresso scientifico, il quale, ancor prima di assumere qualsiasi nuova posizione, deve essere in grado di superare le precedenti. In questo senso, dunque, emerge già l'insoddisfazione rispetto ad una visione capace di guardare soltanto ai fatti, senza sufficiente attenzione per la considerazione teoretica, che invece appare almeno altrettanto necessaria. Ciò non significa certo disperdersi, poi, in astratte dissertazioni, allo stesso modo in cui non pare giustificato il rifiuto generalizzato, da parte di alcuni scienziati, della speculazione filosofica: «Sono passati i tempi in cui una volta *Schelling* poteva contrassegnare come un male ereditario il fatto che molti empiristi si vergognassero di essere soddisfatti dei loro fatti e passassero a teorizzare; egli ha avuto probabilmente ragione, quindi, quando ha rifiutato l'usura della speculazione filosofica che quelli stimolavano con i risultati della ricerca empirica; ma ora brillanti esempi hanno dimostrato al mondo che proprio quelli prima di tutto abilitati e designati all'accertamento teoretico dei concetti, persino quelli hanno lottato, nella faticosa ricerca, con l'elemento particolare del materiale. Voglio ricordare Müller, Henle e tanti altri, che dovettero al loro atteggiamento e al loro zelo la possibilità di godersi quel ricco materiale appena scoperto,

[522] Cfr. W. Griesinger, *Theorien und Thatsachen*, in «Archiv für physiologische Heilkunde», 1842, pp. 652-657, ora in Id., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. II: *Verschiedene Abhandlungen*, cit., pp. 3-8.
[523] Riporto di seguito un'analisi commentata di alcuni punti salienti del testo di Griesinger, che presento nella traduzione italiana da me formulata. Per un confronto con il testo originale di riferimento, che ovviamente qui non è possibile riportare per intero, rimando a W. Griesinger, *Theorien und Thatsachen*, in Id., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. II: *Verschiedene Abhandlungen*, cit., pp. 3-8. L'intenzione, al momento, non è tanto presentare una traduzione strettamente letterale, ma fare emergere (mantenendo comunque assoluta fedeltà al testo originario) il senso delle parole dell'autore, sottolineandone alcuni snodi di particolare rilievo.
[524] *Ibidem*, p. 1.

che però nelle loro mani divenne presto vivo, e ogni punto guadagnato in dettaglio portò anche nuova visibilità, nuove promesse e soddisfazioni per l'intera scienza»[525].

Griesinger vuole in qualche modo sottolineare la conclusione di un'epoca per molti versi asfittica e confusionaria durante la quale teoria e prassi sono state utilizzate e spesso contrapposte in modo non sempre opportuno. Si sono così avute, talvolta, l'eccessiva teorizzazione, spesso dovuta all'insoddisfazione per le sole indagini empiriche, o la malsana tendenza ad abusare della riflessione filosofica. Estremizzazioni negative che sembrano, però, avere oramai compiuto il loro tempo, come dimostrano concreti esempi di scienziati che hanno reso l'empiria una possibilità effettiva per costruire nuove prospettive teoriche e per fornire, quindi, nuovi spunti concettuali alla ricerca. In questa prospettiva, appare tutt'altro che irrilevante la stima manifestata da Griesinger nei confronti di Müller, ad ulteriore testimonianza di un interesse suscitato già in epoca universitaria, quando il giovane ricercatore si era avvicinato, con un qualche ammirato stupore, alle sue opere. Si trattava, ora, di recuperare credibilità per il medico e per la medicina: «Mai meno di adesso sono mancati alla medicina i fatti e tuttavia noi crediamo che questo possa essere soltanto l'inizio e che abbiamo ancora bisogno di molti più fatti. Negli eventi più semplici e comuni della quotidianità, nel mal di testa, nel semplice catarro, nelle ulcere del piede e in tutte le piccole cose appena prese seriamente in considerazione ci sono ancora tantissimi fatti eziologici, patologici e terapeutici da scoprire e per questo tra i medici si diffondono ancora così tante visioni cieche e da incompetenti che non sono da biasimare, nel loro punto di vista, addirittura nemmeno gli incompetenti, quando vedono qui l'ignoranza e poi, con il loro Molière in testa, rivolgono dubbi e sarcasmi contro tutta la medicina»[526].

La vita quotidiana non è, insomma, che un'ulteriore testimonianza della necessità di proseguire ancora sulla via dell'indagine empirica, indagando quei *facta*, per attenersi alla stessa terminologia di Griesinger, che spesso permettono di superare le lacune in ambito teorico-eziologico e medico-terapeutico: solo questa sembra essere, a dire di Griesinger, la via percorribile per combattere l'ignoranza e l'incompetenza di chi, inconsapevole dei danni che arreca, finisce, con le proprie presupposizioni e i propri pregiudizi, per mettere in dubbio persino la validità e la coerenza della medicina nel suo complesso: «Per questo speriamo di arricchirci di nuovi fatti attraverso osservazioni esatte, ma siamo anche convinti che questi, qui e ovunque, debbano presto essere accompagnati dalla ricerca teorica e che il tentativo di conoscere le cause e la connessione dei fenomeni sia il compito di chiunque dedichi le proprie energie alla scienza. Come su di una sorella e su di una amica, la considerazione razionale deve basarsi sulla *critica*, e quindi non soltanto rivendichiamo *per tutti* il diritto e il dovere di criticare le osservazioni stesse, le teorie presenti e passate, ma dobbiamo anche rivendicare per noi, nel modo più fermo, la sua indispensabilità contro ogni altra opinione. Ma per questo motivo siamo così poco in grado di comprendere il rimprovero della negazione - o meglio, lo comprendiamo in tutta la sua nullità come proveniente da uno di quelli che, per la misera ricchezza della loro povertà, devono temere molto di brutto dalla critica e ora vogliono fare credere al mondo, con voce forte, che sono loro gli elementi positivi. Farebbero meglio, però, a versare nei loro concetti inaciditi la soluzione di qualche negazione, in modo che possano separarsi dal vecchio e costituire nuovi collegamenti»[527].

Griesinger richiama, poi, all'importanza della teoria, che, però, non deve essere mai concepita come vana speculazione ma deve essere sviluppata, invece, sempre con riferimento a fatti concreti, dei quali deve cercare di spiegare cause e relazioni. Egli è categorico, poi, quando sostiene tale necessaria integrazione tra i fenomeni osservati e i relativi concetti che, proprio sulla base di quanto analizzato empiricamente, devono essere poi costruiti e discussi attraverso la riflessione teorica. Non si tratta di un semplice auspicio

[525] *Ibidem*, pp. 3-4.
[526] *Ibidem*, p. 4.
[527] *Ibidem*, pp. 4-5.

ma di un vero e proprio dovere dell'uomo di scienza, che ha la responsabilità di ricercare costantemente tale sintesi tra teoria e fatti. In questa prospettiva, appare essenziale il ruolo in qualche modo coadiuvante svolto dalle considerazioni razionali che si sviluppano attraverso la critica. Non vi è, quindi, nessun dogma che Griesinger pone come prerequisito e principio inviolabile, ma, al contrario, egli mostra sempre profonda apertura verso le novità e, soprattutto, un atteggiamento critico certo significativo in virtù del quale l'operazione di "negazione" del già dato, che la scienza deve essere sempre in grado di mettere in campo, non è altro che la *pars destruens* di un processo assai complesso e articolato, un momento assolutamente necessario per poter poi proporre una nuova *pars costruens*, mai definitivamente esaurita e sempre soggetta ad ulteriori rivisitazioni. Ci si deve opporre, piuttosto, a coloro che mantengono posizioni dogmatiche anche al cospetto di nuove evidenze: «Nessuno considererà come un fatto estraneo se in qualsiasi scienza, ad esempio la teologia o la giurisprudenza, viene dimostrato come nel corso dei secoli i concetti siano gradualmente andati incontro alla loro dissoluzione e siano infine andati in rovina, e nessuno pretende da parte di chi fornisce tale dimostrazione che egli debba perciò prima insegnare una propria religione o scrivere un nuovo *Corpus juris*. La legittimità della critica non consiste nel fatto che qualcuno ha costruito in precedenza un proprio sistema, essa consiste in se stessa, nel suo contenuto, nella *sua verità*. Tutti sono chiamati alla critica - ma pochi vengono scelti, meno di tutti coloro che hanno visioni così poco chiare del diritto e della portata della critica stessa. Per questi critici della critica sarebbe però necessario, per prima cosa, che *essi* mostrassero il loro titolo e la loro legittimità per la *ricerca scientifica in genere*»[528].

La dissoluzione di concetti e verità precedentemente acquisiti è parte fondamentale, dunque, dello sviluppo scientifico: l'atteggiamento critico rappresenta, quindi, un aspetto indispensabile dell'uomo di scienza e deve caratterizzare qualsiasi ricerca che voglia considerarsi autenticamente scientifica, dato che proprio tale disposizione può evitare il proliferare di dannose stigmatizzazioni e di false mitologie. È necessario, allora, preferire alle posizioni dogmatiche e intransigenti i "punti di vista", per cui non si danno mai verità assolute ma soltanto ipotesi validamente supportate, che potrebbero però modificarsi a fronte di nuove osservazioni: «Nelle discussioni scientifiche sono importanti soprattutto i punti di vista. Ma i punti di vista non possono essere oggetto di ragionamento; essi dovrebbero essere qualcosa di "vissuto", il risultato graduale dello studio e delle ulteriori idee vitali della persona che ne è titolare»[529]. Si deve scongiurare, insomma, il rischio di affidarsi a sterili opinioni non adeguatamente documentate attraverso l'osservazione, che si pone, in questa prospettiva, come una vera e propria "esperienza vissuta" che prevede la partecipazione attiva da parte dello scienziato. Ogni punto di vista è in qualche modo legato all'esperienza e, soprattutto, è qualcosa di profondamente "vissuto", come dimostra anche la scelta di Griesinger di usare l'espressione "*Erlebtes*". E qui andrebbe meglio compreso se l'espressione "esperienza vissuta" debba essere in questo caso limitata al solo significato linguistico-letterale o se invece essa debba essere assunta con un valore più ampio e profondo, sottintendendo cioè la prospettiva partecipativa del medico, e dell'umanista in genere, di matrice, per così dire, jaspersiana (e per molti versi diltheyana). Del resto, colpisce l'idea, anch'essa intrisa di evidenti assonanze jaspersiane, della rilevanza dei cosiddetti 'fatti osservati' da intendersi, però, non soltanto nella loro manifestazione 'oggettiva' ma anche con preciso riferimento alla percezione che ne ha il soggetto, laddove ad essere messo in risalto è, ora, il rapporto empatico che viene a stabilirsi tra soggetto e oggetto. In questo senso, lo scienziato fa proprio, nei limiti delle sue capacità e della sua formazione, quanto osserva, che quindi diventa assai più che un mero dato empirico, cioè l'espressione di una specifica posizione e dunque, in tal senso, di un determinato "punto di vista". Anche da questa contrapposizione tra "punto di vista" e "posizione dogmatica"

[528] *Ibidem,* p. 5.
[529] *Ibidem*, p. 5.

emerge, dunque, l'atteggiamento fondamentalmente antiriduzionista di Griesinger, il quale si mostra già da queste fasi contrario ad ogni tipo di scienza sistematica che si chiuda in se stessa e si fossilizzi sulle posizioni acquisite: qui vi è certo un'analogia con Jaspers, individuabile proprio in tale idea di un sapere scientifico sempre *in fieri*, di fatto inesauribile e mai del tutto racchiudibile entro categorie statiche e definitive. D'altro lato, però, Griesinger intende scongiurare anche il rischio opposto, vale a dire quello di un eccessivo "eclettismo" che potrebbe tradursi in considerazioni ritenute sostanzialmente 'indifferenti' da ogni punto di vista: «Il punto di vista dell'eclettismo, o meglio di quell'oscillazione tra tutti i possibili punti di vista che si chiama così, appartiene in parte o a coloro che non hanno mai avuto la capacità di decidere per una qualche opinione, perché mancano di calore spirituale e per loro la vita e la scienza rimangono sempre come fredde masse fragili *al di fuori di loro* - o anche ai letterati libertini che anni fa probabilmente godevano un po' dell'abbraccio della scienza e ora ci nascondono, con le antiche avventure, come civettando con l'esperienza, la loro sazietà di idee e di sentimento, il loro *O vanitatum vanitas*! La negazione così come è intesa dall'eclettismo non è una negazione che progredisce, né che spinge fuori dall'interno e promuove, essa è il semplice dire no, perché spirito e volontà sarebbero appartenute al sì. Ma la natura vuole essere colta con calore e intimità; l'onesto rigore della ricerca può talvolta diventare la sublime serietà di un culto, e soltanto chi offre un sacrificio può aspettarsi che un lampo lo accenda. Dove ciò che è intimo non è dato alla scienza, dove essa non pervade la vita, lì essa rimane sempre lontana dalla parte di vita che si chiama prassi»[530].

Un atteggiamento eccessivamente eclettico è, infatti, fortemente limitante, se non altro perché rende possibile un'analisi soltanto generica e superficiale, dalla quale non possono poi dedursi conclusioni fondate e che non permette di assumere alcuna posizione, teorica come pratica. Vi è, infatti, una sottile linea di confine tra l'assunzione di un determinato "punto di vista" e il predicare "verità assolute", così come tra l'accettare ogni punto di vista e il non delineare alcuna solida prospettiva ermeneutica. Pur mantenendo una corretta apertura critica, si deve sempre potere assumere, però, una qualche posizione, con la consapevolezza di poterne poi eventualmente rivedere alcuni aspetti o di doverla abbandonare del tutto a fronte di nuove evidenze scientifiche. È importante, insomma, che ogni visione soggettiva sia sempre adeguatamente supportata e motivata, senza però assumere mai veste dogmatica, ma, al contrario, mantenendo costantemente un'adeguata apertura critica nei confronti delle altre. Griesinger è consapevole, infatti, che ogni percezione individuale non è che una delle possibili interpretazioni della realtà: «Alcuni dei più fortunati scopritori ci hanno ricordato, forse non senza malinconia, quanto la natura oggettiva sia infinitamente più ricca di quella parte di essa che chiamiamo il nostro pensiero, quanto le sue strutture si estendano al di là delle nostre congetture, e quanto sia misero e forzato, quando un fatto nuovo viene scoperto nella sua magnifica semplicità, escludere le nostre ipotesi in proposito che prima proteggevamo»[531]. Egli dimostra, dunque, di non avere una concezione rigida e dogmatica non solo della conoscenza ma della realtà stessa, anzi sembra condividere la stessa percezione che sarà poi di Jaspers circa l'impossibilità di oggettivare in modo completo ed esauriente la realtà circostante, che per sua complessità sfugge sempre ad ogni tentativo in tal senso compiuto dall'uomo, il quale ne potrà cogliere ogni volta soltanto aspetti determinati, senza potere mai accedere, probabilmente, ad una conoscenza totale e definitiva. Tuttavia, i veri spiriti scientifici non si lasciano intimidire da tali limiti, come specifica Griesinger, il quale sottolinea che «questo non li scoraggiava dal prendere d'assalto la natura con nuove domande e congetture, perché da lei non esigevano la conferma delle idee preferite, ma la loro ricerca della natura era natura stessa, l'impulso necessario di una parte di questa, quella che conosce, verso l'altra, quella conoscibile, allo stesso modo come il rappresentante di questo

[530] *Ibidem*, pp. 5-6.
[531] *Ibidem*, p. 6.

si sente soltanto il soggetto, con gioia e orgoglio, ma senza presunzione. Riempito da questa sensazione, una volta ho sentito un grande fisiologo straniero, in una conferenza durante la quale aveva accertato una nuova scoperta, chiudere con queste parole rivolte ai suoi ascoltatori: "Quanto a coloro che pensano che solo il piacere sia il *compito* della vita, posso assicurare, io che conosco il mondo, che non ho mai provato un piacere più profondo e più puro di quello sentito in quei momenti in cui sono riuscito a scoprire, nell'organismo animale, una di quelle leggi semplici ancora sconosciute"»[532].

In queste parole si racchiude, in definitiva, il senso autentico della ricerca scientifica, che vede protagonista non solo lo scienziato ma anche l'uomo, con tutte le sue potenzialità e, soprattutto, i suoi limiti, di fatto incapace di cogliere e di sintetizzare tutti gli aspetti della realtà. L'uomo di scienza è, allora, colui che in qualche modo 'rischia', quando sostiene punti di vista tratti dai risultati documentati della propria ricerca: da una parte egli fa costantemente i conti con il limite delle sue stesse facoltà conoscitive ma dall'altra, quando le sue acquisizioni contribuiscono alla scoperta di aspetti della realtà ancora sconosciuti, egli prova un piacere difficilmente spiegabile. Si tratta di un piacere autentico e interiore, vale a dire da ricercare in se stessi e nella fondamentale relazione con il pensiero, che esige sempre, oltre il riferimento alla realtà in qualche modo osservabile, un'adeguata concettualizzazione di ciò che viene preso in considerazione: «Certo, nella concezione stessa del pensiero vi è un grande piacere; ma esso deve essere acquisito con il sacrificio, con la serietà e la dedizione allo studio. Il fatto che la vista di una mela che cadeva da un albero poteva scuotere l'anima di *Newton* con grandi idee fu dovuto non soltanto al suo spirito ma anche all'enormità dei suoi lavori precedenti. La padronanza del materiale attraverso il pensiero deve precedere la sua conoscenza; non è possibile applicare la fisiologia ai singoli rami della medicina senza che si possieda in tale ambito il punto di vista più aggiornato»[533].

Ma, al di là del piacere e della soddisfazione che ogni volta si possono provare dinnanzi ai risultati raggiunti, Griesinger non fa mistero dello sforzo che si cela dietro il lavoro scientifico e ogni presunta "grandezza di spirito". Uno sforzo che appare ancora più gravoso se si pensa che, oltre alla conoscenza di quanto è attuale, è assolutamente indispensabile acquisire preliminarmente anche i risultati conseguiti dalle ricerche passate, motivo che spiega ancora meglio perché ogni teoria scientifica debba essere sempre accompagnata da una esplicitazione, per così dire, storico-concettuale. In modo più concreto, Griesinger si riferisce qui direttamente alla fisiologia, sostenendo che essa stessa si fonda, come suo ineludibile punto di partenza, sulle conoscenze già acquisite nel lungo passato. La sua fisiologia, poi, non sembra affatto il risultato di processi, per così dire, riduttivo-materialistici, ma, piuttosto, la momentanea sintesi ideale di quella che per lui dovrebbe essere in generale la scienza, vale a dire un fondato equilibrio tra teoria e prassi, equilibrio faticosamente ricavato sempre alla luce di quanto fatto da altri in precedenza.

È vero, poi, che la difficoltà di apprendimento del pregresso è innegabile, ma esso rappresenta pur sempre una possibilità alla quale è doveroso tendere: «È impossibile, si dice, soprattutto per il medico tirocinante, imparare, ricordare e accogliere nell'ambito concettuale della sua pratica la massa di particolari della fisiologia accumulati in pochi anni; soltanto, questo non è ciò che è richiesto, anche se potrei nominare medici che, dopo le fatiche della faticosissima pratica quotidiana, trovano distensione e piacere nello studio della fisiologia e delle questioni teoriche - onore a tali uomini! -, ma si deve insistere soltanto sul fatto che i risultati, preparati e premeditati, della patologia fisiologica non devono essere rifiutati dai tirocinanti in modo sprezzante, che la verità accertata attraverso un'osservazione laboriosa o attraverso una critica non deve essere risolta in un eclettico avanti e indietro, perché essa è risoluta proprio in quanto verità, e così una volta per tutte la coscienza si calmerà. La scienza della pratica è, certamente, assai soddisfacente per

[532] *Ibidem*, p. 6.
[533] *Ibidem*, p. 7.

quanto di utilizzabile offre; essa dovrà sopportare il disdegno del ramo che è chiamata a precedere come una stella splendente?»[534]. Griesinger ribadisce, insomma, la necessità di possedere una conoscenza teorica di ciò che è stato già acquisito non solo come base per ogni successiva teoria ma anche come effettiva tutela dei risultati raggiunti dagli scienziati precedenti; risultati, tra l'altro, dei quali si deve tenere conto già nello stadio iniziale di ogni ricerca, anche per evitare banalizzazioni e, poi, facili confutazioni.

Griesinger constata come prevalga ancora, però, una visione del rapporto tra teoria e prassi, per cosi dire, di fatto 'dualistica', per cui per esempio vi sono diverse teorie assolutamente prive di riscontri pratici e, d'altra parte, non pochi empiristi che di fatto rifiutano di ricomprendere i loro dati nell'ambito di più ampie teorie: «Senza dubbio ci sono geni pratici e geni scientifici. Negli individui questa differenza sembra essere basata sulla eventualità che forza e chiarezza dello spirito prendano subito la loro direzione verso il *lato della cura*, del fare e dell'eseguire, o che invece lo spirito, circoscrivendosi nella *sfera rappresentativa*, qui, sulla base della propria profondità, attinga alle fonti nascoste della verità. Ma questi sono soltanto gli estremi. Come il compito dell'individuo stesso è quello di portare entrambe le parti della sua natura a uno sviluppo armonioso, così, anche con molta più ragione - perché la realizzazione è ancora più facile -, alla personalità spirituale di un'epoca di sviluppo può essere posta la richiesta ideale di una compenetrazione reciproca di pratica e teoria, di vita e scienza. Nessuno è così debole da potere essere sollevato dal dovere di lavorare nel suo ambito secondo le sue forze»[535]. Tutti, insomma, e soprattutto gli uomini di scienza hanno non solo il compito ma anche la responsabilità di dovere operare in una direzione in grado di armonizzare al meglio teoria e prassi. "Teorie e fatti", dunque, solo così si realizza il più felice connubio tra scienza e vita.

In conclusione, quindi, lo scritto intitolato *Theorien und Thatsachen* non solo può essere considerato simbolicamente come il 'manifesto' di una psichiatria clinica scientifica ma costituisce anche una prima testimonianza della prospettiva non riduzionista che Griesinger assume, prima ancora che come medico, come uomo di scienza[536]. Egli, infatti, contesta ogni eccessivo empirismo così come ogni forma di dogmatismo teoretico, a favore di una prospettiva critica capace, invece, di considerare l'attività scientifica nel suo carattere fondamentalmente complesso e inesauribile. Tale atteggiamento critico, che emerge anche dalla consapevolezza del limite di ogni punto di vista umano rispetto alla multiformità della realtà circostante, ha, inoltre, una radice certamente filosofica: se è vero, infatti, che Griesinger rifiuta una ben determinata e specifica fondazione filosofica della psichiatria è altrettanto vero, però, che la sua formazione filosofica rimane sempre sullo sfondo e può essere colta, per esempio, tramite le categorie linguistiche e concettuali alle quali egli continuamente ricorre, così come guardando all'apertura critica del suo atteggiamento scientifico complessivo. Se, in altri termini, la sua psichiatria, in senso stretto, non è filosofica in senso letterale, cioè non è fondata su una specifica dottrina filosofica di primo riferimento, lo è senza dubbio, però, la *forma mentis* che ne è alla radice[537].

---

[534] *Ibidem*, p. 7.
[535] *Ibidem*, pp. 7-8.
[536] Per ulteriori approfondimenti su *Theorien und Thatsachen* cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 47-54.
[537] A proposito dell'influenza filosofica è certo interessante il richiamo, anche attraverso le testimonianze di Wunderlich e di Roser, alla dialettica e alle categorie hegeliane, che sembrano molto presenti nel linguaggio del giovane Griesinger. In realtà, tutti e tre risentivano chiaramente dell'eredità hegeliana: «Sebbene l'eredità hegeliana sia spesso irrilevante, essi si servirono del vocabolario di Hegel e dei suoi discepoli, a cui si sentono legati per la loro comune opposizione all'ancien régime e ad un tipo di scienza che, tramite il legame con la religione e l'atteggiamento positivo verso l'"esistente", ne prolunga la vita» (B. Wahrig-Schimdt, *Elementi di filosofia dialettica nella psichiatria del giovane Griesinger*, cit., p. 55). Per la formazione della concezione psichiatrica di Griesinger alla luce di tali aspetti si veda *ibidem*, pp. 53-58.

4.3 Wilhelm Griesinger, medico e 'riformatore': per una fondazione fisiopatologica della psichiatria e un trattamento 'umano' dei malati

Le radici del sopra ricordato 'manifesto' per una psichiatria clinica sono da riscontrare almeno in due eventi fondamentali della biografia di Griesinger: la fondazione della rivista *Archiv für physiologische Heilkunde*[538] e il tirocinio, del quale ho già accennato, presso Zeller. I due momenti sono direttamente legati, se non altro perché l'idea della fondazione dell'*Archiv für physiologische Heilkunde* matura proprio durante il tirocinio a Winnenthal, sulla scia degli *Jahrbücher der Gegenwart*, la rivista alla cui fondazione aveva contribuito lo stesso Zeller e dove ebbe modo di scrivere anche Griesinger[539].

In Germania già nel diciottesimo secolo si era iniziata a manifestare una certa inclinazione, per così dire, alla pratica letteraria e pubblicistica che sicuramente aveva favorito la nascita di diversi periodici, volti al confronto e all'interazione letteraria, filosofica e scientifica delle differenti idee e visioni culturali del momento. Si assistette, progressivamente, ad una sempre più marcata differenziazione tra le riviste, per così dire, più aperte alla dimensione pubblica, cioè facilmente fruibili da parte di un pubblico più ampio, e quelle più specialistiche e settoriali. Dal punto di vista strettamente medico-psichiatrico era certo complicato trovare riviste scientifiche di qualità, anche se va ricordato che in ambito psicologico già alla fine del Settecento si era diffuso il *Magazin für Erfahrungsseelenkunde*, che però non era scevro da riferimenti religiosi, così come vi era l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* fondata da Damerow. Un esempio al quale ispirarsi furono, poi, soprattutto gli *Hallischen Jahrbücher*, che rappresentavano il tentativo di offrire una prospettiva culturale sempre più attenta alla ricerca scientifica e alle sue diverse diramazioni[540].

La fondazione dell'*Archiv für physiologische Heilkunde* va contestualizzata e legata, però, alla realtà di Tubinga, vale a dire al problematico scenario nel quale Griesinger si formò e in cui tornò a lavorare dopo il periodo di tirocinio. Insieme con la *Zeitschrift für rationelle Medicin*, l'*Archiv für physiologische Heilkunde* voleva essere uno strumento di confronto soprattutto per giovani medici e studiosi, nato, certamente, con l'obiettivo di diffondere la medicina scientifica, per lo più fondata su base fisiologica e in opposizione sia rispetto alle impostazioni speculative tipicamente romantiche che alla sempre crescente diffusione di un eccessivo 'positivismo' che rischiava di trasformarsi in puro empirismo metodologico: non è un caso, del resto, che *Theorien und Thatsachen* sia stata pubblicata proprio in tale sede editoriale[541].

Tuttavia, come ho già avuto modo di anticipare nelle pagine precedenti, ciò che fu in qualche modo determinante non solo per la fondazione dell'*Archiv für physiologische Heilkunde* ma, più in generale, per la genesi dell'intera concezione psichiatrica di Griesinger fu il contatto con Zeller, il quale si approcciava al disturbo psichico muovendosi su un piano teorico alquanto differente rispetto agli standard del tempo: egli, infatti, considerando sempre in primo luogo l'unità psicosomatica dell'uomo, sulla scia dell'insegnamento di Schleiermacher, guardava al disturbo psichico sia nella sua manifestazione originaria che nella sua evoluzione, convinto che esso avesse un'origine sempre comune e che solo successivamente si differenziasse nelle diverse patologie. È con Zeller, infatti, che l'idea della "*trasformatio morbo*" diventa "*Einheitspsychos*e", cioè

[538] Per una visione di insieme del rapporto tra Griesinger e l'«Archiv für physiologische Heilkunde» cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 35-97.
[539] Per i «Jahrbücher der Gegenwart» cfr. *ibidem*, pp. 38-42.
[540] Per gli «Hallischen Jahrbücher» si veda *ibidem*, pp. 35-38.
[541] Per la genesi, l'evoluzione e i contenuti dell'«Archiv für physiologische Heilkunde» si veda *ibidem*, pp. 35-93.

"psicosi unica", vale a dire un unico disturbo che inizialmente assume le connotazioni della malinconia per poi trasformarsi in altre patologie: in questo senso Zeller, d'accordo con Guislain, individua nella malinconia la forma base e primordiale del disturbo psichico, sostanzialmente dovuta ad un'irritazione del sistema gangliare, che in seguito, per la successiva irritazione del sistema cerebrale (Broussais), si trasforma in malattia mentale.

La concezione di Zeller si focalizza sulla considerazione delle somiglianze tra le diverse forme morbose e sulla loro trasformazione l'una nell'altra: in questo complicato processo, ciò che rimane centrale è il ruolo conferito alla malinconia, per l'appunto considerata come il disturbo elementare rispetto al quale gli altri costituiscono, poi, evoluzioni successive. Tali presupposti sono importanti non soltanto in sé ma anche perché lasciano Zeller al di fuori della disputa tra *Psychiker* e *Somatiker*, dato che il centro dell'interesse oramai non è più l'aspetto eziologico, sia esso declinato in senso psichico o nella prospettiva somatica, ma il disturbo organico profondo posto all'origine delle malattie mentali secondo la catena di successione sopra ricordata[542]. È probabile, allora, che sia stato proprio l'insegnamento di Zeller a favorire il distacco di Griesinger non solo dalle posizioni degli *Psychiker* e dei *Somatiker* ma, più in generale, dalla diffusa concezione romantica circa l'intoccabilità dell'anima: dal punto di vista metodologico, egli esamina il mentale con altri strumenti, dal momento che ha una concezione più profonda del disturbo psichico, del quale costruisce classificazioni non tanto attraverso l'uso di categorie quanto procedendo per ordini di fenomeni. È proprio grazie all'influenza di Zeller e alla nuova concezione della "psicosi unica" che Griesinger matura la consapevolezza secondo la quale la follia è l'epifenomeno di una malattia somatica, lasciando derivare da qui l'origine cerebrale degli stati psicotici[543].

La teoria della "psicosi unica" prevede, dunque, una forma di disturbo elementare, la malinconia, dalla quale si sviluppano poi gli altri, che quindi non hanno una loro autonomia, per così dire, "ontologica" ma rappresentano le manifestazioni successive di un'unica malattia di base[544]. Lo studio può così focalizzarsi proprio su tale disturbo primario, del quale viene ricercata la radice eziologica, poi localizzata nei processi cerebrali. A dire di Zeller, infatti, la malinconia dipende da una "irritazione gangliare del sistema addominale" (qui sono evidenti alcune influenze da parte della psichiatria francese, specie di Broussais), che successivamente diventa malattia mentale a causa di "un'irritazione cerebrale"[545]. Da qui scaturisce, dunque, l'idea della cosiddetta "localizzazione" delle malattie mentali, una tendenza che, come tra l'altro ricorda lo stesso Jaspers[546], era peraltro già molto diffusa fin dalle epoche antiche: ma, a differenza dal passato, ora le malattie mentali vengono considerate in modo più specifico come manifestazioni di un disturbo somatico non più generale, ma cerebrale. Tali considerazioni devono essere lette, però, sempre alla luce dell'obiettivo fondamentale di Griesinger, vale a dire quello di fondare la psichiatria sulla fisiopatologia, in risposta all'eccesiva invadenza

[542] Cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 33-34.

[543] In merito alla "psicosi unica" e alle variazioni che tale concezione subisce nel corso della riflessione di Griesinger cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 10.

[544] Per il ruolo della malinconia nella "psicosi unica", con particolare riferimento a Zeller, si veda M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 41-44.

[545] Per quanto riguarda il percorso di formazione di Griesinger e la fondazione fisiopatologica della sua psichiatria rimando alla relazione di L. Grosso, intitolata *Wilhelm Griesinger tra fisiopatologia del sistema nervoso e psicologia dell'io*, tenuta al convegno su «I confini dell'anima. Filosofia e psicologia da Herbart a Freud», L'Aquila, 11-14 maggio 1994. A tal proposito si veda G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, cit., p.11.

[546] Per quanto riguarda i "processi cerebrali" e il problema della localizzazione cerebrale cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 514-534.

della filosofia della natura[547] e alla luce dei grandi progressi compiuti dalla fisiologia del tempo: il discorso sulla "localizzazione" deve essere inserito, dunque, all'interno dell'interpretazione fisiologica dei processi psichici che Griesinger vuole sostenere. Egli, come si è detto, è fortemente influenzato dalla psicologia di Müller e guarda alla legge di Bell e Magendie, in particolare per quel che riguarda la distinzione tra l'azione centripeta dei nervi sensori e quella centrifuga: l'idea è quella di considerare i processi mentali come prodotti del cervello, applicando ai disturbi psichici la teoria delle azioni riflesse ed estendendo al sistema nervoso i presupposti della fisiologia del midollo spinale.

Proprio a tale scopo Griesinger riprende la psicologia associazionistica di Herbart, in particolare la teoria delle rappresentazioni, introducendo, però, alcune variazioni volte a superare i residui speculativi e metafisici di quella concezione. È già significativa la scelta di avvicinarsi al pensiero di Herbart che, in opposizione alla visione idealistico-romantica, rappresenta un primo segno di deciso cambiamento dei tempi: negli anni precedenti, infatti, vi era stato soltanto qualche sporadico tentativo di applicare la teoria herbartiana agli studi psichiatrici, come per esempio nel caso di Nasse, probabilmente anche perché i tempi non erano ancora maturi per una vera e propria svolta.

Herbart aveva proposto una fondazione empirica della psicologia, una sorta di "fisica dello spirito" costruita proprio attraverso le rappresentazioni, che permangono stabilmente e sono mantenute dal meccanismo dinamico di eccitazione e di inibizione che ne scandisce il ciclo e le fa ogni volta prevalere le une sulle altre. Per questo vi sono rappresentazioni che oltrepassano la soglia della coscienza e altre che, invece, rimangono nella dimensione inconscia, dove tra l'altro si svolge la parte più significativa dell'intera vita psichica. Le rappresentazioni sono in continua lotta tra loro, le più vecchie possono scontrarsi con le nuove, oppure possono essere in qualche modo riprodotte grazie all'associazione di idee ad opera della memoria. Un'impostazione dinamica ma rigorosa che avrebbe dovuto permettere, insomma, uno studio dell'anima per molti versi simile a quello compiuto sulla natura e che Griesinger, seppur con qualche significativa variazione, riprende.

Griesinger recupera, infatti, la concezione herbartiana delle rappresentazioni secondo la quale esse si pongono tra due degli atti principali in qualche modo legati alla vita psichica, vale a dire la sensazione e l'attività motoria: è qui che si svolge l'intera vita spirituale, per cui i disturbi psichici devono essere in qualche modo anche disturbi della dinamica della rappresentazione. Potrebbe sembrare, questa, una costruzione per certi versi arida e meccanica nella quale l'anima perde la propria peculiarità, ma in realtà essa mantiene sempre le caratteristiche del "sentire e bramare", qui assunti come "condizioni" delle rappresentazioni.

In questo sistema vengono poi introdotte anche le emozioni, distinte dalle sensazioni: in tal senso, già Herbart aveva posto una distinzione tra *Gefühle* e *Affekte* secondo la quale dapprima sorgono le sensazioni, attraverso una scossa subita nell'ambito della dialettica delle rappresentazioni sopra illustrata, e da qui possono poi venire fuori l'inibizione o l'eccitazione. Alle sensazioni fisiologiche seguono le emozioni, intese come leggere malattie di uno spirito in salute: esse sono i veri e propri luoghi dell'anima, dove le rappresentazioni sono di fatto allontanate, in buona sostanza, dalle loro dinamiche interne. Griesinger riprende da Herbart tale concezione delle emozioni, che secondo lui sono generate da un improvviso cambiamento nella coscienza causato dalle impetuose oscillazioni rese possibili dalle sensazioni: sono le sensazioni, infatti, a fornire di solito il materiale delle emozioni. Quando si tratta di "emozioni dell'io" si parla di "atteggiamenti", positivi o "espansivi", oppure negativi o "depressivi". In questa prospettiva, per Griesinger la depressione non è mai cifra specifica e isolata della malattia ma comporta sempre atteggiamenti ed emozioni.

[547] Rimando, per questo, a *Zur Frage der Naturphilosophie*, in B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 57-63.

Griesinger compie, rispetto ad Herbart, sicuri progressi, dal momento che per lui l'anima è posta in relazione con le parti, per così dire, motorie della vita, vale a dire l'impulso e la volontà. Herbart aveva fondato la psicologia, sostanzialmente, sull'autonomia delle sue leggi e aveva sottolineato, nelle dinamiche dell'organismo, il ruolo centrale del cervello. Griesinger, pur attribuendo sempre grande rilevanza, dal punto di vista funzionale, al cervello, applica, servendosi della fisiologia, la legge dei riflessi alla psicologia, cioè unisce alla psicologia di Herbart la teoria fisiologica dei riflessi e dell'irritabilità cerebrale. Insomma, se per Herbart la psicologia finiva in qualche modo per prevalere, per dir così, sulla fisiologia, Griesinger, invece, si serve in modo decisivo e innovativo delle concezioni fisiologiche di Müller e della legge di Bell e Magendie applicata ai riflessi spinali[548].

Una prima sintesi maturata da Griesinger a tal proposito è espressa in due contributi pubblicati nell'*Archiv für physiologische Heilkunde*, ovvero *Über psychische Reflexation*, del 1843, e *Neuen Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirn*, del 1844, che per molti versi rappresentano i presupposti concettuali di quanto egli poi esprimerà nel più ampio trattato di psichiatria[549].

Nel primo contributo si trovano già i fondamenti della teoria psichica di Griesinger, nella misura in cui compare una prima interpretazione fisiopatologica dei processi psichici. In apertura dello scritto Griesinger dichiara, infatti, che i fenomeni psichici non devono essere più oggetto della filosofia ma devono essere indagati da un punto di vista fisiologico e come fenomeni organici[550]. A tale riguardo, egli chiarisce anche le proprie fonti, dichiarando la vicinanza alla tradizione neurofisiologica del diciottesimo secolo, per esempio Whytt, Haller e fino a Reil, così come rende merito agli insegnamenti di Müller e di Hall[551]. Ripercorrendo anche dal punto di vista storico le indagini empiriche prodotte in tempi più recenti e i risultati che ne sono derivati, egli ipotizza un collegamento tra il cervello e il midollo spinale, che del resto si trovano, per così dire, in una connessione anatomica, per cui non è strano ipotizzare anche una sorta di analogia tra le loro attività vitali[552]: tale analogia si sviluppa, sostanzialmente, tra la coppia *Empfindung-Bewegung* (sensazione-movimento), che costituiscono, rispettivamente, l'attività "afferente" ed "efferente" dei nervi del midollo spinale, e il nesso *Vorstellung-Strebung* (rappresentazione-impulso ad agire), corrispondenti, invece, all'attività centripeta e centrifuga a livello cerebrale[553]. Griesinger, insomma, condivide le osservazioni di Bell e

---

[548] Cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 44-48.

[549] Cfr. W. Griesinger, *Über psychische Reflexation. Mit einem Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten,* in «Archiv für physiologische Heilkunde», 1943, pp. 76-113, ora in Id., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, cit., pp. 3-45, e *Neuen Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirn*, in «Archiv für physiologische Heilkunde», 1944, pp. 69-98, ora in Id., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, cit., pp. 46-79.

[550] Cfr. W. Griesinger, *Über psychische Reflexation. Mit einem Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten*, cit., p. 3: «Lo sviluppo e l'interpretazione di quei fenomeni, negli organismi, che sono chiamati psichici spetta, secondo la nostra visione, proprio a causa del loro essere organici, solamente al ricercatore della natura».

[551] *Ibidem*, pp. 3-5. Come specifica Griesinger (*ibidem*, pp. 3-4), «a tali concetti fisiologici appartiene anche quello di *azione riflessa nel sistema nervoso*. Questo concetto si lascia immediatamente seguire già fino alle visioni di Whytts e di Haller, viene parimenti chiarito, come nota J.W. Arnold, in Unzer, e così come lo troviamo ancora più evidente in Reil [...] allo stesso modo spetta certamente a M. Hall e a J. Müller il merito della sua fondazione empirica e della dimostrazione di tutta la sua importanza». Per un'analisi più approfondita del contesto neurofisiologico del tempo e dei principali risultati raggiunti in tale ambito cfr. *ibidem*, pp. 3-11.

[552] L'obiettivo perseguito è subito chiarito da Griesinger: «Mentre di seguito cerchiamo di contribuire a tale rielaborazione, il nostro scopo è soprattutto quello di dare rilievo al parallelismo tra le azioni del midollo spinale (con il midollo allungato) e quelle del cervello, in quanto esso è l'organo dei fenomeni psichici in senso stretto, e di dimostrarlo nei fenomeni normali e anormali» (*ibidem*, p. 4).

[553] Griesinger spiega così l'obiettivo prefissato: «Mentre ora cerchiamo di considerare e di confrontare più da vicino, in singoli punti, le azioni centripete e quelle centrifughe nel midollo spinale e nel cervello, scopriremo che entrambe non sono soggette a leggi diverse e che in relazione al passaggio dell'eccitazione centripeta in

Magendie secondo le quali l'azione riflessa è alla base di tutti i processi del sistema nervoso e amplia tale concetto, fino a lì riferito soprattutto all'attività del midollo spinale[554], estendendolo anche alle dinamiche di funzionamento del cervello: in questo senso, ben si comprende, poi, anche il titolo dell'articolo, *Über psychische Reflexationen*[555], che sembra in qualche modo anticipare la concezione generale di Griesinger secondo la quale tutte le funzioni dell'anima si basano sulle "azioni riflesse psichiche"[556].

Secondo Griesinger, insomma, le sensazioni diffuse nel cervello diventano occasione di rappresentazioni che ad intensità elevate divengono coscienti e possono infine trasformarsi in aspirazioni ad agire: si potrebbe dire che il nesso *Vorstellung-Strebung* riflette, ad un livello superiore, il connubio *Empfindung-Bewegung* e rappresenta il modo in cui si sviluppa la dinamica del sistema nervoso. Tale binomio *Vorstellung-Strebung* deriva, certamente, dalla fisiologia di Müller, dove non solo rimaneva sempre attiva l'antinomia tra *Vernunft* e *Leidenschaften*, specie in relazione all'azione inibitoria, ma l'attività cerebrale risultava anche dominata dal nesso *Vorstellung-Strebung*, sebbene mancasse ancora la trasformazione della rappresentazione in tensione ad agire[557]. Considerando la legge di Bell e Magendie e l'idea che tra gli opposti vi sia un'unità fondata sulla possibilità di una graduale trasformazione degli elementi che prevede anche il passaggio dal quantitativo al qualitativo, Griesinger ipotizza che le "eccitazioni centrifughe" giungano al midollo spinale, dove vengono ridistribuite e poi trasformate in "azione nervosa centrifuga": al cosiddetto "tono muscolare", che si sviluppa nel sistema nervoso come "azione riflessa"[558], corrisponde, nel cervello, il "tono psichico", ovvero la

---

quella centrifuga c'è una notevole armonia tra le azioni più o meno coscienti del cervello stesso, che si chiamano rappresentazioni e impulsi ad agire, e tra i fenomeni della sensazione e quelli del movimento degli organi centrali; e mentre studiamo i riflessi all'interno della coscienza, speriamo di dare anche un contributo alla giusta visione del comportamento della coscienza in relazione agli altri riflessi» (*ibidem*, p. 10).

[554] Griesinger parla in tal modo, anche con un riferimento storico, dell'"azione riflessa": «Oltre ai fenomeni del movimento dipendenti dalla volontà, negli animali si osserva ancora una serie di altre contrazioni muscolari che seguono le impressioni (sensoriali) centripete senza che queste ultime siano percepite nella coscienza, e che persino dopo la rimozione del cervello (soppressione della coscienza) in parte accadono più facilmente e in modo più completo. Il fatto che questi movimenti, per la spiegazione dei quali prima si utilizzava principalmente il nervo simpatico, non avvengano attraverso il passaggio diretto dai nervi sensibili a quelli motori, ma solo attraverso una trasmissione, per riflessione, in entrambi gli organi centrali di collegamento, il midollo spinale o il cervello, che la presenza di una delle parti centrali, per quanto ancora così frammentaria, sia indispensabile per l'azione riflessa, è stato proprio l'aspetto nuovo e importante dell'insegnamento di F. Hall e di J. Müller. Con l'accertamento di questo fatto l'azione riflessa è diventata una funzione delle parti centrali stesse e l'ulteriore ricerca del fenomeno è stata quindi spostata nell'ambito della più fine anatomia e fisiologia del cervello e del midollo spinale» (*ibidem*, pp. 4-5).

[555] Griesinger, alla fine dell'articolo, chiarisce in forma ancora più estesa cosa intenda per "*Reflexation*", con particolare riferimento, soprattutto, alla "*psychische Reflexation*": «Con l'indicazione "azione riflessa" si intende la transizione delle impressioni sensibili in impressioni motorie, nel midollo spinale; con il nome di "azione riflessa psichica" noi volevamo considerare più da vicino un'azione del cervello, le transizioni dalle rappresentazioni agli impulsi ad agire, in parte cosciente e in parte inconscia» (*ibidem*, p. 44).

[556] Cfr. B. Wahrig-Schmidt, *Elementi di filosofia dialettica nella psichiatria del giovane Griesinger*, cit., p. 55.

[557] A proposito delle analogie con Müller, B. Wahrig-Schmidt richiama l'uso, da parte di questi, dei concetti di rappresentazione e di impulso, ma sottolinea come «sebbene anche Müller avesse incorporato elementi dalle filosofie di Schelling e Hegel nella sua teoria dell'organismo, la sua concezione in *questo* punto è chiaramente dualistica. Griesinger, al contrario, cerca di darne un'interpretazione dinamica e monistica, servendosi di un termine preso dalla filosofia dialettica. Il midollo spinale è "un apparato carico di potenza motoria" e, quando una sensazione lo raggiunge, o cresce questa potenza o questa *si converte* in eccitazione motoria. Allo stesso modo si sommano le rappresentazioni nel cervello, finché si trasformano in impulsi che alla fine si scaricano nell'azione (Handlung). Sulla base di questo modello piuttosto semplice Griesinger sviluppò nei due anni successivi un sistema differenziato di fisiologia, patologia e terapia delle malattie mentali» (*ibidem*, pp. 55-56). Per approfondire il confronto tra Griesinger e Müller, con particolare riferimento al nesso *Vorstellung-Strebung*, si veda anche Id., *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 110-114.

[558] È bene tenere presente la differenza tra "azione riflessa" e "azione volontaria": «Questo primo sviluppo della dottrina del riflesso stabiliva, in modo particolare, la differenza tra i fenomeni riflessi come movimenti involontari, da un lato, e tra la sensazione cosciente e il movimento volontario, dall'altro; in modo particolare

coscienza, definita anche *Gemüth* o *Charakter* e risultata dall'azione inibitoria sviluppatasi nell'ambito dell'attività nervosa[559].

Considerando che il binomio *Vorstellung-Strebung* è l'espressione, ad un livello superiore, del connubio *Empfindung-Bewegung*, si capisce come Griesinger ritenga vi sia maggiore complessità nella dimensione cerebrale, piuttosto che a livello del midollo. Tale maggiore complessità si traduce anche in un cambiamento degli attributi dei fenomeni, con il passaggio dalle differenze quantitative a quelle qualitative, relativamente alle rappresentazioni, che, poi per tale via si distinguono in "coscienti", "semicoscienti" e "oscure" o "inconscie"[560]. Del resto, come al livello del midollo spinale non tutte le impressioni che il mondo esterno suscita diventano sensazioni coscienti, così a livello cerebrale non tutte le rappresentazioni si trasformano in azioni vere e proprie, anzi la maggior parte rimane in questa "oscura semicoscienza", generando "movimenti" collocabili tra l'azione riflessa e l'azione volontaria che non sono però da confondere con gli istinti, dal momento che risentono dell'influenza di altri fattori che li possono in una qualche misura forgiare. Tuttavia, dal punto di vista fisiopatologico e in relazione alle rappresentazioni coscienti, è importante considerare che la trasformazione dalla rappresentazione all'impulso ad agire è organicamente determinata, cioè dipende da una "spinta organica" che domina l'agire psichico, permettendogli di raggiungere il massimo compimento: la trasformazione dalla rappresentazione alla tendenza ad agire, che si tramuta in alcuni casi in azione, perviene alla coscienza e rende possibile la volontà. Quando avviene l'effettiva trasformazione dalla rappresentazione all'azione vera e propria, allora si determinano la realizzazione e il compimento dell'io, che si realizzano nella pienezza della volontà e della libertà[561].

Vi è, quindi, una corrispondenza tra i piani fisiopatologico e psichico[562], cosa che emerge soprattutto in relazione all'inibizione, dato che l'inibizione dei riflessi a livello fisiopatologico corrisponde a un piano psichico in cui la rappresentazione non si trasforma in aspirazione ad agire[563]. L'espressione "le malattie mentali sono malattie cerebrali" non esprime, dunque, soltanto la localizzazione della malattia ma indica che la psicosi è causata dall'azione inibitoria che non permette il passaggio dalla rappresentazione all'aspirazione ad agire. La normalità consisterebbe, allora, nel passaggio dalla rappresentazione all'azione, ma se questo non avviene, a causa dell'inibizione, si vengono a determinare una diminuzione del tono psichico e un disturbo della *Besonnenheit* (avvedutezza)[564]. Tale

---

nella dottrina di M. Hall la capacità ricettiva del midollo spinale nel movimento riflesso era intesa, in modo completamente diverso, come qualcosa di proprio della *sensazione*, mentre la capacità reattiva come qualcosa di proprio della *volontà*, e alla prima erano attribuite particolari fibre nervose che devono essere collegate soltanto con il midollo allungato, non con il cervello» (W. Griesinger, *Über psychische Reflexation. Mit einem Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten*, cit., p. 5).

[559] Cfr. *ibidem*, p. 25. «Ma come dalla dispersione delle impressioni centripete nel midollo spinale emerge, per quest'organo inteso come totalità, una condizione che regola l'attività motoria intermedia, il tono, allo stesso modo nel (grosso?) cervello dall'intera massa delle rappresentazioni disperse e combinate sotto di sé si forma uno stato di calma apparente che regola la forza e la consuetudine della direzione del movimento psichico, dello sforzo. Questo rapporto della somma di tutte le rappresentazioni, intese come una totalità, con la potenza, la facilità e la direzione dei possibili sforzi, questo *tono psichico* viene contrassegnato in parte con le parole *animo* e *carattere*, del cui significato qui purtroppo non possiamo occuparci ulteriormente […]» (*ibidem*, p. 25).

[560] Per la differenziazione degli attributi delle rappresentazioni cfr. *ibidem*, pp. 23-26.

[561] Cfr. *ibidem*, p. 26. Si veda, per questo, anche K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 398-400.

[562] Per approfondimenti sull'indagine fisiopatologica di Griesinger, con particolare riferimento al testo *Über psychische Reflexation. Mit einem Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten*, rimando a B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 108-120, e a K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 398-403.

[563] Per quanto riguarda l'analisi fisiologica di Griesinger cfr. Id., *Über psychische Reflexation. Mit einem Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten*, cit., pp. 11-43.

[564] «L'azione comune di tutte le altre rappresentazioni su quella che si trova proprio nel flusso costituisce un'inibizione psichica che si può chiamare *avvedutezza*, in senso fisiologico anche riflesso. Anche nelle

eccesso di azione inibitoria, proprio per il crollo che provoca, genera le forme depressive che, secondo la teoria della "psicosi unica", sono alla base dei disturbi mentali. Allo stesso modo, poi, un difetto dell'azione inibitoria provoca un passaggio troppo veloce e frequente dalla rappresentazione all'aspirazione ad agire, sviluppando forme di disturbo legate a sentimenti di grandezza e di esaltazione[565].

In questo quadro generale, la malinconia rappresenta la prima forma di disturbo, che può poi esprimersi attraverso ulteriori patologie, e questo spiega anche il concetto di "psicosi unica", secondo il quale le malattie si evolvono e si trasformano sempre a partire da un medesimo sostrato originario. In definitiva, dunque, Griesinger in qualche modo estende i concetti fisiologici che riguardano il midollo spinale anche al sistema nervoso centrale, dando così centralità al cervello, dal momento che è lì che le sensazioni danno origine alle rappresentazioni e che queste a loro volta, se coscienti, divengono aspirazioni ad agire.

Da ciò segue anche una nuova definizione del concetto di anima, espressione di cui nel corso di questo lavoro Griesinger, come dice egli stesso, non ha fin qui parlato per evitare i tanti equivoci che da essa facilmente derivano e di cui si hanno ampie testimonianze storiche. La filosofia, e per certi versi anche la speculazione religiosa, ha spesso legato il concetto di anima alla coscienza e alle sue dinamiche mentre essa, invece, assume adesso un'altra accezione, che riguarda non solo i processi strettamente psichici ma, più in generale, tutte le dinamiche fisiologiche dell'organismo, dal momento che con anima si intendono ora le funzioni del midollo spinale, la sensazione, il movimento e l'insieme di tutte le azioni del sistema nervoso[566]. Si realizza, in tal modo, l'unità psicosomatica che segna il superamento della visione dualistica romantica e delle sue derivazioni, mentre guadagna spazio l'idea che essa, così come l'io, non sia un "prodotto finito" ma, piuttosto, risultato di un processo graduale e inesauribile che segue il corso della vita: in questo senso essa si pone come il risultato, sempre *in fieri*, della sua stessa storia[567]. Oltrepassando definitivamente la concezione romantica dell'inviolabilità (e dunque della non ammalabilità) dell'anima, Griesinger afferma che la pazzia ha una radice interna e profonda che coinvolge anche le parti più intime della stessa, prima ritenute inviolabili[568].

Tale tema è ripreso anche nei *Neuen Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirn*, dove Griesinger definisce l'anima come una "somma di stati cerebrali"[569], criticando così ancora una volta la presunta intoccabilità dell'anima di matrice romantica. In realtà, l'intero testo si pone in continuità con l'articolo precedente, come sottolinea lo stesso Griesinger, all'inizio dello scritto[570]. Qui, infatti, egli rafforza la visione unitaria di corpo e anima, focalizzando l'attenzione, in modo particolare, sul midollo spinale, studiato per comprendere i processi che avvengono nel sistema nervoso. Lo scopo è mostrare le

---

condizioni che rientrano nel normale stato di salute vi è un'infinita varietà di rapporti tra le inibizioni che, per così dire, stanno reciprocamente in ambiti diversi, e le transizioni delle azioni centripete in azioni centrifughe; ma vi è un'intera grande classe di condizioni del midollo spinale e del cervello dove questo rapporto tra l'inibizione e ciò che è mosso è disturbato. Quando il disturbo è vistoso queste condizioni si chiamano malattie, nel cervello malattie psichiche (disturbi dell'anima), il cui carattere principale sta proprio nell'anormalità o nella totale *perdita dell'avvedutezza* e quindi della libertà spirituale» (*ibidem*, p. 30).

[565] Per quanto riguarda la teoria dell'inibizione, nonché la concezione dell'avvedutezza e i disturbi psichici, sempre collegati agli stati di depressione o di esaltazione che ne derivano, cfr. *ibidem*, pp. 28-43. In queste pagine si trovano, tra l'altro, le prime descrizioni delle diverse tipologie dei disturbi psichici, delle quali, però, dirò più avanti, con riferimento al trattato di psichiatria.

[566] «[…] se anche le funzioni del midollo spinale, la sensazione e il movimento sono compresi sotto il nome "anima", allora poi lì è compreso il complesso di tutte le azioni dei centri nervosi […]» (*ibidem*, p. 43).

[567] Per l'idea di anima e le nuove concezioni che derivano dall'impostazione fisiopatologica cfr. *ibidem*, pp. 43-45.

[568] Infatti, sottolinea Griesinger, «[…] non crediamo neanche di fare alcun torto all'"anima" stessa e di non affermare per lei nulla di indegno, quando riteniamo proprio lei malata, nel suo nucleo più intimo, nella pazzia» (*ibidem*, p. 43).

[569] Cfr. W. Griesinger, *Neuen Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirn*, cit., p. 78.

[570] Cfr. *ibidem*, p. 46.

analogie tra le malattie del midollo spinale e le diverse forme di follia, così da approfondire le convinzioni già espresse in precedenza. Vengono dunque ribadite le già ricordate considerazioni in senso fisiopatologico e qui, in particolare, egli sostiene l'unione di midollo spinale e cervello, derivando tale convinzione dall'osservazione dell'identità della loro costituzione anatomica, da cui consegue anche la possibilità che ci possa essere un'analogia tra le malattie psichiche e quelle proprie del midollo spinale[571]. Considerando le incertezze che al tempo ancora avvolgevano, dal punto di vista scientifico, gli studi cerebrali, tali peculiarità potevano risultare assai utili per conseguire progressi più o meno significativi in ambito neurofisiologico e psichiatrico.

Particolare rilevanza assume, in questo scritto, il concetto di "irritazione", già utilizzato per spiegare le malattie spinali dinnanzi alla mancata evidenza organica di un danno. Griesinger, pertanto, estende la "teoria dell'irritazione spinale" al sistema nervoso centrale, parlando ora di "irritazione cerebrale", che però non è da intendere come infiammazione, così come secondo la teoria elaborata da Broussais e da Schill, bensì come "evento convulsivo"[572]: a differenza di Broussais e di coloro che fino a quel momento si erano in qualche modo occupati del concetto di "irritazione", Griesinger si serve dell'"irritazione spinale" per stabilire un confronto e ottenere un modello per l'eziologia e la patogenesi delle malattie mentali. L'idea di "irritazione cerebrale" giustifica, poi, anche la concezione della "psicosi unica", dalla quale derivano, in un secondo momento, gli altri disturbi, dei quali egli approfondisce qui in modo particolare lo studio della mania, se non altro perché spesso contraddistinta da stati convulsivi tipici proprio dell'irritazione cerebrale[573]. Lo scopo di Griesinger è addurre ulteriori argomenti che, anche paragonando tra loro le diverse patologie, evidenzino come l'impostazione fisiologica sia la via più adatta per indagare anche i disturbi mentali e per metterli in relazione con le dinamiche cerebrali e del sistema nervoso, sebbene rimanga sempre il problema di determinare il confine tra oggettivo e soggettivo[574].

Le riflessioni sviluppate in questi due contributi ai quali ho appena fatto riferimento si trovano poi esplicitate e contestualizzate, in una prospettiva più ampia, nell'opera principale di Griesinger, vale a dire il suo trattato di psichiatria, nel quale egli racchiude in modo complessivo le proprie considerazioni: si tratta di *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, la cui prima edizione risale al 1845, quindi agli anni immediatamente successivi alla pubblicazione dei primi articoli nei quali egli aveva già anticipato le considerazioni fondamentali della sua concezione psichiatrica. Nella premessa di tale opera, per così dire, generale, cioè che in una qualche misura rappresenta la sintesi

---

[571] Infatti, Griesinger sostiene che se effettivamente si verifica tale identità anatomica allora «deve essere possibile tracciare, nel dettaglio, un'analogia tra le patologie psichiche e tra i fenomeni anormali del midollo spinale» (*ibidem*, p. 47). Cfr., per questo, anche *ibidem*, pp. 46-48.

[572] «Se ora consideriamo molti casi di pazzia, e in particolare le sue fasi iniziali, come la medesima affezione del cervello, così come essa ha luogo nel midollo spinale nel caso della malattia in questione, se noi dimostriamo, partendo dall'osservazione, come entrambi i disturbi procedano sempre parallelamente e quindi comprendiamo queste forme di pazzia come *irritazione cerebrale*, allora però non abbiamo detto, alla lettera, nulla di nuovo. Perché già *Broussais*, i suoi sostenitori e gli altri fondatori della dottrina dell'irritazione (in Germania per esempio *Schill*), nel loro tentativo di dimostrare un processo patologico, l'"irritazione", come un processo generale che si verifica in tutti i tessuti e gli organi, certamente diverso da un'infiammazione ma ad essa affine, dovevano considerare le convulsioni, le nevralgie, il delirio acuto e quello cronico come sintomi dell'irritazione del sistema nervoso e dei suoi organi centrali. Ma la nostra visione si differenzia in modo essenziale da quella sopra menzionata, sebbene concordi nella denominazione. Non solo noi ci serviamo della parola "irritazione" in un modo meno impegnativo, in quanto non abbiamo inteso, come quei medici, *spiegare* nulla con essa, ma vogliamo, almeno per il momento, contrassegnare anche qualcosa di non infiammato, in un senso ulteriore lo spastico, con la denominazione irritazione cerebrale e con la comparazione *dell'irritazione spinale assunta come punto di partenza*» (*ibidem*, p. 49).

[573] Per un'analisi più ampia del concetto di "irritazione cerebrale" e dei disturbi psichici connessi si veda *ibidem*, pp. 48-79.

[574] Per i *Neuen Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirn* di Griesinger rimando anche a B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 125-130.

e lo sviluppo delle riflessioni precedenti, Griesinger sottolinea come tale testo intenda trattare delle "*Geisteskrankheiten*": la scelta linguistica è già di per sé indicativa e rilevante, data la nota difficoltà di definire le malattie mentali anche dal punto di vista strettamente lessicale. Per lui, dunque, non si tratta più di *Seelenstörungen*, né di *Seelenkrankheit*, cioè l'attenzione non è più focalizzata sull'anima in senso stretto, secondo l'accezione romantica, né Griesinger segue Jacobi nella sua definizione di *Geisteszerrüttung*[575]: non si tratta più, infatti, di disturbi dell'anima o di una malattia della stessa, né del disfacimento spirituale dovuto a una malattia somatica, ma adesso l'attenzione è rivolta proprio alle *Geisteskrankheiten* intese come "malattie dello spirito", tra le quali si distinguono poi diverse forme, secondo ciò che risulta ogni volta penalizzato o particolarmente colpito, come nel caso, per esempio, della malinconia che, riprendendo per certi versi alcune considerazioni già discusse dagli *Psychiker* e dai *Somatiker*, viene qui intesa come *Gemütskrankheit*, cioè come affezione del modo di comportarsi dell'io.

Ma, al di là delle specificità che contraddistinguono le varie forme morbose, Griesinger chiarisce subito l'obiettivo generale del suo trattato attraverso un *incipit* che rende bene l'intensità con cui egli ha vissuto gli anni immediatamente precedenti, cioè quelli compresi tra il 1838 ed il 1845, subito dopo la conclusione degli studi, che hanno costituito il fulcro della sua formazione e dell'elaborazione dei punti fondamentali della sua prospettiva psichiatrica. Nel *Vorwort* alla prima edizione di *Die Pathologie und Therapie der psyschischen Krankheiten*[576], infatti, egli riprende in forma più compiuta quanto sostenuto negli scritti precedenti sopra ricordati, il cui successo ha certamente costituito uno stimolo per la stesura di questo scritto, che deve adesso sintetizzare i risultati delle sue osservazioni e delle sue riflessioni riguardo le malattie mentali. I principi fondamentali sui quali egli fonda la propria psichiatria sono, infatti, quelli in parte già espressi, seppure in modo ancora in qualche misura frammentario, nei primi articoli e che adesso sono riportati in modo più esaustivo in questo vero e proprio trattato di psichiatria, che, appunto, intende chiarire quei presupposti fondamentali, ampliandoli e giustificandoli, così da sottrarli ad eventuali, talvolta anche più o meno strumentali, malintesi. Il trattato si rivolge ai medici, agli studiosi e agli studenti di medicina: in tal senso è certamente significativo il sottotitolo dell'opera, che in qualche modo ne anticipa anche la specificità: "Für Aerzte und Studirende". Infatti, il medico potrà approfondire qui la scienza medica nella prospettiva della "medicina fisiologica", ovvero con una forte attenzione per l'aspetto pratico, sempre accompagnato, però, da una riflessione che rende in qualche modo possibile una vera e propria comprensione interiore. Lo scopo è comprendere l'"essenza delle cose" cui si perviene con la riflessione, la stessa che permette di cogliere anche in senso più profondo gli elementi dell'osservazione, in modo che essi non assumano soltanto la forma di una raccolta di dati ma siano effettivamente messi in relazione tra loro e colti, pertanto, nella loro illuminante totalità.

Le intenzioni espresse da Griesinger sono coerenti, del resto, con quanto egli stesso aveva espresso anni prima nel suo 'manifesto programmatico', *Theorien und Thatsachen*, dove era chiara l'intenzione di volere in qualche modo cogliere l'essenza dei fenomeni, che devono essere esaminati nella loro esplicazione empirica ma anche attraverso la concettualizzazione, che conferisce ai dati osservati un valore aggiunto e una prospettiva più ampia. Questo, infatti, è anche lo scopo del trattato, che vuole offrire una serie di lezioni di psichiatria concrete e prive di ogni astrattezza, quindi un'occasione per contrastare lo stato della psichiatria del tempo, dove risultava assai complicato offrire una prospettiva concreta che, lontana dai retaggi di speculazioni più o meno vane, potesse condurre ad una comprensione autentica e profonda della realtà psichica. Ciò era dovuto anche all'abuso

[575] Cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., p. 21.
[576] Cfr. *Vorwort*, in W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psyschischen Krankheiten*, cit., pp. III-VI. Se non diversamente specificato, faccio riferimento sempre alla prima edizione, del 1845.

con cui si erano spesso avanzate ipotesi non adeguatamente supportate da osservazioni appropriate e da sufficienti prove sperimentali. Lo scopo di uno scritto rivolto ai medici e agli studenti, ma facilmente consultabile da tutti, è, ora, proprio quello di contrastare le difficoltà al tempo presenti in ambito psichiatrico e di offrire una trattazione il più completa possibile e in grado di rendere la psichiatria un ramo della medicina ora più adeguatamente riconosciuto, specie nell'ambito della formazione, generale e specialistica. L'opera si propone, dunque, di svolgere anche una funzione, per così dire, di pubblico interesse, in opposizione alle tendenze del tempo, quando spesso vi era un atteggiamento abbastanza negligente, da parte tanto delle università quanto delle istituzioni statali, nei confronti del trattamento dei disturbi psichici e dell'approccio con i malati. Vi era spesso, da parte dei medici, un atteggiamento di superficialità che non consentiva un'analisi approfondita delle diverse patologie e spesso ciò aveva esiti nefasti per la cura dei malati: talvolta questo era anche dovuto al modesto e inadeguato contatto del medico con il malato di mente, con il quale spesso non aveva alcuna dimestichezza ma sul quale agiva in modo inevitabilmente incisivo, di fatto determinandone, nel bene o nel male, il futuro. Proprio per questo Griesinger ritiene particolarmente importante l'attività pratica, per esempio i tirocini, che completano un'adeguata istruzione psichiatrica e la cui istituzione appare assolutamente necessaria dal punto di vista della formazione della pratica terapeutica. In queste prime pagine emerge già la composita personalità di Griesinger, il quale si pone subito dalla prospettiva del medico e da quella del riformatore, come si nota, del resto, anche da queste prime considerazioni sullo stato della psichiatria dei suoi tempi.

Dal punto di vista contenutistico, Griesinger chiarisce di avere dovuto dedicare alcuni passi dell'opera ad alcune descrizioni inerenti l'attività dell'anima perché era dapprima necessario illustrarne le dinamiche nell'ambito della vita normale, per poi evidenziarne le degenerazioni negli stati patologici. In questa prospettiva, egli dichiara di avere approfondito in modo particolare alcuni aspetti psicologici, soprattutto i punti essenziali ritenuti di immediata applicabilità rispetto al percorso della diagnosi e della terapia delle malattie mentali. Non ha scelto però, come egli stesso sottolinea, di approfondire in modo troppo analitico gli aspetti psicologici perché se così avesse fatto ne sarebbe risultata una trattazione troppo prolissa. La stessa necessità di sintesi lo ha portato, poi, ad utilizzare i concetti psicologici già definiti da Herbart, che è quindi posto fin dalla premessa tra i suoi punti di riferimento. Inoltre, piena stima egli riserva all'amico Zeller, in ricordo del suo fondamentale tirocinio a Winnenthal, uno dei migliori centri tedeschi, dove egli aveva fatto esperienza anche come internista e dove si era potuto avvicinare in modo decisivo agli studi psichiatrici[577].

Queste chiarificazioni fornite dall'autore aiutano a contestualizzare la genesi del testo, cosicché non ci si limiti solamente a un'osservazione della trattazione in chiave strettamente tecnica e si colga la plausibile intenzione dello psichiatra di creare una sintesi armonica tra i dati meramente analitici e una considerazione complessiva dei fenomeni psichici. Proprio in merito ai contenuti trattati, Griesinger chiarisce di avere voluto presentare con semplicità e chiarezza le forme psichiche fondamentali, considerando, per quanto possibile, tutti i casi ritenuti verificabili. In tal senso, poi, la sua esposizione riprende anche alcuni aspetti trattati da altri psichiatri, sebbene egli apporti alcune novità nella sistemazione nosologica[578], e ciò anche grazie all'ausilio della letteratura critica di cui si serve (per esempio nella sezione dedicata all'anatomia patologica) e che, come egli stesso dice, può essere utile anche al lettore che non ha mai avuto diretto contatto con i malati mentali. L'idea è, in definitiva, quella di potere offrire almeno un quadro d'insieme anche a chi non ha specifiche conoscenze al riguardo: lo stesso capitolo dedicato alle istituzioni

[577] Cfr. *ibidem*, pp. III-VI.
[578] In merito alla nosologia di Griesinger, che in questa sede non è possibile approfondire, si veda il terzo libro del suo trattato *Die Pathologie und Therapie der psyschischen Krankheiten*, cit., pp. 150-290.

manicomiali vuole essere un modo per far conoscere, almeno a grandi linee, tale realtà, allora per molti ancora del tutto sconosciuta.

Griesinger rimanda, quindi, alla patologia cerebrale, affermando di avere tratto dal complesso dei fatti patologico-anatomici alcune conclusioni valide per l'intera teoria delle funzioni cerebrali, che però ora si limita solamente ad accennare, per poi approfondirle in seguito: egli è convinto che lo studio del cervello dei malati di mente sia solo all'inizio ma possa diventare la base per molte altre ricerche medico-psichiatriche, specie se adeguatamente supportato dall'indagine anatomica. Ciò fungerà da argine, tra l'altro, rispetto alle eccessive tendenze speculative e talvolta moralizzanti che ancora minacciano l'indagine psichiatrica condotta su basi scientifiche. Infine, egli afferma con forza come pratica e terapeutica debbano essere integrate con quanto rivelato dall'eziologia, dall'anatomia patologica e dall'analisi psicologica.

Griesinger pare già in qualche modo presagire l'accusa di "materialismo" che avrebbero potuto muovergli, così dichiara egli stesso, con un tono per alcuni versi polemico, di aver voluto proporre tali riflessioni muovendo dall'anatomia e non da concetti astratti, che invece vuole assolutamente evitare, considerando i fenomeni psichici sostanzialmente come fenomeni naturali organici[579]. Ma, al di là delle possibili critiche e da qualsiasi inevitabile incompiutezza dell'opera, egli riferisce del grande piacere che gli ha provocato la scrittura di questo testo: un piacere legato alla sensazione di soddisfazione che si prova quando si sa di avere svolto l'attività di ricerca con serietà e con qualche risultato, come egli stesso aveva già avuto modo di dire in *Theorien und Thatsachen*. Tra l'altro, la scrittura di questo testo gli ha in qualche modo evocato piacevoli ricordi delle esperienze compiute durante il periodo di formazione[580].

Alla luce di questa significativa premessa, è già chiaro che la prima edizione di *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* rappresenta la sintesi complessiva delle ricerche svolte da Griesinger fino a quel momento e che adesso vengono in un certo senso sistematizzate, come peraltro si evince anche dalla disposizione degli argomenti. Infatti, il testo si articola in cinque libri, ognuno dei quali presenta ulteriori divisioni in capitoli: il primo libro è dedicato alle questioni più ampie, per esempio le considerazioni anatomiche e fisiopatologiche generali, seguite poi da un'analisi più specifica dei "disturbi elementari" riscontrabili nell'ambito delle malattie psichiche[581]. Ai fini di questo lavoro appare particolarmente significativa la prima sezione, *Ueber den Sitz der psychischen Krankheiten und die Methode ihres Studiums*[582], se non altro perché in qualche modo rilevante per la contestualizzazione del cosiddetto "dogma somatico" di cui Griesinger viene talvolta considerato sostenitore (tra l'altro anche da Jaspers). Tale parte, della quale intendo richiamare brevemente qualche aspetto, inizia ponendo l'esigenza, e anche la necessità, di dovere individuare una localizzazione delle malattie psichiche e dei loro sintomi: «Il presente scritto si occupa della dottrina della conoscenza e della cura *delle malattie psichiche o della follia*. La follia stessa, un comportamento anomalo del rappresentare e del volere, è un sintomo; la formazione dell'intero gruppo delle malattie psichiche è venuta fuori da un tipo di considerazione sintomatologica e la sua esistenza può essere giustificata soltanto a partire da questa. Il primo passo per comprendere i sintomi è la loro localizzazione. A quale organo appartiene il fenomeno della follia? - Quale organo, dunque, deve essere necessariamente malato, sempre e ovunque, laddove è presente la follia? - La risposta a questa domanda è il primo presupposto dell'intera psichiatria. Se i fatti fisiologici e patologici ci mostrano che quest'organo può essere solo il cervello, allora noi dobbiamo prima di tutto riconoscere nelle malattie psichiche ogni volta *malattie del*

[579] Cfr. *Vorwort*, in W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psyschischen Krankheiten,* cit., pp. V-VI.
[580] Cfr. *ibidem*, p. VI.
[581] Per notizie più analitiche sul primo libro del trattato cfr. *Allgemeiner Theil*, pp. 1-94.
[582] Cfr. *ibidem*, pp. 1-9.

cervello»[583]. Queste parole sottolineano già la problematicità dell'argomento discusso e chiariscono la duplice forma, teoretica e pratica, assunta dal trattato, che vuole approfondire la conoscenza della tematica in oggetto ma anche guardare al trattamento terapeutico della follia.

Ma ancora più importante appare, fin dall'inizio, la concezione della pazzia, ora intesa come un "comportamento anomalo di rappresentazione e volontà" in cui un ruolo centrale è svolto dal cervello, vale a dire l'organo a cui "appartiene il fenomeno della follia", nel senso che le malattie psichiche sono "sintomi" di disturbi cerebrali. Chiedersi quale sia l'organo di riferimento a cui "appartiene il fenomeno della pazzia", è necessario per definire i presupposti dell'indagine psichiatrica: non si tratta, però, di un dogma determinato a priori ma di un elemento che Griesinger ricava attraverso i "fatti fisiologici e patologici", come d'altra parte è già emerso anche dai primi scritti cui ho fatto riferimento.

Tuttavia, specifica Griesinger, anche «se tutta la follia si basa sull'affezione cerebrale, allora perciò non tutte le malattie del cervello fanno parte delle malattie dello spirito»[584]. E proprio da qui sorge la necessità, certamente complessa e problematica, di individuare quali malattie cerebrali siano effettivamente collegabili ai disturbi mentali, che ne costituiscono i sintomi, che possono manifestarsi anche attraverso diverse variazioni anatomiche: «Dal punto di vista anatomico vi sono malattie assai diverse il cui gruppo sintomatico si chiama follia»[585]. Tuttavia, gli studi anatomici non sono ancora così progrediti da permettere in tutti i casi una precisa differenziazione dei disturbi mentali, che proprio per queste incertezze devono essere considerati in una prospettiva fondamentalmente sintomatologica, evitando, dunque, ogni vano tentativo di ricercare a tutti i costi una rigida definizione della pazzia, che deve essere colta, piuttosto, come deviazione rispetto a un precedente stato di normalità[586].

Riportare l'intera concezione psichiatrica di Griesinger all'espressione "le malattie mentali sono malattie cerebrali" da una parte è, dunque, fin troppo generalizzante, dato che non vi è alcuna rigida analogia di tale natura, e dall'altra è causa di palesi equivoci, visto che tale espressione non significa che le malattie sono da rinvenire nel cervello ma che esse sono da 'localizzare' e da collegare a determinati problemi cerebrali, dato che è il cervello l'organo in cui si esplica la vita psichica in generale, sia quella normale che quella patologica: «I fatti *patologici* ci mostrano altrettanto bene come quelli fisiologici che soltanto il cervello può essere la sede delle attività spirituali normali e patologiche»[587]. In questo senso, allora, non solo le malattie mentali sono nel cervello ma l'intera vita psichica è riconducibile ad esso. Non dovrebbero essere, quindi, i disturbi mentali ad essere trattati in modo, per così dire, monodimensionale e riduzionistico, ma anche i processi considerati normali: Griesinger non è, in altri termini, un esponente della "*Hirnmythologie*", ma un medico che cerca le evidenze dello psichico nelle manifestazioni organiche, senza per questo ignorare, però, altri elementi non strettamente organici complementari ma in tale contesto egualmente importanti. Egli non si affida, insomma, in modo riduttivo, ad analogie

[583] *Ibidem*, p. 1.
[584] *Ibidem*, p. 7.
[585] *Ibidem*, p. 7. Griesinger comincia a proporre qui alcuni esempi più specifici per mostrare la diversità con cui si manifesta la variazione anatomica, da cui poi dipendono anche i differenti complessi di sintomi per i quali i pazienti vengono sottoposti alle cure psichiatriche (cfr. *ibidem*, p. 7).
[586] Cfr. *ibidem*, p. 7. Si evince, quindi, la scelta di Griesinger di focalizzarsi sui disturbi che rappresentano una deviazione rispetto a un precedente stato di salute, escludendo le malattie ritenute, invece, in qualche modo 'originarie'.
[587] *Ibidem*, p. 3. Griesinger argomenta le proprie tesi, nelle pagine seguenti, cercando anche un supporto anatomico, di cui si serve per analizzare i cadaveri dei folli, dai quali, a suo dire, si evince che la follia è una malattia cerebrale. In queste pagine, pertanto, egli riprende le proprie considerazioni neurofisiologiche, con particolare attenzione ai concetti di rappresentazione e di volontà: la malattia mentale è proprio un disturbo delle funzioni della rappresentazione e della volontà, sebbene possano esserci anche altri fattori che determinano anomalie (cfr. *ibidem*, pp. 4-5).

semplicistiche, delle quali, al contrario, sottolinea gli elementi di grande incertezza, né spera di chiarire i lati oscuri della scienza psichiatrica soltanto attraverso l'interpretazione anatomica dei disturbi mentali. I processi patologici sono studiati, piuttosto, in una prospettiva funzionale, sono intesi, cioè, come epifenomeni di problemi ben più profondi, cioè di processi anomali che avvengono a livello cerebrale: Griesinger indaga proprio questi, per comprendere la malattia mentale, che non vuole però 'ridurre' meccanicamente al solo dato organico. Al contrario, la sua teoria eziologica è molto ampia e presenta un'inclinazione chiaramente psicologica, dato che, tra l'altro, egli è tra i primi ad attribuire grande valore anche a tale tipologia di cause. Non vi è, quindi, alcuna esclusiva considerazione del dato organico, ma soltanto il richiamo a uno studio dei disturbi psichici in senso fisiologico, coerentemente con quanto egli stesso aveva detto nei primi scritti, con l'intenzione di evitare speculazioni in grado di alterare il carattere di scientificità della psichiatria. Una scientificità non monocorde e dogmatica, tuttavia, perché Griesinger è ben consapevole dei tanti punti oscuri che ancora avvolgono i disturbi mentali e che non permettono di risalire sempre ad una corrispondente lesione organica: non a caso egli sottolinea la sostanziale arretratezza delle ricerche psichiatriche del tempo, sostenendo che «la patologia del cervello si trova oggi ancora allo stesso punto in cui era la patologia degli organi del torace prima di Laënnec»[588]. Si capisce, in questo senso, la rilevata insufficienza delle conoscenze necessarie per potere procedere ad una fondazione anatomica della psichiatria[589], ora da abbandonare in favore di un'analisi condotta, invece, in senso fisiologico e, anche, psicologico: «Una ripartizione delle malattie psichiche secondo la loro natura, cioè secondo i mutamenti anatomici del cervello che ne sono alla base, non è attualmente possibile; ma, come l'intera classe delle malattie dello spirito è formata soltanto da una tipologia sintomatologica, così innanzi tutto si lasciano indicare come loro diversi tipi soltanto diversi complessi di sintomi, diverse forme di follia. Al posto del principio anatomico di ripartizione, dobbiamo attenerci a quello funzionale, fisiologico, e questo diventa qui, dal momento che i disturbi della rappresentazione e dell'impulso ad agire sono quelli assolutamente più importanti ed evidenti, psicologico»[590]. In questa prospettiva, la vita psichica deve essere considerata come una "particolare forma di vita dell'organismo" che coinvolge le funzioni del sistema nervoso e ha la sede centrale nel cervello, dove si sviluppa il nesso *Vorstellung-Strebung* sul quale si fonda, come è stato detto, l'intera vita psichica, normale e patologica[591].

È proprio assumendo tale punto di vista fisiologico che Griesinger analizza, alla fine di questo primo libro, i vari tipi di "disturbi elementari", che possono essere di natura sensibile, spirituale e motoria[592] e dai quali possono derivare iniziali stati di ansia, così come modificazioni del carattere e delle dinamiche relazionali. Egli, infatti, pone molta attenzione alle influenze che, a vario titolo, il malato può subire, così come alle variazioni dovute alle differenti esperienze di vita. Da non sottovalutare, tra i disturbi della sensibilità, per esempio, le allucinazioni e le illusioni, come pure la percezione che il malato ha della propria condizione, che in molti casi non percepisce come tale, o il senso di ostilità nei confronti del proprio corpo.

Nonostante si colgano, come ho cercato di dire, chiari punti che lasciano vedere una certa apertura in una ben più ampia direzione, il presunto riduzionismo di Griesinger ha certamente rappresentato un problema del quale egli stesso era probabilmente consapevole, tanto da preoccuparsi di puntualizzare la propria posizione, che non riteneva riconducibile *tout court* alle sole istanze della patologia cerebrale del tempo: «Dal momento che la follia

[588] *Ibidem*, p. 7.
[589] Nonostante la difficoltà legate alle ricostruzioni anatomiche, Griesinger dedica diverse parti del testo a osservazioni di questo genere, soprattutto in riferimento al cervello (cfr. *ibidem*, pp. 10-16 e 291-329).
[590] *Ibidem*, p. 150.
[591] Per approfondire le considerazioni neurofisiologiche di Griesinger, fondamentalmente basate sull'unità psicosomatica, cfr. *ibidem*, pp. 1-9.
[592] Cfr. *ibidem*, pp. 49-94.

è soltanto un complesso di sintomi di diverse malattie cerebrali, ci si potrebbe allora chiedere se il suo trattamento distinto e separato da quello delle altre malattie cerebrali sia in genere giustificato, se la psichiatria non debba aprirsi, piuttosto, completamente anche esteriormente alla patologia cerebrale? Solamente, se anche forse in un futuro più lontano ci si potrebbe aspettare una cosa del genere, qualsiasi tentativo di una tale completa fusione sarebbe oggi prematuro e del tutto irrealizzabile. Se si tiene conto soltanto della connessione interna fondamentale con la restante patologia cerebrale, se soltanto qui e lì viene seguito un unico, uguale metodo corretto, preferibilmente anatomico-fisiologico, allora la patologia cerebrale non viene disturbata, nella sua struttura interna, dal trattamento monografico, esternamente separato, di tali patologie formate dal punto di vista sintomatico, ma soltanto stimolata. Ma un tale tentativo di fusione sarebbe al momento attuale tanto meno ammissibile in quanto la psichiatria in genere deve ancora pressoché conquistare la propria posizione come parte della patologia cerebrale e alcuni aspetti pratici della psichiatria (la natura dell'ospedale psichiatrico, il rapporto con la medicina legale etc.) le conferiscono una portata e una peculiarità che, anche nell'ambito della patologia cerebrale, devono mantenerle in tutte le condizioni grande autonomia»[593].

La psichiatria deve essere considerata, secondo Griesinger, nella sua peculiarità specifica e per questo deve mantenere l'indipendenza necessaria per evitarne ogni sterile riconduzione, peraltro in modo fin troppo generico e acritico, alla patologia cerebrale, laddove si possono mostrare manifestazioni patologiche non necessariamente connesse con i disturbi psichici. Quella di Griesinger sembra, insomma, una posizione per certi versi 'neutrale' che si preoccupa di considerare i fenomeni psichici da un punto di vista strettamente medico, affermazione oggi certo scontata ma che ai tempi poteva rappresentare, invece, una difficile conquista. Ciò che egli tiene a ribadire è il carattere, per così dire, 'antimoralistico' e 'antifilosofico' della pazzia, che, invece, deve essere considerata in senso strettamente patologico, perché essa "è una malattia", e nello specifico, tenendo conto delle specificazioni appena esposte, "una malattia del cervello" che, in quanto tale, ha bisogno di un trattamento medico. Per questo motivo, allora, «l'anatomia, la fisiologia e la patologia del sistema nervoso e l'intera specifica patologia e terapia costituiscono le cognizioni preliminari assolutamente necessarie allo psichiatra»[594]. Al contrario, non sembrano utili le considerazioni "poetiche e moralistiche" che interpretano i disturbi mentali come esito di precedenti conflitti morali senza considerare i dati organici fondamentali e rendendo così la spiegazione dogmatica e unilaterale: «In modo abbastanza chiaro, però, i fatti parlano in favore di una assai frequente *origine psichica* di queste malattie; come potrebbe essere altrimenti, dato che le cause psichiche sono tra le più importanti e le più frequenti anche per le malattie cerebrali e nervose? – La corrispondente condizione del rappresentare e del volere è essenzialmente dipendente, anzi in parte è il risultato necessario della somma di tutto il precedente rappresentare e volere, e quindi, a dire il vero, nella vita psichica stessa si dischiude una ricca fonte di momenti causali. Ma, mentre la sfera dell'eticità è interamente contenuta all'interno del pensiero libero e consapevole, i punti di partenza dei processi spirituali anormali, ai quali danno origine queste malattie cerebrali, stanno in un ambito completamente diverso. Dalle oscure irritazioni del sentimento psichico comune, della sensazione di sé, scaturiscono, nella follia, stati d'animo originariamente affettivi, e se tra questi uno ha sviluppato nel malato un modo di rappresentare e un impulso all'azione falsi e sconvolgenti, allora egli è già in una condizione nella quale i primi presupposti di tutta l'eticità, l'avvedutezza, la possibilità di riflessione e di scelta vengono meno e tutto il suo fare può addirittura non ricadere più nell'ambito del punto di vista etico»[595].

[593] Cfr. *ibidem*, p. 8.
[594] *Ibidem*, p. 8.
[595] *Ibidem*, p. 9.

Tuttavia, al di là di questi chiarimenti generali, l'intenzione di Griesinger non è tanto quella di polemizzare ma, piuttosto, quella di dimostrare le proprie convinzioni attraverso i fatti: «Ma la migliore confutazione sarà fornita dalla stessa visione dei processi concreti»[596]. La disposizione alla comprensione dei processi psichici chiarisce la posizione non riduzionista di Griesinger, il quale, infatti, oltre alle considerazioni strettamente scientifiche, torna a riflettere sul concetto di anima, che rappresenta uno dei punti più critici dell'impostazione fisiologica, come si è visto facilmente equivocabile come posizione materialistica. Proprio per evitare tale epilogo, probabilmente, egli insiste sull'unità psicosomatica dell'individuo come presupposto per spiegare fisiologicamente la vita psichica senza mortificare l'anima nelle sue esplicazioni peculiari. Durante i molteplici e multiformi processi psichici, infatti, l'anima subisce trasformazioni ma l'unità della sua vita non viene per questo meno. Se in un primo momento ci si riferisce ad un'unità intesa come generica armonia complessiva, che si ricerca anche nelle forme di vita più semplici dell'essere umano, attraverso i processi di evoluzione e di trasformazione dell'anima emerge, poi, anche un'unità superiore e cosciente, che altro non è che l'io. Naturalmente, però, quest'unità progressivamente acquisita non è statica e rigida ma, proprio come testimonia l'io, in continua metamorfosi, perché l'anima si confronta con se stessa e con l'altro da sé in un processo di scissioni e di associazioni continuo e inesauribile. Si tratta, con ogni probabilità, di un processo che rappresenta il momento più significativo dell'esistenza dell'anima umana, dato che vi è coinvolto anche l'io. Tuttavia, se la vita psichica è così strettamente legata all'attività cerebrale, è lecito interrogarsi sulla presunta materialità non solo dell'anima ma dell'intera vita psichica: ci si chiede, insomma, se il processo psichico sia da intendere in termini materiali o immateriali, ma non è possibile, però, aspettarsi una risposta esaustiva, dato che questo non è definibile con gli strumenti concettuali al tempo posseduti e rimanda, più in generale, all'attività del sistema nervoso e ad aspetti sui quali, come dimostra l'arretratezza delle ricerche anatomiche del tempo, si deve ancora molto indagare. D'altra parte, però, si deve scongiurare anche il rischio di cadere in posizioni unilaterali di matrice opposta, cioè di indagare il disturbo mentale soltanto attraverso l'analisi di fattori immateriali, che possono certamente influire nella determinazione dello stesso ma che non devono però essere mai considerati in modo univoco ed esclusivo, cioè dimenticando di rintracciare anche una qualche corrispondenza a livello materiale.

Le teorie psichiatriche si sono concentrate molto sul concetto di follia e sulle anomalie che colpiscono il rappresentare e il volere, ma non vi sono stati ancora casi in cui tali anomalie siano state riscontrate in modo scientifico e rigoroso con un qualche riferimento all'anima in sé: al contrario, invece, dall'analisi di alcuni disturbi cerebrali si è risaliti a disfunzioni dell'attività rappresentativa e della volontà[597]. In questo senso, allora, l'anima non va considerata in modo riduzionistico ma come espressione massima dell'unità psicosomatica dell'individuo, dove anche le evidenze organiche ricoprono, certamente, un ruolo di primo piano. Tali dinamiche unitarie e complesse si esplicano in modo più evidente attraverso i processi che riguardano il rappresentare e il volere, cosicché proprio tramite questi ultimi si può cercare di contestualizzare meglio l'attività dell'anima e di tracciare una "psicopatologia dell'io", una sorta di teoria della personalità nella quale l'organismo, per così dire, si realizza nella sua unità psicosomatica. Nella terza parte del primo libro, dedicata alle "Premesse fisiopatologiche sulla vita psichica", Griesinger esprime le proprie considerazioni sull'io e sulle sue funzioni, delineando una vera e propria "psicologia dell'io"[598], che viene fondamentalmente concepito come un'"istanza" che si forgia, attraverso le dinamiche rappresentative, durante il processo evolutivo: «Nel corso della nostra vita si formano, a causa del progressivo legame di rappresentazioni, masse di

[596] *Ibidem*, p. 9.
[597] Cfr. *ibidem*, pp. 5- 6.
[598] Per la "psicopatologia dell'io" cfr. *ibidem*, pp. 38-39.

rappresentazioni sempre più grandi e coerenti. La loro peculiarità non è determinata, nel singolo individuo, soltanto dal contenuto specifico delle singole rappresentazioni, prodotte dalla percezione sensoriale e dalle esperienze esterne, ma anche dal loro rapporto abituale con le pulsioni e con la volontà e dai consolidati influssi inibitori o stimolanti provenienti dall'intero organismo. Già il bambino perviene ad ottenere, a partire dalle sue masse di rappresentazioni ancora relativamente semplici, un'impressione complessiva che, non appena il materiale è cresciuto e si è rafforzato a dovere, comincia, con un'espressione astratta, a definire l'Io»[599]. Da questo processo, in continuo divenire, si forgia l'io[600], che è «un'astrazione nella quale è compreso il singolo sentire, pensare e volere fin lì sviluppato e che si riempie di contenuto sempre nuovo man mano che i processi psichici progrediscono»[601].

Tale processo di progressivo arricchimento e completamento è tutt'altro che semplice, dato che le nuove rappresentazioni possono inizialmente apparire come estranee e dunque turbare l'armonia preesistente, cosicché l'io, in un percorso complesso in cui si alternano emozioni e stati d'animo contrastanti, cerca di rafforzarsi e di stabilire ogni volta un nuovo equilibrio, "assimilando" le nuove rappresentazioni: «Ma questa assimilazione del nuovo rappresentare non avviene, nell'Io presente, in una sola volta, ma cresce e si rafforza in modo assolutamente graduale, e ciò che all'inizio non è ancora assimilato appare, nell'uomo, come un contrasto all'Io, come un Tu. A poco a poco non rimane più a rappresentare l'Io un tale unico complesso di rappresentazione e volontà, ma si formano diverse masse di rappresentazioni compatte, articolate e rafforzate; due (e non solo due) anime abitano, allora, nel petto dell'uomo e, a secondo della predominanza dell'una o dell'altra di tali masse di rappresentazioni, che ora possono tutte rappresentare l'Io, questo cambia o viene spaccato in sé. Da qui possono risultare, all'interno, contraddizione e contrasto, ed essi si danno realmente anche in ogni uomo ragionevole. La soluzione di tutto questo comporta di per sé nature felici e armoniche, dal momento che in tutti si sviluppano comunemente visioni fondamentali ricorrenti, se anche soltanto oscure e non chiaramente esprimibili, attraverso cui risulta in tutti gli ambiti del pensare e del volere una tendenza di base armonizzante - come esempio di tali diverse tendenze fondamentali possono servire la fede, da un lato, e l'empirismo, dall'altro -»[602]. Nell'ambito di tali complesse dinamiche si coglie la funzione, per così dire, "regolativa", dell'io, nel senso che a lui tocca equilibrare gli stati caotici e antagonistici provocati dalla lotta tra le diverse rappresentazioni: «Ora, il massimo compito dell'autoformazione non è soltanto quello di guadagnare tali solide tendenze fondamentali comuni, ma anche quello di innalzarle a poco a poco, per quanto possibile, alla coscienza tramite il pensiero, e quindi di giungere a possedere saldamente tali premesse maggiori, adeguate alla natura individuale, di tutto il pensare e il volere»[603].

È possibile raggiungere uno stato di benessere e di salute quando le rappresentazioni che caratterizzano l'io si alternano ed è quindi possibile conferire coesione alla multiformità dei contenuti rappresentativi che lo agitano: in queste condizioni l'io è in grado di esercitare la propria capacità riflessiva. Tuttavia, se invece le rappresentazioni entrano in collisione tra loro, allora si creano stati disfunzionali e dissociativi. Vista in tali termini, questa sembrerebbe un'impostazione in qualche modo deterministica, ma in realtà è l'io che, in condizione cosciente, può favorire alcune rappresentazioni piuttosto che altre, specie per quanto riguarda la loro traduzione in azioni, ed è proprio qui che si radica la capacità di autodeterminazione dell'io, che Griesinger non intende assolutamente sacrificare[604].

[599] *Ibidem*, p. 38.
[600] *Ibidem*, p. 39.
[601] *Ibidem*, p. 38.
[602] *Ibidem*, p. 38.
[603] *Ibidem*, pp. 38-39.
[604] Per quanto riguarda la libertà e la capacità di autodeterminazione cfr. *ibidem*, p. 35.

La libertà risulta quindi legata da una parte alla capacità di associazione delle idee, che devono produrre rappresentazioni differenti e anche contrapposte, e dall'altra alla stessa facoltà associativa dell'io. In questa prospettiva, si spiega anche perché coloro che non hanno una capacità associativa elevata e non riescono a creare né a gestire una vasta gamma di rappresentazioni sono di fatto più deboli e non possiedono grande libertà: allo stesso modo, i bambini si trovano in una condizione più penalizzante perché non hanno ancora maturato un sistema di rappresentazioni sufficientemente ampio e articolato. Nell'età infantile, in analogia con quanto avviene nel processo evolutivo animale, prevalgono, infatti, le azioni istintive e quelle riflesse elementari: soltanto progressivamente l'io vive la "metamorfosi" in virtù della quale, attraverso l'acquisizione di nuove sensazioni, rappresentazioni e impulsi, si trasforma radicalmente per il tramite di un processo di disgregazione e di assimilazione complicato e tumultuoso nel quale scontri significativi e scosse violente provocano un elevato carico emozionale. Durante questo processo di "metamorfosi" possono anche insorgere rappresentazioni percepite dall'io come estranee e che dunque lo destabilizzano e ne turbano la capacità di controllo: si tratta di rappresentazioni patologiche, dovute a un qualche disturbo cerebrale, che si pongono in contrapposizione all'io, il quale, sempre più in preda a forti scosse emozionali, può perdere l'equilibrio raggiunto nell'ambito delle dinamiche *Vorstellung-Strebung* proprie dei processi psichici.

Tutto questo può avere conseguenze dal punto di vista percettivo, nel senso che possono generarsi sensazioni di piacere o di avversione: questo nuovo binomio *Lust-Unlust* diventa, dunque, in qualche modo artefice della trasformazione dell'io in senso positivo o negativo. Quando prevalgono le sensazioni di piacere avviene il passaggio dalla rappresentazione all'impulso ad agire, e quindi si verifica un'attività psichica positiva, accompagnata da stati di entusiasmo e di allegria. Viceversa, quando prevalgono gli stati di opposizione e si manifesta la malattia allora, dopo la fase di contrasto tra l'io e le nuove rappresentazioni, avvertite come insolite, il "vecchio io" non opporrà più resistenza e si lascerà sopraffare dalle nuove rappresentazioni anomale, alterandosi in modo definitivo: questo è proprio il caso in cui la malattia finisce per prevalere. Da questa analisi si capisce, pertanto, che è l'io a determinare gli stati di salute e di malattia, e questo in base alla propria capacità di "regolare" le rappresentazioni ricevute, anche quelle percepite come anomale, riuscendo ad assimilarle e ripristinando dunque lo stato di salute oppure lasciandosi sopraffare e rendendo possibile, così, uno stato patologico definitivo. Insomma, «gli effetti psichici che avvengono durante lo sviluppo dell'età puberale forniscono uno degli esempi di rinnovamento e di trasformazione dell'Io assolutamente più chiari e istruttivi rispetto alle relazioni nell'ambito delle malattie mentali. Con l'attivazione di parti del corpo fino a lì dormienti e con la rivoluzione organica totale, in questa età compaiono nella coscienza, in un tempo relativamente breve, grandi masse di nuove sensazioni, impulsi, rappresentazioni oscure o chiare e impulsi della volontà. Queste pervadono gradualmente i vecchi ambiti rappresentativi e diventano parti costitutive dell'Io; questo diventa, quindi, qualcosa di completamente diverso, di nuovo, e la sensazione di sé subisce una metamorfosi radicale. Ma fino a quando questa assimilazione non è avvenuta, però, questa pervasione e disgregazione del vecchio Io difficilmente può accadere senza spinte di varie specie nella coscienza e senza scosse tumultuose della stessa, vale a dire senza moti dell'animo di diversa natura. Questo è il motivo per cui tale epoca della vita è, per eccellenza, quella dei moti dell'animo sorti interiormente ed esteriormente immotivati»[605].

Al di là delle valutazioni fisiologiche che coinvolgono anche la definizione della personalità, senza per questo sacrificarla, anzi attribuendo grande importanza proprio alla formazione del sé che avviene a partire dall'età puberale, la "psicopatologia dell'io" di Griesinger permette di riflettere almeno su due aspetti importanti: il primo riguarda il

[605] *Ibidem*, p. 39.

presunto materialismo, visto in relazione al determinismo e al libero arbitrio, il secondo concerne la definizione dei concetti di salute e di malattia.

Nel primo caso, una visione materialista imporrebbe la negazione della capacità decisionale, sminuendo anche il ruolo della volontà. Se la malattia fosse l'esito di un meccanismo meramente organico, il suo decorso dovrebbe essere quantomeno già prestabilito, cosa che invece non è. È vero, anche, che «originariamente l'uomo non è affatto libero; egli lo diventa soltanto quando entra in possesso di una massa bene ordinata di rappresentazioni, facilmente riferibili l'una all'altra, e quando da queste si forma un nucleo forte, l'Io»[606]. In altri termini, la libertà è sempre contestualizzata all'interno del meccanismo rappresentativo, sul quale si fonda, del resto, la stessa personalità individuale, ma è l'io che, una volta ottenuta una qualche "massa di rappresentazioni", sceglie se e come autodeterminarsi. La stessa patologia si lega a tale capacità di associazione e di assimilazione e probabilmente anche per questo Griesinger sostiene, dal punto di vista terapeutico, che sia importante contrastare la patologia fin dagli stadi iniziali, cioè fin dalla sua insorgenza. Un'insorgenza che, allora, corrisponde in qualche modo al processo emozionale vissuto dall'io nell'ambito del tentativo di contrastare le rappresentazioni avvertite come anomale e di "assimilarle" a quelle già possedute, così da potere in qualche modo ristabilire un nuovo equilibrio. È l'io, quindi, a esercitare la propria libertà e a scegliere, attraverso la capacità aggregativa e associativa, di ristabilire un nuovo equilibrio. Di esclusivamente materiale vi è, dunque, la disfunzione organica che causa una determinata rappresentazione anomala, ma in un primo momento l'alterazione non è resa definitiva e può essere modificata proprio dalla capacità di reazione dell'io. È chiaro che in questa sede non è possibile entrare nel merito di tali dinamiche e stabilire se e quanto possano essere valide da un punto di vista strettamente medico-scientifico; ciò che conta, in questo caso, è osservare l'intenzione autentica di Griesinger, il quale non sacrifica l'autodeterminazione del soggetto a fini, per così dire, riduzionistici, piuttosto gli affida l'importante funzione di trovare e di mantenere un equilibrio armonico entro il processo rappresentativo dinamico: l'io, insomma, si realizza nella propria compiutezza attraverso le proprie azioni[607].

Muovendo da tali considerazioni si arriva a riflettere, in secondo luogo, sui concetti di salute e di malattia, che in questo caso appaiono coerenti con la visione unitaria psicosomatica sostenuta da Griesinger: gli stati normali e quelli patologici sono collegati gli uni agli altri, si trasformano reciprocamente in modo continuo. Anche per questo egli sottolinea quanto sia importante ricostruire la storia del malato, delineandone, per esempio, gli aspetti caratteriali presenti prima dell'insorgenza del disturbo. La malattia non costituisce, allora, un elemento ontologico a sé, come invece voleva Schönlei, con la sua dottrina parassitaria del disturbo; né è il risultato di deviazioni morali e peccaminose da risolvere in termini religiosi, come invece la intendeva Ringseis[608]. Ogni individuo, nell'ambito di queste continue opposizioni tra le diverse rappresentazioni, vive anche stati patologici, esito inevitabile di una deviazione dai processi considerati normali: in questo modo, allora, è difficile definire in modo netto cosa sia sano e cosa invece patologico, dato che anche il soggetto sano in fondo non lo è mai in modo totale né definitivo.

---

[606] *Ibidem*, p. 35.

[607] La teoria dell'io elaborata da Griesinger sembrerebbe rimandare ad alcuni elementi strettamente filosofici, per esempio goethiani, anche data la continuità alla luce della quale vengono considerati i processi normali e quelli patologici. Di matrice hegeliana sembra, invece, il concetto di "alienazione", attraverso cui l'io, nelle condizioni sia di salute che di malattia, si autodetermina nel suo processo di evoluzione e di metamorfosi. La forte valenza dialettica, così come l'importanza del momento della negazione e della riaffermazione attraverso il "superamento" dello stato precedente, sono elementi della filosofia dialettica da cui Griesinger è certamente influenzato (cfr. B. Wahrig-Schimdt, *Elementi di filosofia dialettica nella psichiatria del giovane Griesinger*, cit., pp. 56-57).

[608] Cfr. W. Griesinger, *Herr Ringseis und die naturhistorische Schule*, cit., pp. 14-67.

In questa prospettiva di evidente continuità tra la salute e la malattia si capisce anche perché Griesinger, nella quinta parte del primo libro, parli della "pazzia come un tutto", soffermandosi su stati che, pur appartenendo alla vita sana, come per esempio il sonno, hanno però sicure analogie con condizioni patologiche, testimonianza ulteriore di come una netta cesura tra salute e malattia risulti di fatto difficilmente individuabile[609].

Proseguendo questa breve disamina del trattato di Griesinger, va ricordato che il secondo libro dell'opera riguarda "l'eziologia e la patogenesi delle malattie mentali" ed è dedicato all'approfondimento delle varie classi di cause dei disturbi psichici, muovendo da considerazioni di carattere più generale per poi via via approfondire il tema della eventuale predisposizione alle malattie psichiche.

Per conoscere le cause della pazzia il medico deve dapprima esaminare non solo le manifestazioni organiche ma l'intera storia del paziente, tanto sul piano fisico che su quello psichico, e considerarne anche fattori come l'età e la provenienza sociale, così come le influenze che possono provenirgli dall'ambiente esterno circostante. Si tratta, cioè, di valutare tutte le possibili "cause predisponenti generali" che riguardano le condizioni sociali: è chiaro che ad assumere rilievo sono, innanzi tutto, la biografia e la nazionalità del malato, così come, più in generale, il punto di vista sociale della malattia, dal momento che Griesinger ritiene che essa sia in qualche misura condizionata anche dall'influenza dannosa talvolta esercitata dalla cosiddetta società civile. Vi possono essere, insomma, molteplici concause che agiscono sul cervello, sebbene poi soltanto una in particolare deve essere considerata quella effettivamente scatenante, da individuare possibilmente nei primi stadi della malattia, quando è più semplice intervenire con prontezza ed efficacia. Significative sono, poi, anche le cosiddette "cause predisponenti individuali", tra le quali svolge un ruolo rilevante, per esempio, l'ereditarietà, da non confondere con quei processi resi semplicemente abituali dall'educazione. Vi è poi da considerare anche la "costituzione psichica e somatica", per esempio la "costituzione nervosa", caratterizzata, tra l'altro, dalla più o meno grande facilità di irritarsi o di essere suscettibili[610].

Per quel che riguarda, in modo più specifico, le cause delle malattie, vanno sottolineate quelle cosiddette psichiche, che agiscono direttamente o indirettamente su un organo; esse sono le più frequenti e operano come cause dirette o ravvicinate: attraverso un disturbo profondo del complesso delle rappresentazioni dell'io viene fuori una sorta di dissociazione della coscienza, una rottura interna dell'io. Le cause psichiche, tra le quali sono considerati anche gli "*Affekte*", sono «le più frequenti e produttive fonti della follia tanto per ciò che riguarda la preparazione quanto, soprattutto e in modo fondamentale, per l'immediata provocazione della malattia; riconosciamo, però, che questa visione non si basa tanto sui censimenti, ma sull'impressione complessiva derivata da molte osservazioni. Tra queste cause psichiche si devono comprendere, innanzi tutto, i precedenti stati affettivi e passionali, perché è un fatto decisivo che l'eccessivo sforzo puramente intellettuale, senza

[609] Per approfondire la "psicopatologia dell'io" di Griesinger si veda anche L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, cit., pp. 260-261. Inoltre, qui continuo a fare riferimento anche alla relazione di L. Grosso, intitolata *Wilhelm Griesinger tra fisiopatologia del sistema nervoso e psicologia dell'io*, tenuta al convegno su «I confini dell'anima. Filosofia e psicologia da Herbart a Freud», L'Aquila, 11-14 maggio 1994.

[610] «D'altra parte, c'è un'altra, non riconoscibile anatomicamente, ma solo fisiologicamente, costituzione primitiva o acquisita, che essenzialmente dispone alle malattie mentali. Si tratta della cosiddetta costituzione nervosa, il comportamento degli organi centrali, che può essere generalmente descritta come una sproporzione della reazione agli stimoli che agiscono su di essi. Questo comportamento può anche esprimersi in guarigioni individuali del sistema nervoso centrale, più nel midollo spinale o più nel cervello, molto spesso si manifesta in tutti gli atti nervosi contemporaneamente. Nel sistema nervoso sensibile si notano vari tipi di iperestesia, grande sensibilità alle variazioni di temperatura, cambiamenti spontanei nelle sensazioni di freddo e di caldo, ma soprattutto l'insorgenza di numerose parestesie e un leggerissimo sviluppo del dolore» (W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, cit., p. 117).

l'affezione emotiva che l'accompagna e senza ulteriori cause potenti […], soltanto in rarissimi casi conduce alla pazzia»[611].

Vi sono, ancora, le cause miste, cioè quelle situate tra le psichiche e le fisiche, nel senso che lì agiscono entrambe queste dimensioni. Un esempio in tal senso è dato dall'alcolismo, che da una parte è legato alle condizioni fisiche ma dall'altra spesso viene fuori in seguito a preoccupazioni e a dispiaceri, quindi per motivi sostanzialmente psichici; inoltre, tra queste cause miste si annoverano anche quelle legate gli eccessi sessuali. Infine, Griesinger considera le cause fisiche che possono concorrere alla determinazione dei disturbi psichici, come per esempio le affezioni del sistema nervoso (tra le quali l'epilessia e l'apoplessia), le malattie febbrili e quelle croniche[612]. Tale indagine eziologica risulta assai significativa perché mostra ulteriormente la pluridimensionalità della concezione psichiatrica di Griesinger, che non si sofferma, restando nell'ambito di un'improbabile prospettiva meramente materialista, sulla sola analisi delle cause somatiche ma considera anche le possibili influenze dell'ambiente, le peculiarità individuali, il vissuto del soggetto, che difficilmente può essere oggettivato, e molto altro ancora. Per queste considerazioni egli, più che condividere il "dogma somatico", sembra avvicinarsi a quella che per alcuni versi sarà poi la prospettiva jaspersiana: per esempio, egli è tra i primi psichiatri ad attribuire specifica rilevanza alle cause strettamente psichiche.

Il terzo libro dell'opera comprende la nosologia griesingeriana, che, come da tradizione, classifica i disturbi secondo una suddivisione per buona parte già utilizzata ma li interpreta in una rinnovata prospettiva fisiopatologica, dunque non secondo la loro essenza, viste anche le numerose incertezze anatomiche del tempo, ma guardando al loro complesso sintomatologico. Nello specifico Griesinger distingue principalmente tra le anomalie psichiche accompagnate da stati di depressione, come per esempio l'ipocondria e la malinconia, nelle sue diverse forme, e i disturbi che, invece, sono accompagnati da stati di esaltazione, come il furore e la paranoia. Inoltre, egli riconosce anche le condizioni di debolezza psichica caratterizzate da stati di follia e da alterazioni parziali e ancora non del tutto sviluppate[613]. Il presupposto di tali descrizioni è, sempre, la concezione della malattia come processo, dunque da considerare, nella sua evoluzione patogenetica, in continuità con il precedente stato di salute e non come una realtà ontologica a sé. Essa, infatti, non deve essere vista come l'esito di un'associazione meccanica di sintomi ma deve essere considerata in una prospettiva più ampia e in grado di tenere conto dei numerosi fattori concomitanti. L'idea di Griesinger, soprattutto inizialmente, è, come si è già accennato, quella di una "psicosi unica", cioè di un unico disturbo primario, essenzialmente dovuto ad un'irritazione gangliare addominale, che poi, in seguito ad un'irritazione cerebrale, assume i connotati specifici della malattia mentale: questo primo stadio coincide con la malinconia, che poi si evolve in diverse forme, dando vita ad una articolata differenziazione nosologica: «La malinconia che dà inizio alla follia si presenta talvolta come l'immediata prosecuzione di emozioni dolorose obiettivamente fondate (cause psichiche della follia), per esempio la gelosia, laddove essa si differenzia dai dolori dell'anima dello stato di salute proprio per il suo eccesso e per la sua presenza insolitamente lunga, divenuta autonoma e sempre indipendente dagli influssi esterni. In altri casi la malinconia viene fuori senza tutte le ragioni psichiche, ma il più delle volte certamente da tali ragioni, ma non come loro diretta prosecuzione, ma soltanto dopo che queste stesse hanno causato molteplici disturbi della circolazione e dell'alimentazione o hanno minato l'intera costituzione»[614].

---

[611] *Ibidem*, p. 126.
[612] Per quanto concerne l'eziologia delle malattie mentali secondo Griesinger si veda *ibidem*, pp. 95-149.
[613] Per un'analisi più dettagliata della nosologia di Griesinger, specie in riferimento a queste classificazioni, ai disturbi principali e a quelli che ne derivano, sempre con uno sguardo alle diverse manifestazioni sintomatologiche e al differente sviluppo delle varie malattie, cfr. *ibidem*, pp. 150-289.
[614] *Ibidem*, p. 153.

Normalmente le prime fasi della malattia sono contraddistinte da alterazioni dell'affettività e delle emozioni, alle quali si accompagnano lievi modificazioni organiche. Durante il decorso i disturbi emotivi vengono gradualmente sostituiti da alterazioni del pensiero e della volontà, alle quali possono corrispondere ulteriori disfunzioni organiche. La prima fase del disturbo risulta particolarmente importante soprattutto in relazione a quelli che possono essere gli interventi terapeutici, dato che Griesinger è convinto, in buona sostanza, che soltanto in queste fasi iniziali la malattia sia ancora effettivamente guaribile e si possa, quindi, intervenire in modo efficace.

La malinconia, fin dalle epoche più antiche uno dei disturbi maggiormente trattati, si associa dapprima ad uno stato depressivo, contraddistinto da dolore fisico e idee di persecuzione, al quale subentra, in un secondo momento, il rifiuto del mondo esterno, accompagnato da un rabbioso senso di estraneazione che spinge il paziente a isolarsi in se stesso, spesso anche semplicemente rifiutandosi di parlare per diversi anni. Vi sono, certamente, anche forme di alterazione isterica ma in generale la malinconia lascia vedere un paziente angosciato e svilito dai sensi di colpa che lo tormentano e ai quali spesso si associano anche altri generi di disturbo, come per esempio le allucinazioni, accompagnate dall'inquietudine e dalle idee di persecuzione[615]. Non stupisce, allora, che la degenerazione di tale patologia possa condurre anche al suicidio: nei casi meno gravi, però, essa può trasformarsi, invece, in altre forme morbose, tra cui, per esempio, la mania e l'idiozia.

La mania presenta una sintomatologia per certi versi quasi opposta a quella della malinconia, come insegna, del resto, una lunga tradizione che per molto tempo le ha considerate come disturbi in grado di escludersi vicendevolmente. Griesinger crede, invece, come si vedrà soprattutto nelle descrizioni riguardanti i deliri, che esse siano forme talvolta compresenti nello stesso paziente, anche se in molti casi egli osserva come la mania sia di fatto una trasformazione della malinconia. Una trasformazione a tutti gli effetti, se si considera che la mania presenta un quadro clinico completamente diverso e che agli stati depressivi si sostituiscono le idee di grandezza, caratterizzate da associazioni prive di significato che rendono il loro contenuto ampiamente incoerente e di fatto incomprensibile. Il paziente si ritrova in balia di stati di furia e di esaltazione che lo rendono inquieto e lo spingono ad agire in modo impulsivo: anzi, nelle forme più gravi, soprattutto nella monomania, il disturbo si presenta in forme ancora più acute che alterano in maniera più incisiva il funzionamento della volontà e delle capacità motorie, provocando gravi ripercussioni sull'equilibrio dell'io.

Tra gli altri disturbi presi in considerazione Griesinger descrive anche l'ipocondria, che da un punto di vista organico pare sia dovuta a un disturbo genitale o addominale, ma egli non esclude, a tal proposito, che possano agire come concause anche disfunzioni di natura psicologica. Essa si contraddistingue per la valutazione che il malato elabora rispetto alla propria salute, sulla quale esprime un giudizio sostanzialmente falso e che non trova, dunque, alcuna corrispondenza con la realtà.

Le descrizioni di Griesinger sono, ovviamente, assai più profonde e articolate, come mostra per esempio anche la particolarità analitica con cui, con riferimento alla "debolezza mentale", egli descrive alcune forme di idiozia distinguendone le possibili degenerazioni; così come, poi, con la medesima analiticità egli tratta della demenza e della pazzia parziale, accompagnando le sue disamine con descrizioni anatomiche di sicuro rilievo, tenendo così in qualche modo insieme il tentativo di spiegazione eziologica delle forme morbose e la ricerca analitica in grado di approfondire, in un senso più ampio, le dinamiche proprie delle strutture organiche dell'individuo.

[615] Per il ruolo della malinconia nella nosologia di Griesinger cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 48-52.

Non stupisce, allora, che dopo la disamina delle forme patologiche il quarto libro del trattato sia dedicato proprio all'anatomia patologica e, al suo interno, un intero capitolo in modo esclusivo alla struttura encefalica[616].

Non meno importante è, poi, il quinto libro, dedicato alla cura e alla terapia delle "malattie dello spirito", volendo utilizzare il linguaggio di Griesinger[617]. Dalla suddivisione del testo si capisce l'importanza attribuita alla prognosi e, poi, alla terapia, che, dopo alcuni presupposti considerati generali, si differenzia secondo i diversi trattamenti, che possono essere di volta in volta somatici e psichici[618]. La modernità di Griesinger[619], come ho avuto modo di accennare, emerge anche in questo ambito più strettamente terapeutico, nel quale egli, in opposizione a gran parte della tradizione, propone (in modo poi ancora più deciso nella seconda edizione del trattato) una terapia votata anche in senso umanitario, lontana, cioè, dai metodi barbari così spesso utilizzati in precedenza e costituita dalla combinazione variabile di metodi somatici e metodi psichici. La sua idea è, in buona sostanza, quella di una terapia, fisica come psichica, diretta all'io del paziente, che deve essere fortificato, così da potere tornare in sé: la sua attenzione è centrata, quindi, sull'individuo, che egli non considera soltanto nella sua dimensione strettamente fisico-organica ma anche nei suoi tratti più umani, per così dire psicologici, dimostrando ancora una volta una significativa presa di distanza rispetto a visioni della malattia, e soprattutto della terapia, strettamente materialiste. Fiducioso nelle possibilità di guarigione, specie negli stadi iniziali del disturbo, egli è convinto che il primo intervento terapeutico debba consistere nell'allontanare il malato dal suo ambiente e dalla sua famiglia, in modo da potere iniziare ad agire sulla malattia in modo più diretto, non tanto, però, cercando di convincere il paziente dell'inesistenza dei contenuti dei suoi deliri ma, piuttosto, agendo direttamente su questi ultimi, e, anche qui, non più con il salasso o con altri trattamenti in qualche modo violenti ma con strumenti assai più umani, come per esempio i bagni e l'ergoterapia, coadiuvati dall'assunzione di sostanze specifiche come l'oppio e altre ancora. I metodi violenti vengono riservati esclusivamente agli interventi punitivi ma sono assolutamente da evitare in condizioni normali. Soprattutto nella seconda edizione del trattato[620], Griesinger prevede per i malati mentali un trattamento sostanzialmente privo di costrizioni e di violenze[621].

Proprio la differenziazione dei metodi di cura rende urgente, per Griesinger, anche la necessità di riflettere sugli istituti manicomiali: infatti, l'ultimo capitolo del quinto libro è dedicato a tale argomento[622], che peraltro lo aveva interessato già in diverse altre occasioni[623]. Emerge, così, l'altro aspetto fondamentale della personalità di Griesinger, che

---

[616] Cfr. W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychiatrischen Krankheiten*, cit., pp. 290-329.

[617] In merito a *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* si veda anche B. Wahrig-Schmidt, *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, cit., pp. 136-151. Per una più ampia visione della tipologia dell'insegnamento psichiatrico al tempo del giovane Griesinger cfr. *ibidem*, pp. 98-151.

[618] A proposito della cura delle malattie psichiche, con particolare riferimento alla prognosi, alla terapia e ai trattamenti somatici e psichici, cfr. W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, cit., pp. 330-381.

[619] In generale, per quanto riguarda Griesinger e la sua concezione della psichiatria si veda anche E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 115-129.

[620] Per tale teoria di Griesinger e per il dibattito sul metodo del "*no-restraint*" cfr. E.J. Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, Ithaca (New York), Cornell University Press, 2003, pp. 58-65. Per la seconda edizione dell'opera di Griesinger, soprattutto in riferimento alle novità dell'approccio terapeutico lì contenute, cfr. K. Sammet, *"Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der Konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*, Münster/Hamburg/London, Lit, 2000, pp. 100-124.

[621] Per la nosologia di Griesinger si veda anche E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 24-27. Come specifica lo stesso Ackerknecht, «Griesinger è un grande sostenitore del *no-restraint system*» (*ibidem,* p. 126*),* sebbene egli arrivi a tale più netta posizione soltanto nella seconda edizione dell'opera del 1861.

[622] Cfr. W. Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, cit., pp. 382-396.

[623] Cfr. W. Griesinger, *Ueber Behandlung der Geisteskranken und über Irrenanstalten*, in Id., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, cit., pp. 254-329.

oltre ad essere un medico, uno scienziato e un accademico, mostra anche una decisa indole di riformatore. Tale aspetto, del resto, rispecchia la già ricordata esigenza di ristabilire, nell'ambito della concezione psichiatrica, un adeguato equilibrio tra la teoria e la prassi: se tale presupposto era stato già ampiamente discusso dal punto di vista teorico, Griesinger cerca di metterlo in pratica anche in modo più concreto. D'altronde, ciò si riflette chiaramente anche nella sua esperienza biografica, dato che dal 1865 e fino alla morte egli è direttamente impegnato, a Berlino[624], nella celebre clinica psichiatrica della Charité[625]. L'aspetto terapeutico, con le riforme che ne seguirono anche dal punto di vista amministrativo, costituì, insomma, un elemento altrettanto fondamentale per la nascita della psichiatria clinico-scientifica. Griesinger è convinto, infatti, che anche la terapia debba sbarazzarsi dei residui sostanzialmente antiscientifici del passato e assumere una connotazione più rigorosa dal punto di vista teorico e più umana da quello pragmatico, così da potere perseguire al meglio il proprio scopo autentico, vale a dire l'assistenza e la cura dei pazienti. Egli ritiene che sia da evitare, però, ogni forma di sentimentalismo, che, oltre a non essere sempre del tutto sincero, di fatto finisce per perdere di vista il vero scopo della psichiatria, che è, per l'appunto, quello di guarire i malati e non semplicemente di assisterli o di compatirli. Egli non vuole affatto criticare, però, lo spirito umanitario, che certamente deve essere un elemento da portare dentro le istituzioni manicomiali (cosa che egli stesso, peraltro, fa concretamente), ma condanna l'atteggiamento benevolo sostanzialmente ipocrita spesso assunto dallo stato, in quel periodo, per fini per lo più moraleggianti e in luogo, invece, di un effettivo tentativo di trattare la malattia in modo scientifico ed efficace. Del resto, come si è già avuto modo di vedere, anche in Germania si era assistito al processo di "segregazione della non-ragione", poi via via 'reintegrata' di pari passo con il processo di maturazione della classe borghese: un percorso, quindi, dettato dapprima dall'esigenza "morale" di allontanare quello che era ritenuto un possibile pericolo sociale e poi dalla necessità, soprattutto economica, di avere a disposizione più manodopera possibile per fare fronte all'impetuoso processo di industrializzazione allora in corso. Questi erano stati gli sviluppi attraverso i quali si era poi proceduto a differenziare gli emarginati sociali dagli effettivi malati di mente: anche in Germania tale questione era stata legata, in altri termini, all'evoluzione della classe borghese e a dinamiche sociali più generali, e non solo e non tanto, almeno in un primo momento, alla convinzione umanitaria e ai progressi scientifici effettivamente compiuti.

La necessità di fondare una psichiatria scientifica si basa, ora, sull'esigenza di attribuire un carattere clinico ed esclusivamente medico anche agli istituti manicomiali: questo è l'impegno che Griesinger si assume, fortemente toccato dalle condizioni dei malati, che proprio per questo vuole contribuire a migliorare in modo deciso e decisivo. La sua idea muove, in tale prospettiva, dalla necessità di distinguere in modo più accurato le malattie psichiche non soltanto per capire meglio le possibilità di effettiva guarigione ma anche e soprattutto per intervenire terapeuticamente in modo più mirato in base all'entità e alla durata della malattia. Più che tra disturbi guaribili e inguaribili, Griesinger preferisce distinguere tra "malattie acute" e "malattie croniche": in base a tale distinzione sono necessari, poi, tanto gli "istituti di cura" che gli "istituti di assistenza", gli "asili cittadini" e gli "asili di campagna"[626]. A suo dire, infatti, vi sono necessità pratiche che impongono una precisa distinzione tra i malati affetti da disturbi momentanei, per i quali è opportuna un'assistenza temporanea, e coloro che sono invece colpiti da patologie persistenti e per i

[624] Per quanto riguarda la situazione degli istituti di cura a Berlino, in quel periodo, si veda K. Sammet, *"Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der Konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*, cit., pp. 12-86.

[625] A proposito del trasferimento di Griesinger a Berlino e della sua attività presso la Charité cfr. E.J. Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, cit., pp. 66-87.

[626] Cfr. W. Griesinger, *Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland*, in Id. *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, cit., pp. 266-309.

quali si rende necessario, invece, il più tradizionale ricovero nelle apposite strutture manicomiali, alle quali, però, occorre dare una fisionomia completamente rinnovata.

La sua riforma prevede, pertanto, l'istituzione di "asili cittadini", situati, come suggerisce la stessa denominazione, all'interno delle città e intesi come strutture "pubbliche" al servizio dei cittadini, considerando tra questi non più soltanto gli emarginati meno abbienti ma anche gli esponenti della classe media che anche quando non hanno bisogno di un vero e proprio ricovero in manicomio tuttavia spesso non possono sostenere, però, le spese necessarie per curarsi negli istituti di cura privati ai quali di solito si ricorre nel caso di disturbi meno gravi. L'idea di Griesinger, allora, non è soltanto animata, per così dire, dal suo sentire medico, cioè dalla volontà di rendere fruibili apposite strutture sanitarie situate nelle vicinanze dei centri abitati, ma ha anche un forte valore sociale, dal momento che si prefigge l'obiettivo di superare anche quei *clichés* che avevano determinato la "segregazione della non-ragione", di fatto associando il disturbo mentale all'emarginazione. D'altronde, se la grande riforma tedesca di circa un cinquantennio prima aveva permesso di affermare che le «la malattia dello spirito è curabile»[627], adesso doveva esservi uno sviluppo ulteriore, vale a dire una più specifica differenziazione del trattamento di disturbi che, avendo una diversa patogenesi, necessitavano di interventi terapeutici differenti e mirati[628].

Lo "*Stadtasyl*"[629] doveva essere posto, dunque, in città, o almeno in zone facilmente raggiungibili, in modo che (anche in considerazione del fatto che la massima permanenza concessa era di un anno) il malato potesse continuare a vivere in prossimità della sua famiglia e in una condizione che gli poteva rendere più facile riabituarsi alla quotidianità, appena finita la cura. La famiglia, così come l'ambiente in cui il malato era solito vivere, dovevano essere oggetto di attenzione da parte del medico, che prima di ogni ricovero doveva analizzare a fondo il contesto di provenienza del malato, un passaggio assolutamente necessario per ricostruire in modo adeguato l'origine e lo sviluppo della sua malattia. Dopo un anno, al massimo, il malato abbandonava l'"asilo", con la possibilità di trovare un lavoro, di reinserirsi nella società e di essere seguito, se necessario, attraverso l'assistenza ambulatoriale.

Tali strutture, alle quali Griesinger vuole dare un volto nuovo, così da differenziarle dai tetri ambienti del passato, hanno una funzione non soltanto assistenziale ma anche clinica, dal momento che nelle città universitarie esse sono utilizzate anche per l'insegnamento e il tirocinio: con Griesinger si forma definitivamente quella che Jaspers chiama la "psichiatria universitaria", intesa come un ramo della psichiatria, da distinguere tanto da quella cosiddetta "manicomiale" che da quella più tradizionalmente "clinica", tipica per esempio di Heidelberg, dove peraltro ebbe modo di formarsi lo stesso Jaspers. La genesi della "psichiatria universitaria" (come si è avuto modo di vedere, le prime cattedre di tale disciplina erano nate solamente qualche tempo prima) segna la conquista del definitivo statuto scientifico della psichiatria, che viene ora considerata definitivamente e a tutti gli effetti come una scienza medica.

Per quanto riguarda, invece, le "malattie croniche" Griesinger ipotizza l'istituzione del cosiddetto "*ländliche Asyl*"[630], ubicato in luoghi idilliaci lontani dalla città, una sorta di *locus amenus* in cui il malato può distaccarsi completamente dalla vita e dalla realtà cittadina. Qui i malati non vengono più trattati come prigionieri e si procede preventivamente ad una differenziazione dei disturbi in base alle capacità e alle abilità ogni volta colpite o rimaste illese, specie quelle connesse alla facoltà di movimento, da cui

[627] *Ibidem*, p. 268 ("Geisteskranken heilbar ist").
[628] Cfr. *ibidem*, pp. 266-270.
[629] Per ulteriori approfondimenti a proposito dello "*Stadtasyl*" cfr. K. Sammet, *"Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der Konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*, cit., pp. 145-147.
[630] Pe i "*ländliche Asyl*" cfr. *ibidem*, pp. 147-153. Per la differenza tra "*Stadtasyl*" e "*ländliche Asyl*" cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 9.

spesso possono derivare situazioni di maggiore pericolo. Così Griesinger ipotizza un'area isolata per i folli, che possono essere pericolosi, nella parte centrale dell'istituto, e poi alcune "forme libere di assistenza", luoghi nei quali i malati possono esercitare, in un'atmosfera quasi familiare, le attività produttive, per esempio quella agricola, e raggiungere così, secondo le diverse possibilità concesse dal disturbo, un certo grado di emancipazione capace di salvaguardarne una qualche libertà e di renderli meno gravosi, anche dal punto di vista meramente economico, per lo stato[631].

Pur con le dovute distinzioni, dovute anche alle notevoli differenze storiche e contestuali, il metodo di Griesinger richiama per certi versi quello dei protagonisti dell''emancipazione' psichiatrica francese e inglese, dato che egli basa la propria proposta di riforma sull'osservazione diretta dei malati e sulla necessità di trattare le *Geisteskrankheiten* da un punto di vista strettamente medico. In questo modo si capisce, allora, che l'intervento 'rivoluzionario' dapprima profilatosi in Francia, con Pinel, e in Inghilterra, con Battie, si dovette poi, in Germania, soprattutto all'iniziativa di Wilhelm Griesinger[632]. Come ha giustamente sostenuto Hoff, la psichiatria di Griesinger appare da una parte come un programma di ricerca prevalentemente medico-biologico e dall'altra come un'antropologia medica applicata[633].

4.4 Il *Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin* di Wilhelm Griesinger: il ruolo della psicologia e la 'comprensione' dell'anima malata nei deliri primordiali

È innegabile, come si è avuto modo di dire, che la riflessione psichiatrica di Griesinger abbia una forte valenza, per così dire, organica, ma non per questo essa sembra declinare del tutto verso una prospettiva materialista e riduzionista, come dimostrano, tra l'altro, il richiamo alla considerazione psicologica[634] e l'esigenza di non limitarsi semplicemente a ricostruire le dinamiche dei meccanismi cerebrali, non sempre esaustivi, ma di guardare anche a una più ampia e complessa comprensione dell'individuo malato.

L'inclinazione psicologica della riflessione di Griesinger dischiude dunque la necessità, come dirà egli stesso, di non limitarsi soltanto ad una spiegazione empirica del disturbo mentale ma di avvicinarsi al mondo interiore del paziente, alla sua psicologia, cercando di comprenderne l'anima, soprattutto "l'anima malata". E proprio tale più ampia comprensione dell'anima costituisce, come dichiara lo stesso Griesinger nel *Vortrag*[635] tenuto a Berlino nel 1867, il suo interesse primario, ciò che lo ha spinto, da studente, ad avvicinarsi alla psichiatria, interesse che egli non vuole abbandonare in favore dell'esclusività della scienza esatta e rigorosa. Il *Vortrag* risulta molto significativo sia dal punto di vista strettamente accademico, perché sembra corrispondere all'affermazione di

---

[631] Per quanto riguarda l'intervento di riforma di Griesinger cfr. E.J. Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, cit., pp. 51-58, e H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 75-76. Per l'interesse di Griesinger per la riforma degli istituti di cura cfr. K. Sammet, *"Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der Konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*, cit., pp. 87-153.

[632] Cfr. K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, cit., pp. 409-415. Tuttavia, l'intervento di riforma di Griesinger non fu accolto con benevolenza e fu oggetto di profonde discussioni: si veda, a tal proposito, quanto ne dice K. Sammet in *"Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der Konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*, cit., pp. 154-249.

[633] Cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 10.

[634] Per quanto riguarda il contributo 'psicologico' di Griesinger si veda anche H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., p. 72.

[635] Di seguito riporto un'analisi commentata di alcuni punti salienti del testo di Griesinger, da me tradotti in italiano. Per un confronto con il testo originale di riferimento, che naturalmente non è qui possibile riportare per intero, rimando a W. Griesinger, *Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin*, ora in Id., *Gesammelte Abhandlungen*, Bd. I: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*, cit., pp. 127-151 (originariamente apparso in «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten»), I, 1867, pp. 143-158).

quella che Jaspers definisce "psichiatria universitaria", che da quello, per così dire, contenutistico. Infatti, in questa occasione non solo vengono fornite alcune importanti spiegazioni dei deliri primordiali, argomento centrale anche della riflessione psicopatologica di Jaspers, ma emergono anche alcuni elementi dai quali si evince come la posizione di Griesinger sia assai più critica e meno unilaterale rispetto a quanto si è poi talvolta ritenuto. In talune considerazioni, pur con le dovute differenze, emergono aspetti che più che riduzionistici sembrano richiamare principi più ampi poi in una certa misura condivisi anche da Jaspers. Ciò emerge, per esempio, dalla considerazione psicologica della malattia, ripetutamente chiamata in causa (come pure dall'ampio utilizzo del concetto di "comprensione", tipicamente "umanistico", nell'approccio alla malattia mentale), senza dire, inoltre, dell'esplicito richiamo alla dimensione umana, considerata, per la cura del paziente, non meno significativa di quella più strettamente scientifica. Per quest'ordine di considerazioni, ricondurre l'approccio di Griesinger esclusivamente alla prospettiva materialista non può che apparire in qualche misura riduttivo e fuorviante.

Sembra sicuramente significativa, già in apertura del sopra ricordato *Vortrag*, la notazione di Griesinger circa la scarsa attenzione, da parte della psichiatria del tempo, per la considerazione psicologica: «Strano ma vero: i temi psicologici sono nella psichiatria odierna proprio quelli trattati assolutamente di meno. Si è disgustati da essi e non si osa affrontarli in modo corretto»[636]. Le ragioni di tale situazione erano sostanzialmente due, vale a dire la rilevanza pressoché nulla che veniva attribuita ai disturbi cosiddetti secondari, di probabile matrice psicologica, e, d'altra parte, anche quando questi venivano presi in considerazione si utilizzavano strumenti di una psicologia vetusta e assolutamente estranea alla psichiatria (come dirà poco sotto, una psicologia ripresa dai filosofi e poi astrattamente e impropriamente utilizzata in ambito psichiatrico): «Vi era in psichiatria una tendenza - un strada sbagliata della medicina, e quindi anche della psichiatria stessa – secondo la quale i disturbi psichici erano ritenuti gli unici da ricercare nei malati di mente (perché quello che lì altrimenti si osservava, in questi malati, ancora sul sonno, sullo stato del polso, sull'appetito e così via veniva considerato addirittura come assolutamente secondario) e secondo la quale, inoltre, si cercava di applicare all'analisi di questi "disturbi dell'anima" dottrine psicologiche di valore assolutamente dubbio che sono state portate dall'esterno in psichiatria da altri»[637]. Si trattava, dunque, di una manchevolezza dovuta a una sostanziale sottovalutazione della base psicologica di alcuni disturbi o, altrimenti, al ricorso ad una psicologia di fatto oramai impraticabile.

Ma, ed è importante notarlo, Griesinger sottolinea con qualche compiacimento come tale situazione pare oramai superata dalla scienza del suo tempo, che ha inteso cominciare in qualche modo a recuperare, all'interno della pratica psichiatrica, la dimensione psicologica, ora ritenuta capace di chiarirne alcuni contorni: «La scienza si è allontanata da tempo da questa tendenza sterile, e soltanto dal nostro punto di vista neuro-patologico si può e si deve ancora una volta andare, senza preoccuparsi dell'errore, dei discorsi e delle azioni folli, per renderlo il contenuto fondamentale della psichiatria, alla considerazione specialistica della serie di sintomi psichici che certamente ancora una volta dà all'intera psichiatria un oggetto particolare e quindi e un ambito di ricerca particolare»[638]. E tuttavia questo deve avvenire con qualche precauzione, che Griesinger riassume nel richiamo interdisciplinare, nel ricorso all'esperienza e, infine, nell'utilizzo della 'comprensione', in prima battuta, delle anomalie psichiche: «Ma devono sempre essere osservate tre condizioni. In primo luogo, che la considerazione psicologica non è mai coltivata in modo unilaterale, piuttosto il gruppo dei disturbi motori e sensibili sarà studiato e valorizzato, in questi pazienti cerebrali, come un dato parimenti importante per la diagnosi e la terapia. In secondo luogo, si deve trattare soltanto di fatti realmente psicologici, della ricerca dei

[636] *Ibidem*, p. 128.
[637] *Ibidem*, p. 128.
[638] *Ibidem*, p. 128.

fenomeni da osservare nei malati stessi in modo conforme all'esperienza, mai più di un'applicazione esterna della psicologia dei filosofi alla psichiatria. In terzo luogo si dovrà cercare di comprendere e di trovare prima di tutto gli elementi delle anormalità psichiche; le difficoltà della ricerca sono già abbastanza grandi in ciò, come ci si deve parimenti accostare ai così complicati legami degli elementi così come li abbiamo davanti nelle cosiddette forme psicologiche (mania, malinconia, ecc.)?»[639].

Griesinger si volge a trattare l'aspetto psicologico della psichiatria guardando a una tipologia di disturbo ben precisa, vale a dire il delirio, così come esso si manifesta nei malati di mente: «Lasciate che provi ad introdurvi dal punto di vista in tal modo caratterizzato all'aspetto psicologico della psichiatria attraverso alcune considerazioni che devono riguardare proprio il fenomeno più eclatante, il delirio nei malati di mente»[640]. Neanche Griesinger cede ad eccessive generalizzazioni e anch'egli rifiuta le tendenze semplicistiche che associano delirio e disturbo mentale. Egli sottolinea, invece, come non sempre i malati di mente delirino, visto che alcuni di essi possono vivere, più semplicemente, soltanto un'alterazione dello stato d'animo abituale, alterazione che si manifesta, poi, secondo diverse modalità: «Troverete sempre tra i malati del nostro reparto psichiatrico parecchi che non delirano assolutamente. In essi è anomala la loro disposizione d'animo, che non corrisponde al loro precedente stato d'animo abituale, che senza ragione è diventato depresso o agitato, allegro, spensierato, forse aggressivo; anomala è la loro percezione di sé, che gli fa apparire la loro condizione come una condizione sana; anomalo è il loro parlare, comportarsi e agire, soltanto nella misura in cui corrispondono a queste anomalie emotive e danno loro espressione»[641]. Da questo punto di vista, nel tracciare tale differenza Griesinger è assolutamente esplicito: «Quando una persona così malata fa battute o canta una canzone allegra in una situazione che renderebbe una persona sana assolutamente seria, quando essa assume un tono patetico o affettato, quando forse in modo molto impetuoso e frettoloso esprime ogni tipo di desiderio di visite, di altri vestiti e simili, allora si tratta totalmente di una questione di disposizione d'animo e nessuno chiamerà ciò un reale delirio»[642]. Si tratta, in altri termini, di una forma di alterazione psicologica dei comportamenti abbastanza diffusa nella società ma che tuttavia non va semplicisticamente accomunata alle manifestazioni deliranti: «Troviamo un tale comportamento - o gli stati analoghi della mancanza di volontà, della imperfetta reazione d'animo, della rabbia e simili - soprattutto negli stadi iniziali delle malattie mentali, dove il modo di sentire completamente cambiato accade spesso in modo assolutamente penoso per il paziente stesso, ma a volte anche in alcuni momenti delle forme croniche incurabili (*Folie circulair*); nella loro forma più mite spesso incontriamo queste condizioni, nella vita ordinaria, in uomini la cui condizione cerebrale patologica non è ancora tanto estesa da rendere necessario il loro allontanamento dal mondo delle persone sane, ma tuttavia in loro vi sono anomalie degli istinti, dei sentimenti e delle aspirazioni che si manifestano in assurdità dell'agire e dell'intera condotta di vita - senza nulla di delirante»[643].

Vi è, tuttavia, un'ulteriore categoria di persone che pur non delirando, se non altro perché il loro disturbo non viene espresso né manifestato in una forma immediatamente evidente, sono però certamente da annoverare tra i malati di mente: «Tutti questi malati non deliranti devono essere distinti con la massima cura da quelli che non delirano neanche ma solo perché non desiderano esprimersi. Così, nei manicomi c'è una classe di donne malate che giorno per giorno svolge tranquillamente delle attività e dalle quali non si sente alcuna parola irragionevole forse da un quarto di anno; ma la loro interiorità è mossa da interessi immaginari, la loro testa contiene un nido di false rappresentazioni, le cose più

[639] *Ibidem*, pp. 128-129.
[640] *Ibidem*, p. 129.
[641] *Ibidem*, p. 129.
[642] *Ibidem*, p. 129.
[643] *Ibidem*, pp. 129-130.

folli vengono recitate ai loro sensi […]. Solo raramente, in allusioni o in lettere, queste illusioni si mostrano, di solito la persona malata ha imparato a nasconderle e persino a negarle, interiormente completamente sicura del giorno in cui tutto ciò che le allucinazioni e le illusioni le dicono si avvererà. Questi malati non parlano da pazzi, ma il discorso interiore, la domanda e la risposta dei pensieri si muovono su false strade dalle quali persino per questi malati non c'è alcuna via d'uscita»[644].

Stabilite così queste importanti differenze tra le diverse tipologie di disturbi e di deliri, Griesinger, trattando ora più direttamente del delirio nei malati di mente, è attento a riconoscerne le motivazioni di fondo, tanto psicologiche quanto fisiche, avendo cura di specificare come una stessa manifestazione esteriore possa avere, in pazienti diversi, cause differenti: «Tuttavia, con la stragrande maggioranza dei cosiddetti malati di mente noterete un vero e proprio delirio, spesso già nel corso di una breve conversazione, addirittura dopo poche parole. Che tali errori di pensiero e di parola possono derivare dai più diversi processi patologici psichici, dalle allucinazioni, dalla precipitazione delle rappresentazioni, dalla debolezza funzionale (per così dire, un flebile tremito di pensieri), dal repentino dimenticarsi nuovamente di ciò che è pensato ecc. E altrettanto molteplici sono le fonti corporee dei deliri: attività sensoriale anomala, sensazioni muscolari anomale, irradiazione e associazioni delle più diverse sensazioni patologiche. Per quanto possibile, è necessario indagare, nel caso concreto, quale di questi disturbi del processo di pensiero è presente; *si duo dicunt idem, non est idem*, le parole possono essere le stesse, la loro origine, il loro fondamento e significato interiore possono essere completamente diversi»[645]. Si tratta, anche alla luce dell'argomento qui preso in considerazione, di una notazione assai importante tanto per il riconoscimento di un'eziologia del delirio non esclusivamente corporea quanto per ribadire l'attenzione con cui il clinico deve evitare di ricondurre manifestazioni apparentemente identiche alle medesime cause.

Inizialmente la variabilità dei discorsi dei malati sembra assolutamente causale e priva di ogni possibile ordine: «All'inizio, quando avrete ascoltato dieci o venti persone malate, vi sembrerà assolutamente impossibile mettere ordine e regole in ciò che vale addirittura come la completa contraddizione rispetto alla ragione. Il contenuto anormale dei discorsi dei malati vi sembrerà tanto variabile quanto il contenuto della conversazione umana, quanto il gioco dei pensieri in genere»[646]. Ma con l'esperienza, ricorda Griesinger, ci si accorge che le manifestazioni verbali patologiche sono raggruppabili secondo un qualche schema che sembra ripetersi, così il clinico introduce, proprio con questo riferimento alla circoscritta parentela delle manifestazioni verbali, il concetto di delirio primordiale: «Ma una volta che avete sentito molte persone malate delirare, noterete il fatto degno di nota che in così tante ritornano proprio le medesime rappresentazioni patologiche. Leggete le storie mediche di tutti i tempi, andate in tutti i manicomi d'Europa e d'America, osservate i malati di tutte le classi di uomini e di tutti i ceti sociali, sempre e dovunque vi imbatterete in alcune particolari serie di deliri che si ripetono in modo inesauribile e stereotipato; è come se i malati si fossero sentiti reciprocamente, come se si fossero accordati tra loro su ciò che volevano dire. Qui non vi è un cambiamento come quello che vi è in generale nella conversazione umana; non può essere un caso che in una così straordinaria regolarità ricorrano più e più volte alcune false formazioni concettuali, che tra dieci malati almeno sette qua e là le hanno espresse, che forse in cinque per tutta la durata della malattia esse costituiscono il contenuto fondamentale del delirio, che spesso esse sono il primo e l'ultimo di tutti i deliri. È come se proprio queste rappresentazioni fossero già sempre pronte a emergere; vorrei contrassegnarle come deliri tipici o fondamentali, o primordiali»[647].

[644] *Ibidem*, p. 130.
[645] *Ibidem*, p. 131.
[646] *Ibidem*, p. 132.
[647] *Ibidem*, p. 132.

Si tratta qui, principalmente, dei deliri di persecuzione e di quelli di grandezza, anche se non soltanto di questi: «A cosa si riferiscono? - Qual è il loro contenuto? - Si possono distinguere diversi gruppi principali; due di essi si distinguono a prima vista per qualcosa di contrastante che si trova al loro interno. In un gruppo i deliri hanno il contenuto di una sofferenza, di una menomazione, di un'oppressione. "Sono stato avvelenato, sono perseguitato, sarò giustiziato, sono cattivo, devo morire" ecc., così risuonano più o meno i deliri primordiali di questo tipo. "Io sono molto, ho molto, posso fare molto, sono ricco, nobile, potente", così risuona l'altro tipo, che sostiene il carattere attivo, espansivo, accresciuto e che lì dov'è predominante è chiamato megalomania, ma che solo lì può essere chiamato così senza causare grandi equivoci»[648].

In molti casi, nell'ambito di queste due tipologie fondamentali di delirio, le manifestazioni sono univoche e non lasciano alcuno spazio a elementi contrastanti: «Queste idee assolutamente errate, perverse e, a seconda dei casi, del tutto assurde vengono ora prodotte, in alcune condizioni di disturbo psichico con enorme vivacità e abbondanza sempre nella stessa direzione. È presente soltanto il processo che stabilisce un tipo e le rappresentazioni contrapposte non possono mai sorgere. Così, per esempio, vediamo dominare senza limiti la megalomania in alcuni cosiddetti paralitici, i deliri depressivi in alcuni malinconici, così che l'elemento più piccolo nell'anima non può trovare posto accanto a loro»[649]. Ma, nota, Griesinger, non è sempre così, dal momento che talvolta nello stesso paziente delirante si possono trovare a convivere elementi opposti e persino contraddittori: «Ma assai spesso, anche se concentriamo la nostra attenzione in modo specifico su queste cose, troviamo i due tipi opposti di deliri primordiali nello stesso individuo. Possono apparire, l'uno accanto all'altro o l'uno dietro l'altro, in un'alternanza costante, rapida e oscillante; il maniaco può dirci con un solo respiro: sono stato avvelenato, sono il re ecc. È anche possibile che una serie sia ampiamente dominante, ma che tuttavia l'altra si manifesti temporaneamente accanto ad essa […]»[650]. Addirittura vi sono casi nei quali le due forme si integrano e in qualche modo imparano a convivere in modo per certi versi persino sorprendente: «Ma ci sono anche condizioni assolutamente interessanti specialmente lì dove entrambi i due principali tipi di deliri primordiali si sviluppano molto lentamente l'uno accanto all'altro, dove in questa lentezza, che si estende per un certo numero di anni, le rappresentazioni contrastanti (megalomania e delirio di persecuzione) hanno il tempo di riunirsi gradualmente, di penetrarsi reciprocamente e di formare solidi legami di idee, di svilupparsi nel modo più stretto in un cosiddetto sistema di deliri. Spesso si forma qui un miscuglio particolare di idee di persecuzione e di idee di grandezza […]»[651].

In linea di massima, dunque, le manifestazioni fondamentali nell'ambito delle due forme principali di delirio sembrano riconducibili a nuclei in qualche modo comuni e relativamente costanti: «Nei complicati deliri dei malati, nelle centuplici combinazioni secondarie, terziarie nelle quali essi entrano con l'incalcolabile schiera di altre rappresentazioni, l'esperto le scopre facilmente; la peculiarità del loro contenuto, che nelle cose principali è lo stesso, caratterizza, in mezzo a incomprensione e confusione, entrambe le due classi principali»[652]. Griesinger ricorda che esse sorgono in modo patologico nei malati cerebrali ma si chiede come ciò possa avvenire in un modo assolutamente differente rispetto ai meccanismi del pensare e del sentire delle persone sane: «Come sorgono nei malati? - È ovvio che non sono ripresi dal mondo esterno, che sono completamente al di fuori dei ricordi e delle combinazioni del vivere sano. Essere avvelenato, essere imperatore - non capita mai a una persona sana, tali rappresentazioni irrompono, senza alcun punto di connessione, come completamente sconosciute nella serie continua delle nostre

[648] *Ibidem*, pp. 132-133.
[649] *Ibidem*, p. 134.
[650] *Ibidem*, p. 134.
[651] *Ibidem*, p. 135.
[652] *Ibidem*, p. 136.

rappresentazioni abituali, nel pensare e nel sentire propri delle gioie e dei dolori della vita sana. I malati nei quali tutto questo accade sono malati cerebrali, e naturalmente il disturbo cerebrale è la causa del sorgere di questi pensieri. Ma come nasce, in modo particolare, questo contenuto?»[653]. Da questo punto di vista, cioè rispetto al tentativo di comprendere come sorgano tali immagini deliranti, non sembrano essere d'aiuto le testimonianze né dei malati né di chi è già convalescente: «Se chiediamo agli stessi malati come pervengono a queste rappresentazioni, allora non ci viene data alcuna risposta. Se chiediamo ai convalescenti, allora di solito essi non possono dirci - lo verifico assai spesso - la minima cosa a riguardo; per lo più dicono che sarebbe stato "proprio così". Non possiamo stupirci; è come se volessimo chiedere a colui che si è risvegliato come ha fatto a sognare questo o quello»[654]. E, nonostante i tentativi di fornire spiegazioni anche parziali, l'aiuto effettivo che questi malati o convalescenti sembrano dare per potere risalire alle cause che ogni volta producono determinate manifestazioni pare assai esiguo e sporadico[655].

Griesinger ribadisce la difficoltà, in buona sostanza, di pervenire a una spiegazione unitaria e univoca delle manifestazioni deliranti, rimandando, piuttosto, alla complessità dei fenomeni che, dal punto di vista fisico come da quello psicologico, sembrano alla base della loro complicata formazione: «A volte si vorrebbe credere che i deliri primordiali derivino semplicemente da allucinazioni, la mania di persecuzione da rumori sospetti, dall'illusione che qualcuno segua sempre il malato, da parole minacciose sentite etc., la mania di avvelenamento da un evidente cattivo sapore del cibo. Certo, accade spesso che determinate parole ed espressioni per il movimento dell'anima che si realizza siano date al malato attraverso allucinazioni. Ma, perciò, le rappresentazioni stesse sono sorte da esse? Le immagini del sogno sono le cause delle rappresentazioni oniriche? Le immagini e le rappresentazioni non sono, piuttosto, modi di esprimersi di uno stesso stato d'animo? Le allucinazioni non sono sicuramente di per sé già rappresentazioni? E come giunge il malato proprio a queste allucinazioni? - Domande risonanti che portano alla conclusione che non possiamo derivare il sorgere dei deliri primordiali dalle allucinazioni»[656]. Inoltre, «se guardiamo alla straordinaria capacità di convinzione delle allucinazioni, difficilmente comprensibile dall'esperienza delle persone sane, allora noi vediamo come esse la ottengono soltanto perché sono già esse stesse il delirio, fornite soltanto di un accompagnamento sensoriale di più forte intensità»[657]. Ciò che appare importante è, per così dire, l'incertezza critica che caratterizza l'atteggiamento di Griesinger, al di là di qualunque tentativo di farlo rientrare, in modo rigido e dogmatico, in questa o in quella concezione psichiatrica, la costante apertura critica che egli mostra, al di là delle posizioni che possono in qualche misura ogni volta prevalere, anche rispetto alle proprie congetture rese, in proposito, nel corso degli anni: «Prima pensavo che i deliri primordiali sorgessero

---

[653] *Ibidem*, p. 136.
[654] *Ibidem*, p. 136.
[655] «Qua e là, però, il risvegliato può dirci qualcosa di questo o di quello: questo o quel particolare ricordo del giorno prima, questa o quella sensazione corporea durante il sonno avrebbe potuto fornire il materiale o l'impulso perché sorgessero certe immagini oniriche. Così sentiamo qua e là da convalescenti di questo tipo: il sentimento di ansia, la "angoscia nella testa" (o anche la "angoscia nei piedi") potrebbe avere fatto ciò, che egli è stato affossato, perseguitato; i singoli malati forniscono anche ragioni assolutamente specifiche per la formazione di certi deliri; per esempio, un malato che aveva detto di essere giustiziato, disse poi: quando si è spogliato completamente nudo, la rappresentazione del Cristo crocifisso si sarebbe risvegliata nel suo corpo nudo. - Ma, a parte il fatto che queste indicazioni da parte dei convalescenti o dei malati che si sono calmati sono da accogliere in modo critico, che certamente di solito soltanto raramente può essere affermato da parte loro qualcosa di plausibile, allora la domanda è perché sono state prodotte proprio queste stesse rappresentazioni, perché adesso dalla rappresentazione del corpo nudo è scaturita una rappresentazione triste e non una allegra o maliziosa? - e l'esperienza ci mostra che se anche per le rappresentazioni depressive, l'avvelenamento, la persecuzione ecc. qua e là si può ancora affermare qualcosa del genere, ciò vale molto meno per i deliri espansivi o grandi deliri (questo, tra l'altro, anche in accordo con il comportamento dei sogni nelle persone sane)» (*ibidem*, pp. 136-137).
[656] *Ibidem*, p. 137.
[657] *Ibidem*, pp. 137-138.

principalmente sulla base di sussistenti moti e disposizioni d'animo, di stati affettivi, che certamente nei primi periodi delle malattie mentali giocano un ruolo tanto importante. In realtà questa interpretazione della cosa si avvicina molto di più di quella che viene dalle allucinazioni. Ma già allora avevo fatto notare (*Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, seconda edizione, 1861, p. 72) che proprio le rappresentazioni che oggi chiamo deliri primordiali appaiono spesso così all'improvviso, con la repentinità delle allucinazioni, senza che si possa mostrare una base emotiva. Ora io stesso dubito se anche per i casi in cui la spiegazione sembra adattarsi perfettamente la concezione secondo la quale i deliri primordiali sorgono dal movimento emotivo patologico (come loro causa) sia l'espressione corretta, se si può dire in generale che, per esempio, la rappresentazione di essere avvelenati, di essere giustiziati, di solito nasca da una disposizione d'animo depressiva, l'idea di essere re o imperatore da una disposizione d'animo emotiva (naturalmente morbosa) veramente esaltata. Le mie osservazioni degli ultimi anni mi hanno dimostrato che questo quanto meno non è così generalizzato come prima pensavo»[658]. La notazione è certo importante, al di là di quelle che saranno poi le sue idee prevalenti, per sottolineare l'atteggiamento autenticamente critico e scientifico di Griesinger, il suo rifiuto, cioè, di procedere a generalizzazioni di massima e a mantenere una qualche ipotesi anche al cospetto di evidenze empiriche e cliniche differenti. Un elemento molto importante alla luce di quello che sarà l'atteggiamento scientifico e speculativo complessivo dello stesso Jaspers.

Proprio in questa prospettiva di apertura critica appaiono ancora più significative alcune (probabilmente, alla luce di quanto si è appena detto, parziali e temporanee) considerazioni conclusive elaborate, in questo interessante *Vortrag*, da Griesinger. Innanzi tutto, l'idea che non vi sia un legame univoco e consequenziale, anche dal punto di vista meramente quantitativo, tra l'eccitazione generale e la produzione delle immagini fantastiche dei deliranti: «Alcuni intelligenti guariti o tranquillizzati ci assicurano nel modo più determinato che le illusioni primordiali sono arrivate a loro senza tutta l'eccitazione d'animo da loro avvertibile. […] Anche nella forma di follia primaria di cui sopra le idee di grandezza e quelle persecutorie sembrano apparire originariamente come formazioni di pensiero deboli, che si compiono soltanto gradualmente, guadagnando forza, calma e senza altra affezione»[659]. Un dato interessante anche perché sembra mettere in dubbio ogni meccanica corrispondenza tra l'incremento della carica emotiva e la produzione delle immagini fantastiche, come dire che una deriva meramente meccanicistica deve essere in una qualche misura ridimensionata. Il che pare confermato da quanto Griesinger afferma immediatamente dopo: «Se i deliri primordiali erano così interamente derivati da disposizioni d'animo e sentimenti morbosi, allora ci dovrebbe essere certamente una qualche proporzione tra la forza o l'altezza dei due elementi. Ma lungi da ciò, noi possiamo trovare accanto alla più leggera, superficiale eccitazione d'animo i deliri primordiali più mostruosi, accanto all'angoscia più intensa addirittura nessuno di questi. […] E quando, con un'alternanza variopinta, gli opposti deliri primordiali vengono alla luce, quando il maniaco chiacchierone dice con un solo respiro: sono avvelenato, le regalo un milione, lei è Napoleone e così via, - allora è pensabile che qui, da un minuto all'altro, l'eccitazione d'animo cambi in modo tanto contraddittorio, laddove tuttavia il comportamento esteriore del paziente non rimanda neppure minimamente a questo, e che ognuno di questi moti dell'animo si accresca, immediatamente e al momento, del massimo grado lì dove devono poi derivare le manifestazioni più esorbitanti?»[660]. Come si vede, insomma, nessuna definizione meramente quantitativa né volta a stabilire nessi inviolabili, piuttosto la constatazione di una situazione quanto mai complessa e problematica che il clinico deve cercare ogni volta di interpretare.

[658] *Ibidem*, pp. 138-139.
[659] *Ibidem*, p. 139.
[660] *Ibidem*, pp. 139-140.

In questa prospettiva, quel che pare certo è che «in genere le idee depressive e quelle di grandezza non si escludono a vicenda; probabilmente nella pura malinconia o in molti paralitici il delirio può comportare l'uno di questi caratteri in modo così predominante che l'altra classe di rappresentazioni non viene affatto alla luce per molto tempo, ma ad una più attenta osservazione troviamo l'altro, cioè il delirio opposto al carattere principale della forma, molto più spesso di quanto ce lo dovevamo aspettare […]»[661]. Anche qui, infatti, va probabilmente esclusa, innanzi tutto sulla base dell'evidenza clinica, ogni separazione e classificazione troppo netta, rigida e generalizzata: «Nel contenuto dei deliri non c'è nessun tale contrasto tra la malinconia e la mania come spesso è stato inteso in passato e come dovrebbe essere se soltanto un affetto che riempie l'anima producesse i deliri. Addirittura, la cosa più strana è che l'un tipo di delirio primordiale può durare mesi con una disposizione d'animo completamente opposta»[662]. Tale costitutiva problematicità e complessità delle manifestazioni deliranti rivela, ed è importante sottolinearlo proprio nella prospettiva qui più direttamente privilegiata, un grande interesse per il punto di vista psicologico, che sembra dunque essere tenuto in buona considerazione da Griesinger: «Tali casi sono estremamente interessanti dal punto di vista psicologico, si oppongono in modo assolutamente deciso ad un'estensione troppo ampia del principio secondo il quale i deliri primordiali sorgono sulla base dei sentimenti dominanti»[663]. Sono parole che rendono quanto meno più incerto ogni tentativo di dare alla dottrina psichiatrica griesingeriana un'univoca connotazione, per così dire, di matrice materialista.

E tale complessità strutturale dei fenomeni deliranti è ulteriormente ribadita con forza e convinzione: «E anche laddove questi deliri sono connessi con i sentimenti e le disposizioni d'animo corrispondenti - cosa che a dire il vero avviene molto spesso - è discutibile che questi ultimi ne siano proprio la causa. […] Piuttosto, vorrei esprimere anche qui, come per le allucinazioni, il rapporto in tal modo: entrambi, i sentimenti e i deliri concreti, sono espressioni di uno e del medesimo stato d'animo; in parte questo può essere messo in parole (deliri) ma da un'altra parte esso è costituito dalle relazioni motorie e delle tensioni nel rappresentare che non danno alcuna concreta formazione di pensiero ma, come risultato complessivo ed effetto totale, soltanto moti dell'animo e sentimenti. L'esperienza dimostra che molto spesso le nostre condizioni celebrali anormali dapprima pongono nella rappresentazione tali anormali relazioni motorie e di tensione, che per noi diventano coscienti come sentimenti di tristezza, di abbattimento o di esaltazione; accanto ad esse, non proprio necessariamente da esse e attraverso esse, da uguali stati celebrali possono scaturire anormali rappresentazioni concrete. Ma queste ultime possono sorgere anche assolutamente senza quelle, i deliri delle malattie acute, per esempio, spesso mancano completamente della base emotiva. Non pensate neanche che i deliri primordiali, come sopra li ho chiamati, si trovino solo nei malati dei manicomi; li sento abbastanza spesso in città»[664].

Tale complessità e problematicità generale non toglie, però, che Griesinger (ma anche qui con indubbia capacità di rivedere continuamente, soprattutto sulla scorta della pratica clinica, le posizioni ogni volta maturate) individui precisi elementi fisici e corporei come elementi significativi per la produzione dei disturbi mentali; da questo punto di vista, appaiono certamente rilevanti, se opportunamente contestualizzate, alcune sue osservazioni sulla corteccia cerebrale e sulle cellule gangliari del cervello: «In passato ero più incline a ricavare i deliri primordiali come prodotti logici da fondamenti emotivi; oggi devo dare maggiore peso all'emergere diretto degli stessi dal disturbo cerebrale. Nelle cellule gangliari della corteccia grigia del cervello, secondo le nostre attuali ipotesi, avvengono i processi che causano le rappresentazioni. In condizioni normali queste attività si svolgono

[661] *Ibidem*, p. 140.
[662] *Ibidem*, p. 140.
[663] *Ibidem*, p. 141.
[664] *Ibidem*, pp. 141-142.

nelle cellule, delle quali certamente molte sono istruite per un'interazione reciproca molto stretta, con un ordine e una calma meravigliosi, proprio come, per esempio, nel camminare, quando le cellule gangliari del midollo spinale interagiscono sempre nello stesso, bellissimo ordine; esse elaborano le impressioni sensibili ricevute dal terreno che toccano e reagiscono in senso motorio in modo tale da lasciare emergere una completa armonia con il mondo esterno e con la volontà dell'individuo. In caso di azione anomala di queste cellule spinali viene fuori una deambulazione disarmonica da entrambi i lati […]. Così, nel caso di un'azione anomala di quelle cellule corticali, devono essere immediatamente suscitate immagini, parole, rappresentazioni di ogni tipo che non corrispondono più alla realtà. Il piccolo orologio nella nostra testa è allineato con il grande orologio del mondo. Se il suo meccanismo è diventato difettoso, allora i due non vanno più insieme, i nostri pensieri non sono più in sintonia con il mondo esterno e neanche più con i nostri pensieri precedenti, che erano proprio in sintonia con il mondo esterno»[665]. E certamente «l'azione anomala di quelle cellule gangliari può essere causata da qualsiasi malattia del cervello; l'attività rappresentativa sembra sempre reagire in modo delirante rispetto ad alcune categorie principali»[666]. Ma, d'altra parte, per ribadire la complessità di cui sopra, è anche vero che «molto spesso il disturbo nelle cellule gangliari è in modo manifesto puramente funzionale e qui non di rado manifestamente stimolato da altri luoghi remoti»[667]. E proprio in questo contesto si inseriscono quelle che Griesinger chiama «co-rappresentazioni patologiche e rappresentazioni associate»[668], che si hanno quando, per esempio, dolori nevralgici o d'altro tipo «che troviamo in alcuni malati suscitano rappresentazioni che, secondo l'esperienza abituale degli uomini, non derivano per nulla da questa sensazione, che addirittura dal punto di vista logico non hanno nulla a che fare con questa sensazione, ad esempio le rappresentazioni di alberi, case ecc. o la rappresentazione di essere un uomo assolutamente cattivo»[669]; si tratta, allora, di ciò che chiamiamo «co-rappresentazione e ce lo rappresentiamo come qualcosa che non deriva dalla sensazione in modo logico ma direttamente per via cerebrale»[670]. Una volta di più si evince, quindi, la complessità dell'origine e dello sviluppo dei disturbi mentali: «Abbiamo ragione di credere che l'originaria sensazione anormale possa essere assolutamente debole e tuttavia l'eccitazione delle co-rappresentazioni in certe condizioni del cervello fortissima, addirittura forse il processo che ha prodotto la prima eccitazione, per esempio nelle viscere, a volte non viene per nulla avvertito e tuttavia da esso le rappresentazioni anormali, le co-rappresentazioni sono state risvegliate e con esso sussistono e finiscono»[671].

E la prudenza verso ogni derivazione semplicemente meccanica o anche logica delle reazioni psichiche viene ulteriormente ribadita da Griesinger: «Ma c'è ancora un'altra classe di co-rappresentazioni. Qui, non attraverso le sensazioni ma tramite l'attività celebrale che suscita gli atti della rappresentazione, vengono stimolate altre attività cerebrali della rappresentazione, ma non quelle normali che in una testa sana e ben orientata scaturiscono da queste in modo logico, cioè corrispondono in qualche modo alle cosiddette associazioni di idee normali, ma attività completamente estranee che non hanno nulla a che fare con le prime, pure per come esse, nel caso dell'enorme maggioranza degli uomini, non si collegano mai a quelle prime; ad esempio, le rappresentazioni di esecuzione, di persecuzione, o le rappresentazioni erotiche o quelle di grandezza sono immediatamente suscitate da una rappresentazione il cui contenuto non ha la minima connessione logica con quelle»[672]. Le conclusioni di Griesinger sono chiare, nel senso che non possono darsi

[665] *Ibidem*, pp. 142-143.
[666] *Ibidem*, p. 143.
[667] *Ibidem*, p. 143.
[668] *Ibidem*, p. 143.
[669] *Ibidem*, p. 143.
[670] *Ibidem*, p. 144.
[671] *Ibidem*, p. 144.
[672] *Ibidem*, p. 144.

legami e derivazioni univoche, piuttosto taluni chiarimenti possono essere prodotti, in modo ipotetico, soltanto servendosi di alcune analogie; come dire, una volta di più, di come ci si muova su un terreno tutt'altro che perfettamente sondabile per via esplicativa: «Ma, possano essere questi meccanismi di origine per i deliri primordiali quelli che si vogliano, si può allora dire ora qualcosa per spiegare il loro particolare contenuto? Per spiegare come, tra l'infinita varietà delle possibili rappresentazioni senza senso, tuttavia relativamente poche diventano reali in modo così uniforme e monotono? - Non si possono dare, per questo, spiegazioni particolari, ma con alcune analogie la questione può forse essere illuminata. Nelle malattie cerebrali, anche di tipo più lieve, accade spesso che più grandi gruppi di rappresentazioni senza la minima base emotiva in modo assolutamente tranquillo si spingano sempre avanti con forza (come, d'altra parte, che singoli gruppi possano essere completamente estinti). Possono essere rappresentazioni assolutamente indifferenti»[673]. Il che, ancora una volta, impedisce ogni classificazione e differenziazione troppo netta e definitiva[674]: «Questo movimento, questa spinta di rappresentazioni che "non sono al loro posto" si dovrebbe chiamare già delirio interiore? Non nel senso usuale; ma qui, come accade anche spesso, il confine non è netto. In certi sogni abbiamo gli esempi più evidenti di come l'eccitazione di certi organi risvegli determinati gruppi di rappresentazioni, che sono essenzialmente gli stessi per quanto riguarda il loro contenuto, senza alcuna causa esterna e senza alcuna base emotiva interna, probabilmente attraverso l'eccitazione di certi gruppi di cellule gangliari che stanno nella più prossima connessione con i nervi degli organi interessati; addirittura vediamo, in modo assolutamente straordinario, come già minime modificazioni nello stato di eccitazione degli organi in questione possano causare, nella disposizione d'animo e nelle immagini oniriche, forti aggiunte»[675].

Certamente, è questa la convinzione che se ne può in qualche modo ricavare, i disturbi psichici hanno cause diverse e variamente concomitanti, mai riducibili a schemi semplici o riduttivi, e dunque mostrano molti margini di incertezza e di approssimazione: «In genere, come si è già detto sopra, i deliri primordiali hanno la più grande somiglianza con i processi allucinatori per il loro comportamento inconscio, esteriormente assolutamente immotivato, per la persona guarita del tutto inspiegabile, oltre che per la loro improvvisa apparizione e scomparsa»[676]. Ulteriori confronti analogici, per esempio con i disturbi cromatici, ribadiscono tale stato di irriducibile complessità dei fenomeni deliranti e, più in generale, dei disturbi psichici[677]. Griesinger sottolinea come, allo stesso modo delle espressioni linguistiche rappresentative dei colori, anche l'infinità del contenuto dell'anima trovi

[673] *Ibidem*, pp. 144-145.

[674] «Uno dei primi pazienti che ho curato a Berlino è stato un signore [che abitava nella K. Strasse] che si era svegliato quattordici giorni prima con una spiacevole sensazione di pressione "al centro della testa", come diceva lui: proprio sopra il palato, senza sintomi di paralisi. Da allora la sensazione interviene soprattutto quando egli vuole leggere, la comprensione scompare e si manifestano le vertigini. Negli ultimi giorni prima che lo vedessi, egli si ricordò di molte cose che "non erano al loro posto". Vale a dire, "egli deve sempre fare calcoli mentali"; anche se non ha niente da contare, i numeri e le loro combinazioni gli vengono sempre in mente; quando viaggia in un taxi, si interessa sempre del numero sul sedile posteriore, tenta di estrarne la radice quadrata ecc., cose alle quali non aveva mai pensato prima; dopo circa otto giorni tutto è sparito di nuovo» (*ibidem*, p. 145).

[675] *Ibidem*, p. 145.

[676] *Ibidem*, p. 146.

[677] «Ci sono, però, stati patologici ancora più semplici, come le vere e proprie allucinazioni, che devono essere tirati in ballo per chiarire il nostro tema. […] Ci sono stati patologici del cervello in cui in modo caratteristico sorgono colori soggettivi, in parte già vicino ai deliri o ai disturbi profondi, in parte ancora come precursori di quello stato che molto presto scatenerà disposizioni d'animo, sentimenti, pensieri, azioni patologici. Osservando più da vicino i nostri malati, non si trovano casi del genere così raramente; a breve distanza di tempo vi furono nel nostro reparto tre suicidi che poco prima della loro azione avevano visto rosso […]. Vorrei innanzi tutto confrontare con questi processi più semplici di fenomeni cromatici soggettivi in certi stati cerebrali la comparsa di quei semplici deliri primordiali stereotipati, monotoni. Le vibrazioni eteriche nello spazio ci danno migliaia di modifiche e di sfumature nella percezione del colore, ma, come ho notato, soltanto una, o al massimo pochissime sensazioni di colore si verificano nel cervello eccitato in modo soggettivo, e di solito ciò avviene per il tramite di un colore dal carattere molto pronunciato» (*ibidem*, pp. 146-147).

espressioni soltanto parziali, il che rimanda a un fondamento quanto mai ampio ed enigmatico, probabilmente ancora per buona parte da esplorare: «La varietà di sfumature di colore oggettive è infinita ma la lingua ne ha evidenziate e caratterizzate con parole speciali soltanto alcune tonalità principali (rosso, blu, marrone ecc.), così come noi abbiamo soltanto poche espressioni per l'infinita varietà delle sensazioni gustative: dolce, amaro ecc. Così, anche per l'inesauribile infinità del nostro contenuto dell'anima noi abbiamo soltanto una serie di confini limitati da certe rappresentazioni e parole singole oltre le quali nessuno può andare e che perciò ricorrono sempre e per tutti con uguale tipo di eccitazione interiore»[678]. Senza dire, poi, che alcune manifestazioni psichiche in qualche modo collegabili al delirio sono riscontrabili, in genere, anche negli animali superiori[679].

Griesinger ribadisce continuamente tale complessità strutturale dei disturbi psichici e delle loro possibili cause, evitando, anche quando sembra dare peso più rilevante alle cause fisiche, di giungere a conclusioni riduttivistiche: «L'esperienza ci mostra anche che i persistenti deliri di grandezza sono legati molto più spesso a disturbi cerebrali motori che a deliri depressivi persistenti; i primi sono molto più spesso il risultato di una malattia cerebrale palpabile, gli altri possono insorgere molto tempo dopo da un'eccitazione cerebrale simpatica o persino direttamente come co-rappresentazioni»[680]. Tutto questo si evince proprio dall'impossibilità di procedere a classificazioni dei disturbi psichici univoche e definitive, ed è dunque importante chiedersi in quale modo e con quale forza essi siano collegati a cause prettamente fisiche: «Del resto, i deliri primordiali della depressione e della grandezza si manifestano in tutte le cosiddette "forme di malattia dello spirito", nei malinconici, nei maniacali, nei deboli di mente, negli stupidi, nei pazzi primari e secondari, nelle forme isteriche, epilettiche, paralitiche, nelle malattie più recenti e nei residui più antichi. Che la loro posizione nell'insieme del disturbo mentale, e quindi il loro significato, possa in fondo essere assolutamente diverso è già stato menzionato sopra ma non può essere spiegato qui in modo più dettagliato; la cosa più importante rimane sempre se e in quale misura essi siano collegati o meno con disturbi cerebrali sensibili e motori»[681]. Si tratta di una notazione certo significativa nella direzione che qui ho inteso evidenziare, vale a dire la sostanziale irriducibilità del paradigma scientifico di Griesinger a modelli troppo semplicistici che privilegiano in modo esclusivo un'eziologia, per così dire, di matrice materialista.

Così non possono meravigliare, alla fine del testo, gli espliciti richiami (rivolti ai giovani destinatari del *Vortrag*) all'aspetto umano della pratica psichiatrica, che comunque non può essere ricondotta *tout court* alla sola prospettiva scientifica: «Ma se io sono soltanto venuto in qualche modo incontro a quella prima curiosità sulla vita dell'anima malata che supponevo, permettetemi anche di venire incontro al vostro primo sentimento dei malati e, al di là del punto di vista scientifico, di avvicinarvi ad essi anche da un altro punto di vista, quello umano. Non pensate che esso possa mai entrare in conflitto con quello scientifico!»[682]. E certamente colpisce, in questo senso, l'esortazione a tenere conto della sfortuna e della disgrazia che colpiscono, spesso senza apparenti motivi, i malati di mente: «La vostra prima impressione presso i malati dello spirito sarà certamente quella della compassione umana. Quanto sono tristi l'allegria dei re, la felicità degli dei del manicomio! Quanti di questi sfortunati, senza alcuna colpa da parte loro, sono caduti vittima di una malattia che può colpire ognuno, compresi tutti noi; quanti hanno ceduto a una fatale

[678] *Ibidem*, p. 148.
[679] «È da notare, qui, quanto siano primitivi soprattutto i deliri primordiali depressivi, quanto essi giungano ancora in profondità nel contenuto elementare delle forme d'anima più semplici. Non solo il concetto di persecuzione, ma anche quello di veleno, di ciò che è dannoso nel cibo, sono già propri dell'animale superiore (naturalmente a modo suo, come canzoni senza parole); noi vediamo il cane intelligente allontanarsi, con uno sguardo diffidente, dal cibo che gli sembra sospettoso e che ha annusato» (*ibidem*, p. 147).
[680] *Ibidem*, p. 149.
[681] *Ibidem*, p. 149.
[682] *Ibidem*, pp. 149-150.

disposizione congenita che li ha portati a spostarsi dalle loro case su un piano inclinato che sicuramente non poteva che condurli verso il basso. Le loro azioni cerebrali procedevano in modo diverso rispetto a quelle della grande maggioranza degli uomini, le impressioni del mondo esterno incontravano un centro di reazione anomalo, si formavano insolite relazioni di tensione tra le rappresentazioni, disposizioni d'animo insolite, si verificavano irritazioni più vivide, stanchezze più rapide, dovevano consolidarsi formazioni concettuali che negli uomini normali possono appena emergere come le idee più fugaci, e così questi uomini non furono più all'altezza di ciò che la vita richiede ad una testa sana»[683]. Questo li ha condotti a quella indubbia forma di emarginazione che è propria dei malati di mente: «Così, molti di loro hanno sempre fallito tutto - a causa di questa organizzazione deficitaria -, hanno imparato a conoscere soltanto i lati oscuri e amari della vita, infine l'anomalia delle reazioni celebrali ha raggiunto un'altezza tale da lasciarli riconoscere, in modo indubitabile, come malati di animo e di spirito»[684]. Il che, una volta di più, deve spingere lo psichiatra a non sacrificare, nell'approccio al paziente, l'atteggiamento umano all'evidenza puramente scientifica, a cercare di coniugare, cioè, in un percorso che sembra ancora assai lungo e pieno di lati oscuri, mente e cuore: «Quanto poco sarebbe conveniente guardare dall'alto della nostra tanto vantata ragione verso il basso del dire e del fare che sono espressione di questa sfortuna. No, miei Signori! Non sopprimete il moto dell'anima che ci afferra quando ci troviamo di fronte a questi enigmi del destino, non credete che la partecipazione umana debba cessare lì dove comincia questa ricerca scientifica. Nel campo della psichiatria sono ancora da risolvere questioni proprie dell'umanità di notevole rilevanza; le grandi idee vengono dal cuore; in modo migliore e più utile testa e mano lavoreranno a quest'opera, se vi siete custoditi nel caloroso sentimento della sfortuna»[685]. Affermazioni, queste, che, insieme a tante altre di Griesinger, parlano di un medico attento alla dimensione umana e psicologica, oltre che alle impietose attestazioni empiriche e alle raffinate elucubrazioni della scienza rigorosa.

4.5 Karl Jaspers e Wilhelm Griesinger: al di là del "dogma somatico"

Questa breve disamina di alcuni punti tratti da diversi scritti di Griesinger permette quanto meno di cogliere la complessità, talvolta anche controversa rispetto alle successive implicazioni neurofisiologiche, del paradigma medico e scientifico dello psichiatra tedesco. Un paradigma che avanza certamente la pretesa di scientificità ma che sarebbe d'altro lato affrettato ridurre ad una sterile forma di "somaticismo", data anche la chiamata in causa, tutt'altro che secondaria, di tanti altri elementi che ho voluto brevemente richiamare.

Tuttavia, la ricezione del pensiero di Griesinger lo ha molto legato, soprattutto in un primo momento, all'aspetto organico, per così dire, materiale e somatico. E proprio tale "dogma somatico", secondo il quale «le malattie mentali *sono* malattie cerebrali»[686], costituisce il presupposto concettuale che anche Karl Jaspers si trova in qualche modo subito a contestare, senza tenere conto, probabilmente, delle 'revisioni ermeneutiche' delle quali fu in qualche modo vittima Griesinger, talvolta fin troppo semplicisticamente associato alle teorie somatiche successive ma il cui approccio complessivo alla psichiatria appare invece per certi aspetti più vicino ad alcune convinzioni poi maturate da Jaspers[687].

---

[683] *Ibidem*, p. 150.
[684] *Ibidem*, p. 150.
[685] *Ibidem*, pp. 150-151.
[686] La *Einführung* all'edizione del 1913 della *Psicopatologia generale* è ora apparsa in traduzione italiana, a cura di S. Achella: *Psicopatologia generale (1913*) – *Introduzione*, in K. Jaspers, *Scritti psicopatologici,* cit., pp. 81-113. La citazione riportata si trova a p. 88.
[687] Per questo confronto tra Jaspers e Griesinger tengo in considerazione l'ultima edizione, per così dire, 'completa' della *Psicopatologia generale*, per cui, se non diversamente specificato, faccio sempre riferimento

Fin dall'*Introduzione* alla prima edizione della *Psicopatologia generale* del '13 Jaspers chiarisce l'intenzione di volersi distaccare dal "dogma" di Griesinger, reo di creare una "dipendenza" troppo stretta tra la psicopatologia e la neurologia[688]: quest'ultima è certamente una scienza ausiliare utile all'indagine della realtà psichica, ma senza che per questo sia possibile dimostrare alcuna rigida dipendenza tra le due discipline. La psicologia e la medicina somatica sono fondamentali, secondo Jaspers, per la psicopatologia ed egli è anche convinto che nel caso di molti disturbi psichici un'origine corporea sia di fatto innegabile. Di tali processi, però, non si conoscono, nella loro completezza, i meccanismi ma ci si limita a una constatazione degli aspetti finali, per cui da queste osservazioni non pare possibile derivare alcuna spiegazione eziologica. Jaspers critica, insomma, troppo rigide "correlazioni" e "parallelismi" tra processi psichici e processi corporei: è vero, certamente, che la neurologia e gli studi sulla corteccia cerebrale che essa ha reso possibili sono in una qualche misura significativi ai fini dell'indagine sui processi psichici, ma non vi è alcuna dimostrazione scientifica che permetta di affermare con sicurezza che la causa dei disturbi mentali sia costituita semplicemente da disfunzioni organiche. Proprio da questo tentativo di risalire alle cause dei disturbi psichici attraverso spiegazioni somatiche si sviluppa la *Hirnmythologie*, rispetto alla quale Jaspers mostra una certa diffidenza, la stessa che sviluppa anche rispetto al sempre più diffuso "pregiudizio somatico" secondo il quale la vita psichica è un ambito esclusivamente soggettivo e per questo motivo non ne è di fatto possibile alcuno studio scientifico[689]. È proprio tale spesso acritica inclinazione verso i metodi esclusivamente clinico-descrittivi, così come l'idea che tutti i disturbi psichici siano spiegabili soltanto attraverso disfunzioni organiche cerebrali, ciò che muove Jaspers ad opporsi alla metodologia psichiatrica del suo tempo e a guardare, invece, a un "pluralismo metodologico" in grado di unire alla descrizione empirica anche la comprensione dell'uomo nella sua interezza[690]. Egli si oppone, in altri termini, alle eccessive tendenze "somatiche" e considera, probabilmente, l'espressione di Griesinger "le malattie mentali sono malattie cerebrali" come l'inequivocabile riferimento alla *Hirnmythologie* concretamente sviluppata da Meynert e da Wernicke, da cui, però, come è stato già detto, la fisiopatologia di Griesinger deve essere certamente distinta, così da porre fine alla lettura in qualche misura riduzionistica che l'ha per molto tempo segnata e almeno parzialmente distorta.

Pertanto, l'interpretazione che lo stesso Jaspers propone della visione della psichiatria elaborata da Griesinger risente in una qualche misura di tale prospettiva ermeneutica, alimentata, tra l'altro, dall'interpretazione decontestualizzata di una frase, per questo probabilmente riletta in modo improprio e comunque inadeguato. Jaspers considera Griesinger all'interno di quella che egli stesso definisce la "corrente descrittiva", cioè tra coloro che si limitano a descrivere i fenomeni ogni volta osservati così da offrirne un quadro il più possibile chiaro e lineare senza però approfondire in modo adeguato i concetti ogni volta esposti[691]. Egli reputa Griesinger un clinico di rilievo e di indubbia notorietà, il

---

all'edizione italiana, sottolineando nei casi più significativi eventuali analogie e differenze rispetto alla prima edizione del 1913.

[688] «Questo libro si affranca, in linea di principio, dalla schiavitù ancora frequente, in cui si trovano le modalità di ricerca e di intuizione e la formazione dei concetti della psicopatologia nei confronti della neurologia; schiavitù nata sulla base del dogma: "le malattie mentali *sono* malattie cerebrali"» (*ibidem*, p. 88). Per quanto riguarda la neurologia e la psichiatria si veda anche H. Schott – R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 89-93.

[689] Cfr. *Psicopatologia generale (1913) - Introduzione*, in K. Jaspers, *Scritti psicopatologici*, cit., pp. 86-93.

[690] Cfr. G. Cantillo, *Il pluralismo metodologico e la fenomenologia nella psicopatologia di Karl Jaspers*, in *Esistenza, ragione e trascendenza. Studi su Karl Jaspers*, a cura di M. Anzalone, A. Donise, P.A. Masullo e F. Miano, Bologna, Il Mulino, 2020, pp. 15-38.

[691] Cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 899. Jaspers discute dei "processi cerebrali" già nella prima edizione del 1913, sebbene qui il discorso sia contestualizzato nell'ambito di una più ampia discussione sulle relazioni causali, in particolare sull'effetto delle cause cosiddette esogene (cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 197-201).

quale, però, «in agili e piacevoli descrizioni […] scivola sui problemi essenziali. Prevalentemente descrive e presenta solo brevi idee ben comprensibili. Dà quadri generali chiari, ma non analisi altrettanto chiare. Le parole sono per lui il materiale con cui costruisce le concezioni e dà loro vita, ma non collega con esse concetti precisi»[692]. Già da tale lapidaria e per certi versi persino impietosa descrizione, che si può leggere fin dalla prima edizione della *Psicopatologia generale*, si comprende bene come l'interpretazione di Jaspers sia in una qualche misura inevitabilmente condizionata da quanto era stato generalmente attribuito, in modo generico e semplicistico, a Griesinger.

Non pare una coincidenza infatti, che Griesinger sia citato da Jaspers nella parte della *Psicopatologia generale* dedicata ai "Processi cerebrali"[693], di cui intendo adesso sottolineare, attraverso qualche diretto riferimento al testo, alcuni elementi più significativi, così da problematizzare e da discutere ulteriormente il presunto "dogma somatico" di Griesinger. In questo capitolo dell'opera[694], infatti, Jaspers cerca di approfondire il concetto di "affezione cerebrale organica", specificandone la possibile varietà della sintomatologia e soffermandosi, anche in una prospettiva storica, sulla questione, sempre problematica, della sua "localizzazione"[695]. Egli non nega, quindi, l'esistenza di processi cerebrali patogeni, anzi specifica che per "affezione cerebrale organica" deve intendersi un processo cerebrale "evidenziabile clinicamente" il quale provoca, almeno nella maggior parte dei casi, precise «modificazioni della vita psichica»[696]. Jaspers specifica quali sono i processi cerebrali che riconosce[697], sottolineando che «tutti questi processi cerebrali sono stati individuati e delimitati l'uno dall'altro *esclusivamente in base a sintomi somatici*, e sono diagnosticabili con certezza solo in base a sintomi di ordine neurologico»[698]. Questi "sintomi neurologici" comprendono "sintomi specifici", caratteristici di determinate patologie, e "sintomi generali diffusi", che, invece, non sono direttamente ricollegabili a patologie specifiche[699]; ma, a dire di Jaspers, «le autentiche modificazioni *psichiche* probabilmente non sono specifiche di nessun processo cerebrale organico, quantunque la frequenza con la quale avvengono certe alterazioni, sia caratteristica di alcuni di essi. Così nel decorso della paralisi progressiva si ha sempre un decadimento generale di alto grado, mentre questo è raro nella arteriosclerosi, nella quale invece subentra un decadimento "*parziale*" con una certa conservazione della personalità originaria. Ma se si confrontano le manifestazioni dei processi cerebrali con quelle delle altre psicosi, vediamo che tali processi hanno certi sintomi caratteristici che sono presenti in molti di essi o in tutti»[700].

Secondo Jaspers, quando nell'ambito dei processi psichici si verificano affezioni cerebrali si manifestano sintomi ogni volta piuttosto simili, come per esempio gli "stati di ottundimento", gli "stati di delirio", la "sindrome di Korsakow" (che provoca difficoltà nella capacità di fissazione, associata a sensazioni di smarrimento) e le "modificazioni di

---

[692] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 900.
[693] Cfr. *ibidem*, pp. 514-534.
[694] È importante sottolineare che Jaspers inserisce questo capitolo nella terza parte dell'opera, cioè quella dedicata alle "Relazioni causali della vita psichica (psicologia esplicativa)", dove, tra i numerosi argomenti trattati (come per esempio il ruolo svolto dall'ambiente, l'ereditarietà, il valore delle teorie e così via), egli riflette sul "rapporto causale", esaminando le cause endogene ed esogene e opponendosi all'"assolutizzazione della conoscenza causale" (cfr. *ibidem*, pp. 484-596).
[695] Per la "storia del problema delle localizzazioni" cfr. *ibidem*, pp. 516-518.
[696] *Ibidem*, p. 514.
[697] Il processo cerebrale più importante dal punto di vista psichiatrico è la paralisi progressiva. Oltre ad essa, sono da ricordare: le affezioni cerebrali organiche della vita fetale e della prima infanzia, la cui conseguenza è l'idiozia, i tumori cerebrali di ogni tipo (gliomi, cisti, cisticerchi e così via), gli ascessi, le encefaliti, le meningiti, i traumi cerebrali, le emorragie e i rammollimenti, i processi arteriosclerotici diffusi, la malattia di Alzheimer, con uno speciale reperto anatomico, la lue cerebrale, la sclerosi multipla, la corea di Huntington ed altre ancora (cfr. *ibidem*, pp. 514-515).
[698] *Ibidem*, p. 515.
[699] Cfr. *ibidem*, p. 515.
[700] *Ibidem*, p. 515.

carattere"[701]. Tali specificazioni, al di là del valore strettamente medico, permettono a Jaspers di avvicinarsi al problema, complicato anche dal punto di vista dell'evoluzione storica, della "localizzazione", perché se in ambito psichico non vi è alcuna rigida correlazione tra un sintomo specifico e una determinata affezione cerebrale organica allora ci si chiede se siano da ricercare "sintomi specifici" in relazione alla «*sede cerebrale* interessata dal processo morboso»[702]. Il problema di "localizzare" determinati sintomi e di porli in relazione con una determinata parte corporea, che sia o meno il cervello, ha da sempre affascinato gli studiosi, come si evince anche dai vari tentativi storici di individuare la sede dell'anima o quella dell'intelligenza e dei processi emotivi. Nell'antica civiltà greca, sebbene qualcuno avesse individuato il cervello come sede del pensiero e della percezione, tuttavia nessuno era di fatto riuscito a chiarire in modo esaustivo, dunque eliminando le innumerevoli contraddizioni che si erano via via venute a determinare, il rapporto tra l'anima e il cervello, problema sorto proprio dal tentativo di determinare la "localizzazione" dell'anima all'interno del corpo umano. Da un punto di vista più strettamente filosofico, poi, il problema dell'anima è stato oggetto di numerose discussioni, da Platone ad Aristotele, da Cartesio a Kant e così via: tutti hanno in qualche modo cercato di definirne l'essenza e di attribuirle una sede nel corpo umano[703]. Sebbene tali brevi riferimenti evidenzino già l'importanza concettuale e storica della questione dell'anima e della sua localizzazione, Jaspers riconosce soltanto in un intellettuale di un periodo assai più tardo, vale a dire in Gall, colui che ha effettivamente provato a fondare e a studiare in

[701] I sintomi tipici delle affezioni cerebrali che si rinvengono nell'ambito psichico sono specificati molto dettagliatamente da Jaspers, il quale distingue: «1. *Stati di ottundimento*, nei quali i malati possono presentare tutti i gradi che intercorrono fra la coscienza lucida ed un coma profondissimo. Coscienza vuota, tendenza al sonno, difficoltà alla focalizzazione e alla comprensione, reazioni lente, fiacchezza, esauribilità, difficoltà ad orientarsi ma senza errori, sono caratteristiche di questi stati. A ciò si aggiungono non di rado: 2. *Stati di delirium*, nei quali la coscienza non è vuota, manca la disposizione al sonno, ma in uno stato confuso si svolgono esperienze frammentarie con disorientamento; il malato si dà da fare in occupazioni illusorie, gira per casa come se cercasse qualche cosa, giocherella con la coperta del letto e simili. Spesso segue amnesia. 3. Caratteristica dei processi cerebrali organici è la *sindrome di Korsakow*. I segni principali sono un notevole disturbo della capacità di fissazione, con disorientamento e molte confabulazioni. 4. Infine nelle malattie cerebrali organiche si hanno *modificazioni del carattere*, che possono essere interpretate come conseguenti alla perdita della normale inibizione dell'individuo: arrendevolezza di fronte alle spinte pulsionali-istintive, labilità della vita affettiva, per cui si alterna con facilità il riso al pianto. Inoltre si osservano da un lato stati d'animo euforici, dall'altro irritabili, arcigni, contrariati; in diversi malati di questo tipo qualsiasi contraddizione provoca accessi di collera violenta. L'intelligenza è indebolita per la diminuzione della memoria e della capacità di fissazione ma spesso è anche indebolita di per sé, di modo che i malati perdono la loro capacità di giudizio tanto da non accorgersi nemmeno di essere ciechi e paralizzati, 5. Tipica è una "sindrome cerebrale" conseguente a traumi cranici: cefalea, vertigine, disturbi della memoria ed in particolare della capacità di fissazione, anomalie affettive (in parte ottundimento, in parte esplosività), ipereccitabilità degli organi sensoriali più elevati, intolleranza per gli alcoolici, sensibilità alla pressione ed alla percussione del cranio. Il relativo reperto istologico non è noto» (*ibidem*, pp. 515-516).

[702] *Ibidem*, p. 516.

[703] Interessante, poi, è la ricostruzione storica proposta dallo stesso Jaspers: «Che il cervello sia la sede dell'anima non è affatto sicuro. Ancora Bichat (1771-1802) ha insegnato che la sede dell'intelligenza è sì il cervello, ma la sede dei sentimenti sono gli organi della via vegetativa, fegato (ira), stomaco (paura), intestini (gioia), cuore (bontà). Già Alcmeone (intorno all'anno 500 a.C.) sapeva che il cervello è l'organo della percezione e del pensiero. Però come si comportino tra loro il cervello e l'anima e che cosa significhi veramente l'affermazione che l'anima ha la sua sede nel cervello, sono questioni che, ad una valutazione più esatta, portano ad antinomie insolubili. Quando, in tempi passati, si ammetteva ingenuamente un "pneuma", una materia finissima che sarebbe al medesimo tempo anima, quando questo pneuma si poteva diffondere come un fuoco onnipresente nel cervello e nei vasi sanguigni, e d'altra parte lo si localizzava in un determinato luogo; quando *Descartes* collegava l'anima, che immaginava come assolutamente immateriale, nella ghiandola pineale, e *Sömmering* poneva il pneuma dell'anima nel liquido dei ventricoli cerebrali, *Kant* rispondeva non solo che era impossibile figurare materialmente l'anima in qualche modo, per quanto fine, ma inoltre che l'anima, determinabile solo secondo il tempo, non poteva assolutamente avere un posto nello spazio. Potrebbero esistere organi dell'anima, ma non una sede dell'anima. Però quest'organo – egli rispose a Sömmering – dovrebbe essere strutturato e non potrebbe essere un liquido. Ciò che disse Kant, è vero ancora oggi; rimane però solo una conoscenza critica, non una conoscenza positiva» (*ibidem*, pp. 516-517).

modo scientifico tale idea della "localizzazione". A suo dire, infatti, Gall ha avuto il merito di avere provato ad individuare e a dimostrare neurologicamente, e non più in chiave astrattamente speculativa, «non solo la sede dell'anima in generale, ma anche la localizzazione di determinate qualità (qualità del carattere) e funzioni psichiche nella complessa struttura del cervello»[704].

Nonostante alcune constatazioni di Gall fossero di fatto facilmente confutabili, se non altro perché non adeguatamente supportate dal punto di vista empirico, il dibattito successivo, per quanto animato e controverso, ha finito per dare ragione ad alcune sue osservazioni, soprattutto in merito a «la possibilità di localizzazione della funzione e la differenziazione della sostanza cerebrale»[705]. Dunque, Jaspers non mette in dubbio la possibilità di una "localizzazione" ma si chiede, invece, cosa possa essere veramente localizzato e, soprattutto, come ciò possa avvenire nel caso dei disturbi psichici. È vero che possono esserci alcune corrispondenze tra talune disfunzioni cerebrali e specifici disturbi psichici, ma altra cosa è, però, così come secondo la visione di Meynert, pensare a una piena e totale corrispondenza tra le strutture della vita psichica e quelle cerebrali[706]. È la convinzione secondo la quale «gli oggetti dell'osservazione psicopatologica […] dovrebbero poter essere rappresentati in analogia al processo spaziale del cervello»[707] ciò che Jaspers interpreta come un vero e proprio "dogma somatico". Infatti, le conoscenze cerebrali acquisite grazie alle ricerche di Gall e di Meynert risultano inevitabilmente 'dogmatizzate' se poste nell'ambito di una prospettiva più ampia che, però, non può essere dimostrata scientificamente, dato che non è possibile spiegare tutti i disturbi psichici ricorrendo soltanto alla patologia cerebrale. Questo non significa, però, negare o non riconoscere le acquisizioni derivate da queste indagini, che certamente hanno permesso una più accurata conoscenza del cervello, semmai in qualche modo ridimensionarle, riconoscendone anche gli errori più evidenti. Secondo Jaspers, infatti, Meynert «spiegò tutto il meccanismo psichico, esprimendolo in forma di struttura e di funzione cerebrale, fantasticando con sembianze scientifiche in modo del tutto ascientifico»: è proprio questo che trasforma inevitabilmente una ricerca scientifica in una sorta di acritica 'mitologia'. A questo punto, secondo Jaspers, «il detto di Griesinger: "le malattie mentali sono malattie cerebrali" doveva trovare ora la sua concreta conferma. Questo concetto fondamentale sembrò ottenere un successo travolgente quando fu accolto da Wernicke»[708]. Si deduce, insomma, che la figura di Griesinger sia contestualizzata all'interno della corrente della patologia cerebrale, della quale addirittura egli è stato considerato, per così dire, l'iniziatore. Alla luce delle analisi elaborate poco sopra, tale visione sembra però piuttosto equivoca, in quanto sia la teoria di Griesinger che il suo atteggiamento generale non sembrano corrispondere a formulazioni dogmatiche di tal fatta. Infatti, l'interpretazione

[704] *Ibidem*, p. 517. Jaspers si riferisce a François Joseph Gall, della scuola francese, di cui si è trattato nei capitoli precedenti. In particolare, egli ne ricorda le scoperte principali, soprattutto nell'ambito della frenologia: «Egli scoprì l'incrocio delle vie piramidali, e spiegò la paralisi di un lato con un focolaio cerebrale del lato opposto, una scoperta sempre valida; distinse l'attitudine per le lingue e l'attitudine per la matematica – una considerazione psicologica che ha solo il difetto di una serie di qualità del carattere che egli distingueva, in determinati luoghi della superficie del cervello, il cui maggiore o minore sviluppo si sarebbe manifestato nelle forme visibili del cranio (frenologia). Questa concezione che si risolvette in un nulla, fece di lui il fondatore dell'idea della localizzazione psicologica, localizzazione che egli dimostrò in modo tanto brillante in campo neurologico» (*ibidem*, p. 517).

[705] *Ibidem*, p. 517. Jaspers ricorda anche altre scoperte importanti, tra cui quella di Broca, del 1881, che associò i disturbi del linguaggio alla "distruzione" di alcune regioni corticali della parte sinistra del cervello. Per questo e per la cosiddetta "dottrina neuro-fisiologica" delle localizzazioni cfr. *ibidem*, pp. 517-519.

[706] Su Meynert si veda anche P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 10.

[707] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 518.

[708] *Ibidem*, p. 518. Wernicke fu, infatti, tra i principali studiosi dell'afasia: «Egli scoprì l'afasia sensoriale e la sua localizzazione nel lobo temporale sinistro, tracciò uno schema fondamentale, nel quale un'analisi di psicologia associativa delle funzioni del linguaggio e della comprensione doveva coincidere con una distribuzione delle localizzazioni sulla corteccia cerebrale del lobo fronte-temporale sinistro (1874, "Der aphasische Symptomenkomplex")» (*ibidem*, p. 518).

fisiologica dei processi psichici sulla quale Griesinger costruisce la propria teoria è motivata proprio dalle incertezze dell'anatomia cerebrale, che non permette una fondazione anatomica della psichiatria, cioè una spiegazione del mentale ricondotta alla sola patologia cerebrale. Del resto, Griesinger a tal proposito è chiaro e rivendica la peculiarità dei processi psichici, affermando l'indipendenza che le *Geisteskrankheiten* devono mantenere rispetto alla *Gehirnpathologie*. Non vi è una spiegazione anatomica per ogni disturbo mentale ed è per questo che Griesinger insiste sulla valutazione sintomatologica del disturbo, per cui la malattia è il sintomo di un disturbo cerebrale, cioè l'espressione di una patologia cerebrale che si sviluppa in seguito ad un'alterazione neurofisiologica.

È proprio tale prospettiva neurofisiologica a spiegare il senso di una 'localizzazione' che, come si è visto, assume una sfumatura diversa da quella propria delle ricerche somatiche successivamente sviluppate dai sostenitori della *Hirnmythologie*. Tuttavia, Jaspers non condivide neppure l'idea che il disturbo mentale debba essere sempre identificato con una malattia cerebrale e in tal senso afferma che «il detto: tutte le malattie mentali sono malattie cerebrali, e tutto lo psichico è solo sintomo, è un dogma»[709]. Egli, infatti, analizza gli aspetti principali legati al problema della localizzazione, ovvero la relazione tra i "quadri clinici", la "struttura del cervello" e i "reperti anatomo-patologici"[710], e deduce che non vi siano ancora dati anatomici in tal senso così rilevanti per la psicopatologia, cioè che non si è a conoscenza di "funzioni psichiche elementari localizzabili" e che le stesse localizzazioni dei fenomeni patologici sono irregolari e non permettono, quindi, un'analisi lineare né, tantomeno, esaustiva[711]. Di conseguenza, «la psichiatria che si è basata sul concetto fondamentale della localizzazione delle funzioni psichiche, fallisce di fronte al fatto che finora, e forse sempre, gli elementi trovati mediante l'analisi psicologica non stanno in nessun rapporto con la localizzazione anatomica che è stata trovata con lo studio diretto del cervello. Il fatto che gli stessi processi patologici si localizzino nel sistema nervoso in modo diverso, non si è potuto finora mettere in parallelo, e meno che mai in un rapporto evidente, con il fatto che i disturbi psichici nella stessa affezione cerebrale organica sono sempre del tutto diversi. In tutte le riflessioni sui rapporti fra i reperti cerebrali ed i disturbi psichici c'è da tener presente inoltre che *i reperti cerebrali non devono affatto avere in ogni caso rapporto con un disturbo psichico*: esistono fenomeni accidentali, che coincidono, ma hanno cause eterogenee […]. Inoltre si deve tener presente *che in teoria le alterazioni cerebrali potrebbero essere anche la conseguenza di fenomeni psichici primari*, anche se un tale effetto finora non è stato dimostrato empiricamente. Che in ogni caso il fenomeno cerebrale sia la causa e lo psichico sia l'effetto – e non viceversa – è un presupposto come quello che tutte le malattie mentali provengono primariamente dalla vita psichica. Lo psicopatologo deve tener presenti entrambe le possibilità»[712].

La stessa supposizione genericamente attribuita a Griesinger risulta allora, secondo Jaspers, per buona parte dogmatica, dal momento che le affezioni cerebrali sono soltanto una delle possibili cause dei disturbi psichici, ma non le uniche. In realtà, però, come ho avuto modo di argomentare, se la forte valenza, per così dire, organica della riflessione di Griesinger è per certi versi innegabile, così come la prevalenza da egli stesso assegnata alla spiegazione neurofisiologica, non per questo, però, si può dire che egli consideri, nella trattazione del disturbo mentale, esclusivamente l'aspetto organico, affidandosi soltanto a mere analogie psichico-cerebrali. Al contrario, egli afferma, per esempio nel *Vortrag* analizzato poco sopra, che il suo primo interesse è stato proprio quello di procedere alla "comprensione" dell'anima malata, un atteggiamento di partecipazione e di immedesimazione, quindi, al quale il medico non deve mai rinunciare, neppure in nome della scienza rigorosa. È chiaro, altresì, che Griesinger non aveva ancora declinato la

[709] *Ibidem*, p. 533.
[710] Per approfondire tale analisi di Jaspers cfr. *ibidem*, pp. 519-532.
[711] Cfr. *ibidem*, pp. 532-533.
[712] *Ibidem*, p. 533.

categoria della "comprensione" nel senso poi attribuitole da Jaspers (e, prima ancora, da Dilthey e da molti altri), così come è evidente che in lui in qualche modo prevaleva ancora il ricorso alla spiegazione causale[713]; tuttavia, si deve anche riconoscere che nella sua riflessione viene data esplicita importanza anche a fattori non strettamente organici che intervengono direttamente nella spiegazione eziologica del disturbo (basti pensare, come si è detto, che Griesinger fu tra i primi a prendere in considerazione le cause di natura psicologica). In definitiva, dunque, pur riconoscendo alla riflessione di Griesinger un'indubbia inclinazione somatica, probabilmente dovuta anche alla sua reazione all'eccessiva tendenza speculativa di epoca romantica, sarebbe per alcuni versi forse altrettanto dogmatico voler ridurre la sua concezione della psichiatria in senso esclusivamente materialista e, per così dire, monodimensionale.

Guardando alle condizioni della psichiatria del tempo, tra l'altro, l'espressione "le malattie mentali sono malattie cerebrali" può assumere, come si è detto, un valore anche fortemente sociologico, nel senso che porre le malattie mentali su un piano fondamentalmente (ma non esclusivamente) organico significa rendere possibile superare la secolare "segregazione della non-ragione", allora ancora assai diffusa. Il disagio mentale, cioè, non deve essere oggetto di emarginazione, ma di cura: esso non è proprio di coscienze peccaminose né è conseguenza di cattive condotte morali, ma è una vera e propria malattia, al pari di tante altre. In questa prospettiva, allora, tale affermazione di Griesinger potrebbe essere considerata, per dir così, come una sorta di viatico in direzione dell'accettazione sociale della pazzia[714]. Inoltre, sempre guardando alla psichiatria del tempo di Griesinger, si è visto anche come il suo presunto materialismo sia nato come reazione a un'eccessiva ingerenza filosofica, dunque, se così si può dire, con un'accezione più metodologica che contenutistica. Sarebbe probabilmente fuorviante, dunque, alla luce di tali considerazioni, ritenere la psichiatria di Griesinger materialista in un senso stretto e riduttivistico: ciò entrerebbe in contrasto, tra l'altro, con l'importanza da egli stesso attribuita al soggetto, alla sua capacità di autodeterminazione, così come all'interiorità del malato mentale. In tal senso, allora, sarebbe più opportuno leggere il presunto "dogma somatico" di Griesinger più come una sorta di "materialismo metodologico", da rintracciare nell'approccio empirico e antimetafisico che egli sceglie di utilizzare, piuttosto che come una forma, per dir così, di "materialismo metafisico"[715].

Volendo procedere, dunque, oltre tale presunto "dogma somatico"[716], vi sono, negli scritti di Griesinger, alcune considerazioni dalle quali emergono significative analogie con Jaspers, analogie che forse possono contribuire ad una rilettura ermeneutica dell'opera dello psichiatra tedesco meno rigida e monodimensionale.

Ad emergere, in primo luogo, è l'atteggiamento scientifico aperto e antidogmatico sia di Griesinger che di Jaspers, i quali non costruiscono, a partire dalle proprie convinzioni, sistemi compiuti ma producono riflessioni continuamente riviste e sempre ulteriormente modificabili. Tale atteggiamento è immediatamente riscontrabile in numerosi luoghi della loro opera: per esempio è del tutto evidente in *Theorien und Thatsachen*, dove emergono il continuo richiamo all'esercizio critico e antidogmatico della conoscenza scientifica e la necessità di mantenere sempre un adeguato equilibro tra la concettualizzazione e l'osservazione empirica, tra la teoria e la pratica. Tale prospettiva è ampiamente condivisa

---

[713] Per un confronto con le cosiddette "relazioni causali della vita psichica", cioè con la "psicologia esplicativa" ricordata da Jaspers, sulla quale tornerò più avanti, per ora rimando a *ibidem*, pp. 484-496.

[714] Cfr. M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., p. 48.

[715] Cfr. P. Hoff / H. Hippius, *Wilhelm Griesinger (1817-1868) – sein Psychiatrieverständnis aus historisches und aktueller Perspektive*, in «Der Nervenarzt», 2001, 72, pp. 885-892. Si veda anche P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 8-10.

[716] In generale, per Griesinger e la sua concezione medico-scientifica, anche in riferimento al suo presunto 'dogma', si veda H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 70-71.

anche da Jaspers, il quale, per esempio, dedica un capitolo della *Psicopatologia generale* proprio alla riflessione sul significato e sul valore autentico delle teorie, con particolare riferimento, naturalmente, a quelle scientifiche[717]. In generale, si può dire che tanto Griesinger quanto Jaspers mostrano una spiccata consapevolezza del significato autentico della ricerca scientifica, in contrapposizione a qualsiasi forma di dogmatismo, così come una certa contrarietà rispetto ad ogni speculazione 'eccessiva' (la cosiddetta "mitologia"), cioè priva di un autentico supporto empirico e scientifico. Se si guarda anche soltanto a *Theorien und Thatsachen* e all'*Introduzione* della *Psicopatologia generale*[718] (ma i riferimenti potrebbero essere assai più numerosi), emerge come entrambi gli autori non vogliano affatto imporre le loro riflessioni come una sorta di verità assoluta, né dare loro la configurazione di un sistema rigido e conchiuso: le loro idee devono essere considerate, piuttosto, soltanto come una piccola parte della conoscenza possibile, un punto di vista ben determinato rispetto all'infinità dell'essere e dell'accadere della realtà circostante.

Altre evidenti analogie tra i due intellettuali possono essere colte, poi, per esempio guardando a quanto Griesinger afferma, nel già ricordato *Vortrag*, a proposito del carattere volutamente pluridimensionale della sua psichiatria, anche questo un elemento per molti versi riscontrabile pure nell'opera di Jaspers: infatti, pur essendo indubbia la forte pregnanza fisiologica del suo argomentare, esso si snoda ampiamente anche su altri livelli, per esempio sviluppando in senso biologico e psicologico la ricerca eziologica a proposito dell'origine delle malattie. Le cause delle malattie psichiche, infatti, possono essere di varia natura e nel riconoscere la loro possibile diversità si vede già l'apertura mentale di Griesinger, il quale prende in considerazione non solo il funzionamento organico e cerebrale ma anche l'influenza di fattori esterni e di predisposizioni interne, di fatto attribuendo specifica validità sia ai metodi somatici che a quelli psicologici[719].

Griesinger e Jaspers sono stati sovente considerati, invece, come due medici e psichiatri dalle posizioni assai differenti, anche se, al di là della riflessione strettamente medica e specialistica (che tra l'altro in questa sede può essere affrontata, per ovvi motivi, soltanto in modo generico e limitato), in realtà tra loro emergono numerosi punti di contatto, per esempio riguardo l'utilizzo della psicologia nell'ambito della scienza e della terapia psichiatrica o, più in generale, la concezione della malattia.

Per quanto riguarda il ruolo della psicologia, la sua importanza emerge sia nella riflessione di Jaspers che in quella di Griesinger, come è stato in parte accennato, tra l'altro, nel riferimento alla "psicologia empirica" di Herbart e, anche, al *Vortrag* sopra ricordato. Proprio all'inizio del *Vortrag* Griesinger sottolinea l'importanza dell'approccio psicologico, che, però, non deve essere distorto (come è spesso avvenuto, invece, in passato) da riferimenti filosofici troppo generici o da metodologie vetuste e sostanzialmente impraticabili, ma, al contrario, deve risultare coerente con l'impostazione psichiatrica di matrice fisiopatologica, di cui deve rispettare talune precise caratteristiche. Già in questo primo monito griesingeriano può cogliersi una prima analogia con Jaspers, il quale, fin dall'*Introduzione* alla prima edizione della *Psicopatologia generale*, chiarisce l'importanza della psicologia, assolutamente necessaria «allo psicopatologo così come lo studio della fisiologia lo è per chi si occupa di patologia somatica»[720]. La psicologia, infatti, assumerà per lui un ruolo sempre più importante non solo in relazione alla diagnosi e alla cura del disturbo psichico ma, più in generale, come strumento di comprensione del soggetto e dell'ambiente con il quale interagisce. Inoltre, anche qui con evidenti analogie con Griesinger, la psicologia è da intendersi, secondo Jaspers, in un'accezione prettamente scientifica, cioè lontana da ogni sterile tendenza esclusivamente astratta e speculativa:

[717] Cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 572-596.
[718] Cfr. *ibidem*, pp. 1-55. Con riferimento alla prima edizione, si veda K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 1-23 (per la traduzione italiana cfr. *Psicopatologia generale (1913) – Introduzione*, in K. Jaspers, *Scritti psicopatologici*, cit., pp. 81-113).
[719] Per gli aspetti, per così dire, 'psicologici' trattati da Griesinger cfr. *ibidem*, pp. 72-74.
[720] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913) – Introduzione*, in Id., *Scritti psicopatologici*, cit., p. 85.

anch'egli rifiuta, cioè, la teoresi fine a se stessa, denunciando ripetutamente il pericolo rappresentato da quei "pregiudizi filosofici" che tentano di descrivere la realtà senza alcun riferimento concreto all'esperienza[721]. La psicologia, tanto per Griesinger quanto per Jaspers, non deve essere, dunque, una forma di speculazione esclusivamente teoretica ma deve costituire uno strumento scientifico in grado di fornire un ausilio concreto per la comprensione dell'individuo[722].

Un altro aspetto centrale sul quale riflettere, guardando sia alla prospettiva di Griesinger che a quella di Jaspers, è la concezione della malattia, che si rivela certamente un altro significativo punto di interazione tra i due. Nel corso della sua speculazione e della sua attività terapeutica, Griesinger non focalizzò l'attenzione soltanto sullo studio dei disturbi intesi in senso stretto, cioè guardando esclusivamente alla sintomatologia specifica, ma provò a riflettere anche sul concetto stesso di malattia, forse uno dei più difficili e delicati da definire e da classificare all'interno di questa o di quella categoria teorica. Egli, probabilmente consapevole di tale difficoltà in ordine alla comprensione e alla definizione della malattia nella sua complessità e problematicità, non si sottrasse alla polemica allora innescatasi, su tale questione, tra Ringseis e Siebert, rappresentante della scuola di Schönlein[723], di fatto non condividendo nessuna delle due posizioni. Da una parte, infatti, Ringseis sosteneva che la malattia mentale fosse una conseguenza del peccato originale e in tal senso più che una cura medica prescriveva espiazione e preghiera; dall'altra, invece, la scuola di Schönlein focalizzava l'attenzione soltanto sull'analisi dei quadri clinici, senza cioè considerare in modo adeguato l'eziologia e lo sviluppo della malattia, come se quest'ultima fosse, in buona sostanza, un fenomeno sostanzialmente indipendente dalla normale e complicata dinamica psicofisica. L'idea era, in questo senso, quella di una sorta di "dottrina parassitaria della malattia", per cui essa aveva un proprio statuto ontologico autonomo, con precisi momenti di insorgenza, di sviluppo e di conclusione[724]. Ciò che Griesinger non condivideva e per cui, fondamentalmente, si distaccò presto dalla scuola di Schönlein, del quale egli stesso era stato allievo, era la concezione della malattia come un'entità a sé e di fatto non appartenente all'organismo nel suo complesso, come qualcosa, cioè, posta in discontinuità con lo stato di salute e capace di autodeterminarsi secondo leggi e modalità proprie. Nella sua prospettiva di una fondazione della psichiatria in senso fisiopatologico, tali presupposti concettuali non rendevano certamente possibile l'idea di una qualche continuità e di una proficua interazione tra la fisiologia e la patologia: soprattutto per questo egli si oppose a tale concezione, insistendo, piuttosto, sullo stretto connubio tra salute e malattia[725], da considerare sempre insieme, nella consapevolezza che la malattia altro non è che un'alterazione graduale di un precedente stato di salute da cui in qualche modo continua sempre a dipendere e a cui è legata tanto al momento dell'insorgenza quanto nel corso del successivo sviluppo degenerativo[726]: «Il processo vitale si trasforma dalla forma sana a quella malata senza una netta linea di confine e non ci possono essere altre leggi per la nascita della malattia nell'organismo se non le proprie,

[721] Cfr. *ibidem*, pp. 93-97.
[722] L'importanza attribuita da Jaspers alla psicologia si coglie in tutta la *Psicopatologia generale*, dove le varie sezioni sono spesso rinominate anche in virtù della corrispondente analisi psicologica (dalla "psicologia comprensiva" alla "psicologia esplicativa" e così via).
[723] Cfr. W. Griesinger, *Herr Ringseis und die naturhistorische Schule*, cit., pp. 14-67.
[724] Per la concezione della malattia faccio riferimento anche alla già ricordata relazione di L. Grosso, intitolata *Wilhelm Griesinger tra fisiopatologia del sistema nervoso e psicologia dell'io*, tenuta al convegno su «I confini dell'anima. Filosofia e psicologia da Herbart a Freud», L'Aquila, 11-14 maggio 1994.
[725] In merito alla continuità 'fisiologica' tra salute e malattia, dimostrata anche dallo stesso processo di metamorfosi e di autodeterminazione dell'io, rimando ai suoi primi scritti: *Über psychische Reflexactionen. Mit einem Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten* e *Neue Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirns*, cit., pp. 3-79.
[726] Ulteriore testimonianza, tra l'altro, della continuità tra salute e malattia è costituita dal fatto che lo stato di pazzia è caratterizzato da molte analogie con lo stato di normalità, come dimostrano per esempio il sogno o il delirio febbrile (cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 120-121).

cioè quelle fisiologiche. Il fattore interno degli stati organici è sempre la legge della sua organizzazione; se la sua manifestazione subisce, attraverso un impedimento, un arresto, allora, però, essa rimane sempre la stessa, dal momento che ogni guarigione sarebbe impossibile se essa non fosse ancora sempre presente e se con la malattia valesse, per la materia organica, un'altra legge»[727].

Quello che Griesinger contesta è da una parte la scissione tra il presupposto fisiologico e quello patologico, conseguenza inevitabile se si considera la malattia come qualcosa di altro rispetto ai normali processi organici complessivi, e dall'altra la definizione sostanzialmente aleatoria e fin troppo semplicistica con cui si cercava di classificare la malattia, che, invece, è assai di più di una semplice categoria concettuale o di una definizione verbale e deve essere osservata all'interno di una visione globale in grado di considerala nel modo più completo possibile e, dunque, in connessione con l'intera vita dell'uomo e del paziente. La malattia è connessa, insomma, alla storia dell'individuo (e in questo senso si capisce bene l'importanza che assume, per Griesinger come poi per Jaspers, la biografia del malato) ed è costituita da fenomeni progressivi, da considerare sempre nell'ambito del complesso districarsi del loro processo evolutivo e in tutte le loro declinazioni quantitative e qualitative, non certamente oggettivabili in rigide asserzioni né isolabili rispetto alla storia esistenziale e biologica complessiva del malato.

Alla luce di tale sostanziale irriducibilità della malattia, Griesinger contesta l'autonomia, per così dire, ontologica della stessa, se non altro perché entra in collisione con i presupposti fisiologici e patologici con cui egli suole descrivere i disturbi psichici; inoltre, la sua riflessione si radica nella convinta consapevolezza che la malattia sia un evento della vita, un possibile sviluppo dell'io, inteso come entità complessa e comunque capace di autodeterminarsi. Così, al di là di ogni riconoscimento del substrato materiale della malattia, rimane in ogni caso fondamentale l'enigma legato alla provenienza di tale substrato, che apre questioni certamente più complicate e rispetto alle quali Griesinger non rimase certamente indifferente[728].

Tale idea della malattia come qualcosa di non definibile in senso semplicemente astratto e secondo categorie troppo rigide si ritrova anche in Jaspers, il quale, a partire dalla quarta edizione della *Psicopatologia generale*, del 1946, dedica un capitolo dell'opera alla riflessione sui concetti di salute e di malattia[729]. Dalla scelta del titolo, "I concetti di salute e malattia"[730], si intuisce già in qualche modo quale sia la prospettiva jaspersiana, che considera, come Griesinger, salute e malattia come elementi strettamente interconnessi e non sempre facilmente distinguibili. Nello specifico, poi, egli contesta sia la definizione, per così dire, linguistica, spesso usata con evidente superficialità e senza un effettivo riscontro pratico, sia la concezione stessa della malattia, che non può essere considerata in modo soltanto schematico e inevitabilmente unilaterale, ma deve essere colta nel suo esplicarsi come processo dinamico, tanto rispetto alla patogenesi che in relazione all'originaria condizione di salute.

Riflettendo su questi aspetti, Jaspers si sofferma dapprima sulla problematicità di procedere ad una definizione univoca della "malattia"[731], nel senso che a suo dire si usano con troppa facilità le accezioni di "sano" e di "malato" senza alcuna reale preoccupazione, talvolta anche da parte dello stesso psichiatra, per il significato reale che si cela effettivamente dietro tali termini. La preoccupazione primaria del medico sembra riferirsi, di solito, all'esigenza di potere prevedere ogni volta e al più presto una cura specifica, cosa che naturalmente è sempre direttamente legata alla precisa e motivata determinazione

[727] W. Griesinger, *Herr Ringseis und die naturhistorische Schule*, cit., p. 19.
[728] In merito alle implicazioni di natura antropologica della riflessione di Griesinger cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 74-75.
[729] Si tratta della già ricordata *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1946, pp. 651-661 (traduzione italiana pp. 829-841).
[730] Cfr. *ibidem*, p. 829.
[731] Cfr. *ibidem*, pp. 829-830.

scientifica di ogni specifico disturbo. Il problema può sorgere, però, quando queste spiegazioni di fatto ignorano il senso più profondo della malattia, cioè il significato che essa ogni volta assume e che, per quanto considerato oggettivamente, presenta sempre una componente soggettiva fondamentale e ineludibile. Non solo si usano con eccessiva disinvoltura espressioni come "sano" e "malato", generando così una distinzione tanto apparentemente netta quanto in realtà approssimativa, ma, inoltre, tali definizioni, se non adeguatamente sottoposte a una più ampia riflessione, rischiano di diventare "giudizi di valore", espressioni di un modo di pensare fin troppo generico e sbrigativo e a volte persino pericoloso, che molte volte riguarda anche il medico, oltre che il paziente. Se ai dubbi e agli interrogativi relativi a cosa debba intendersi per sano e cosa, invece, per malato il medico risponde sovente rimandando soltanto a presunte dimostrazioni mediche e scientifiche, in realtà va notato che nella maggior parte dei casi si tratta soltanto di supposizioni: non si dà, in altri termini, un "concetto empirico" della malattia, quanto, piuttosto, un "giudizio di valore" che dipende per buona parte dalle categorie culturali, sociali e ambientali entro le quali il medico e il paziente si trovano a interagire. È vero che «malato significa, da qualsiasi punto di vista, qualcosa di dannoso, di indesiderabile, di scadente»[732], ma tale definizione non è esaustiva ed è soggetta a diverse interpretazioni e variazioni, cosicché per allontanarsi dai "giudizi di valore", cioè dalle valutazioni soggettive, bisognerebbe cercare, invece, un «concetto empirico di ciò che è malattia»[733]. Essa è, dunque, qualcosa di diverso rispetto alle spiegazioni eminentemente tecniche che spesso vengono date per le singole, differenti manifestazioni di alterazione organica. Occorre, cioè, un supporto empirico, per così dire, in qualche modo 'universale' che possa fungere da comune denominatore anche per quelle manifestazioni non strettamente conformi alla norma. In questo senso Jaspers parla di un "termine medio" al quale fare riferimento: così si potrà forse dire che «ciò che è proprio della maggioranza, che è comune, è sano. Ciò che è raro, ciò che differisce, che è al di là di una certa misura, è malato»[734].

Secondo tale distinzione la normalità è rappresentata dalla maggioranza dei casi, dalla quale possono poi esserci deviazioni che, appunto, corrispondono agli stati patologici: il termine medio è, quindi, la salute, dunque la malattia si configura come una "deviazione dalla media". In realtà Jaspers non condivide fino in fondo tale impostazione, fortemente convinto, invece, che l'elemento assunto come termine di riferimento, cioè la media, sia in realtà un termine soltanto "ideale", dal momento che non si sa effettivamente da cosa e come essa sia composta né sono chiari i criteri oggettivi che dovrebbero definirla. Le stesse manifestazioni morbose appaiono, infatti, soggette a valutazioni non sempre classificabili secondo criteri obiettivi. Il ragionamento di Jaspers è sottile e, sebbene sia contrario a ogni forma di sterile classificazione laddove non vi siano elementi completamente oggettivabili, egli cerca di dimostrare logicamente l'inconsistenza di questo criterio che pone sano e malato come termini opposti corrispondenti alla normalità della maggioranza e alla deviazione dalla media. Lo stesso concetto di "deviazione" è, infatti, discutibile e non esprime un significato univoco, in quanto esso si può configurare come una «deviazione dello *stato vitale*» oppure come una «deviazione del *processo vitale*»[735]. Tale discrimine dovrebbe essere stabilito secondo la tipologia del disturbo, che può avere un legame con un aspetto anatomico del corpo, per cui si verifica un'alterazione della condizione vitale (come nel caso dei problemi anatomici o fisiologici), oppure può essere legato al processo vitale generale, cioè essere un'alterazione dello sviluppo della vita, dunque una vera e propria malattia che insorge e segue un proprio percorso patologico di evoluzione.

Da un punto di vista, per così dire, pragmatico, Jaspers distingue le affezioni congenite o momentanee dai disturbi che, invece, insorgono soltanto in un secondo momento ma che

[732] *Ibidem*, p. 830.
[733] *Ibidem*, p. 830.
[734] *Ibidem*, p. 830.
[735] *Ibidem*, p. 831.

poi accompagnano, spesso anche modificandolo, l'intero corso vitale: per questo essi appaiono più legati all'idea di processo, proprio perché accompagnano la vita nel suo divenire. Del resto, tale distinzione tra "stato" e "processo" rimanda alla stessa concezione jaspersiana della vita, intesa non solo come condizione propria dell'essere umano ma anche come più generale processo di sviluppo che si trasforma e si evolve insieme al singolo: «1. Esistono manifestazioni vitali nella maggior parte degli individui, per es. le carie dei denti, che quantunque siano comuni, si chiamano morbose. 2. Esistono alcune deviazioni dalla media consistenti in una notevole durata della vita, in una eccezionale forza del corpo e capacità di resistenza, che nonostante ciò non potrebbero mai chiamarsi morbose. Accanto ai termini "malato" e "deviazione indifferente", bisognerebbe introdurre il termine di "ipersalute", quale terza categoria. 3. Effettivamente non viene quasi mai osservata la media della vita del corpo umano. Queste osservazioni si limitano alla massa anatomica ed a poco altro. Non si sa quasi mai che cosa sia la media. Se si pensa a ciò e si riflette a quanto avviene nel pensiero medico, non si può fare a meno di ammettere che: se il medico che pensa scientificamente parla di "deviazioni", effettivamente egli non si riferisce quasi mai alla media, ma ad un concetto ideale»[736].

È, quindi, tale concetto di valore ad anticipare in qualche modo le stesse cognizioni mediche, anzi in un certo senso a guidarle: ma, anche nei casi in cui sono documentate e supportate da ricerche analitiche, tali conoscenze empiriche non potranno mai cogliere la totalità delle dinamiche dell'essere umano, di per sé mai ascrivibile, nella sua interezza, entro nessuna teoria organicistica. Il concetto di malattia si sottrae, insomma, a qualsiasi definizione univoca e generale perché ci sarà sempre qualche aspetto morboso che sfugge alle teorie classificatorie; allo stesso modo, poi, il concetto di salute non può essere espresso mediante schemi categoriali troppo rigidi, in quanto, come la vita, esso ha un carattere indefinito e continuamente *in fieri*. L'idea di salute rimane, quindi, "un'idea normativa", e non un "termine medio": «La conoscenza del corpo umano non presuppone questo concetto di valore, ma lo ha innanzi a sé come idea: quanto più dettagliatamente sono conosciuti i rapporti reciproci degli organi, delle strutture, delle funzioni, tanto più l'osservatore afferma questa idea. Riconoscerla completamente significherebbe conoscere completamente anche la vita. La salute è innanzi tutto un concetto di carattere indefinito di valori ultimi, come quello di vita, di capacità di rendimento, e così via»[737]. Nel caso delle "malattie somatiche" vi sono precise incidenze empiriche che possono aiutare il medico a definire la presenza o meno di una malattia, o che quantomeno possono facilitare il discernimento tra 'l'impressione' di essere malati e l'essere effettivamente affetti da una determinata malattia. Tale linea di confine è certo più difficile da riscontrare, invece, nelle malattie mentali, dove i concetti di salute e di malattia risultano ancora più indefiniti e inevitabilmente soggetti a "giudizi di valore", per cui anche definire un possibile 'termine medio' risulta piuttosto complicato. Infatti, «sotto il concetto di "malato" sono riunite le realtà psichiche più eterogenee. "Malato" è un concetto generale di "valore negativo", che comprende tutti i possibili valori negativi. Il termine "malato" nella sua generalità non dice perciò nulla in campo psichico, perché comprende l'idiota ed il genio, comprende tutti gli uomini»[738]. In questo caso si verifica in una misura ancora maggiore la sovrapposizione tra i cosiddetti "concetti di valore", tutt'altro che oggettivi e guidati sempre da un'idea che risponde a parametri soggettivi, e i "concetti di essere", che, invece, dovrebbero corrispondere a un criterio di oggettività, anche se pure qui è difficile stabilire cosa derivi da parametri, per così dire, culturali e cosa invece rappresenti un riferimento autenticamente oggettivo: l'unica certezza sembra essere, allora, l'accezione 'negativa' che

[736] *Ibidem*, pp. 831-832.
[737] *Ibidem*, p. 832. Anzi, continua Jaspers: «Quanto più le relazioni finalistiche nella vita del corpo sono svelate – la vera conoscenza biologica – tanto più si arriva dalla teleologia grossolana a quella sempre più fina, e tanto più chiaro diventa il concetto della salute quale concetto biologico di norma, senza tuttavia che questo si chiarifichi mai completamente» (*ibidem*, p. 832).
[738] *Ibidem*, p. 834.

si correla all'essere malato, ma anche in questa valutazione il valore empirico risulta pressoché nullo. E proprio per quest'ordine di motivazioni che Jaspers insiste sul senso "paradossale" che avvolge la valutazione della malattia: «Il senso paradossale del concetto di malattia è stato definito in modo spiritoso da Wilmanns con le parole: "Normale è leggermente deficiente". Analizzata logicamente significa: secondo un concetto di norma delle capacità intellettuali, la maggioranza degli uomini è leggermente deficiente. Ma la media, la qualità della maggioranza è la misura del sano, quindi una leggera deficienza è il sano. Ma una leggera deficienza è una qualificazione per il morboso. Quindi il morboso è normale. Quindi sano = malato. Tutto questo non è altro che la auto-dissoluzione di questa coppia di concetti, se devono basarsi su un concetto di valore e un concetto di norma»[739]. Inoltre, che tali valutazioni non siano oggettive, ma ispirate a specifici valori e a determinate impostazioni mentali, è testimoniato anche dal fatto che vi sono diversi esempi storici in cui la follia non è stata intesa come sinonimo di privazione e di negazione, ma come indice di vitalità e di creatività[740].

Tali riflessioni conducono alla conclusione secondo la quale «nella diffusa concezione, comune spesso anche ai medici, che dà un significato oggettivo alla domanda: "è questo morboso?", c'è un residuo di quel vecchio concetto secondo il quale le malattie erano esseri speciali che avevano preso possesso dell'uomo. Si può dire: questo è un evento sfavorevole sotto questo e quel punto di vista; oppure: questo è un evento che probabilmente o sicuramente fra poco ne determinerà altri ancora più sfavorevoli (l'inizio di un processo che conduce alla morte, alla perdita di capacità) e simili. Ma se chiamo "morboso" qualche cosa in generale, non ne so più di prima. Ciononostante la domanda generale: "È questo morboso?" viene posta spessissimo, per utilizzare la risposta negativa come una rassicurazione, e quella affermativa come una giustificazione morale, o per diminuire un valore, tutte deduzioni ugualmente errate»[741].

La presenza di precisi retaggi culturali è confermata, del resto, anche da diverse circostanze storiche, prima fra tutte l'esistenza e la giustificazione dei manicomi, nati come istituzioni per segregare quella "non-ragione" dalla quale ci si voleva in qualche modo tutelare. E anche la difficoltà di differenziare queste istituzioni manicomiali nasce, in fondo, dall'incapacità di distinguere chi è malato da chi non lo è, e, soprattutto, dalla difficoltà di individuare e di differenziare le svariate manifestazioni che un determinato disturbo psichico può avere. La malattia mentale, in modo particolare, è stata influenzata, o meglio fortemente determinata, dal processo di acculturazione, e in questo senso si può spiegare il senso di paura (ma anche di sacralità) con cui i popoli primitivi si sono avvicinati alla malattia: così, se in certi periodi storici essa è stata considerata come una sorta di degenerazione, un'opera di demoni e di forze oscure, in altre fasi, o semplicemente in altre civiltà, essa è stata invece contemplata anche con una certa reverenza. Si pensi, per esempio, al "morbo sacro" descritto da Ippocrate in riferimento all'epilessia, o alle descrizioni di Platone e, secoli dopo di Nietzsche: in questi casi la malattia non era sinonimo di mancanza, ma, invece, motivo di elevazione, di superiorità, nella convinzione che la vera nevrosi fosse, piuttosto, la condizione di salute[742].

Tutte queste testimonianze, molte delle quali riprese dallo stesso Jaspers, rintracciabili, nelle differenti forme, anche nella breve ricostruzione storica dello sviluppo delle malattie mentali svolta nei capitoli precedenti, dimostrano non soltanto che di fatto non sussiste una definizione univoca della malattia, specialmente nel caso dei disturbi mentali, ma anche che questa stessa è stata da sempre parte integrante della vita, con specifico riferimento all'unione psicosomatica dell'individuo. La malattia è sì un processo

---

[739] *Ibidem*, p. 834.
[740] Cfr. K. Jaspers, *Strindberg und Van Gogh. Versuch einer pathographischen Analyse unter ergleichender Heranziehung von Swedenborg und Hölderlin*, Bern, Bircher, 1922 (traduzione italiana, a cura di B. Baumbusch e M. Gandolfi: *Genio e follia. Strindberg e Van Gogh*, Milano, Raffaello Cortina, 2001).
[741] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 835.
[742] Cfr. *ibidem*, pp. 836-837.

biologico ma in questo suo legame indissolubile con l'aspetto organico essa è anche una possibilità, in termini esistenziali, dell'uomo. Essa è quella che poi, nell'ambito di riferimento concettuale della filosofia dell'esistenza, Jaspers vedrà come una "situazione limite", in fondo le più rilevanti tra le possibilità. In questa prospettiva, egli individua la matrice "biologica delle malattie", che possono avere origine «nel *vivere di tutto il vivente l'uno dall'altro*, […] nelle radicali *modificazioni dell'ambiente*, per le quali un modo di vita è desiderato oltre misura senza possibilità di adattamento, […] nelle *mutazioni*, che sono sfavorevoli alla vita in una determinata situazione»[743]. L'aspetto biologico è certamente una parte della vita, appartiene a tale complessità, cioè alla più ampia totalità che deve sempre costituire il sistema di riferimento dell'uomo: «L'essere malati non è solo una eccezione che esclude dalla vita, ma appartiene alla vita stessa come momento della sua ascesa, come pericolo superabile. Il cammino della vita è tutto nel tentare costantemente e di riuscire contemporaneamente e nel mancare, nell'avere successo e nel fallire. In questo tutto biologico sta lo *specificamente umano*. L'uomo è l'eccezione nel vivente. Egli rappresenta la più grande possibilità, la più grande probabilità, ma insieme anche il più grande pericolo. Sempre nuovi pensatori hanno concepito l'essere umano nel suo tutto come essere malato, sia come malattia della vita, sia come disordine originario e come lesione alla sua natura derivati dal peccato originale»[744].

Alla luce di questa visione della malattia come costitutiva possibilità della vita, Jaspers non condivide la visione psichiatrica maggiormente diffusa secondo la quale salute vuol dire conformità alla propria natura, cioè «realizzazione delle possibilità congenite del destino umano»: questa è, per esempio, la visione di v. Weizsäcker, che Jaspers non condivide affatto. Infatti, tale concezione stride, a suo dire, sia con le testimonianze storiche, che mostrano i vani tentativi di trovare un'accezione unica e più ampiamente condivisa del concetto di salute[745], sia con le conseguenze che derivano da una tale considerazione della salute come realizzazione del proprio destino naturale, per cui la malattia sarebbe da ritenere come un elemento di distorsione, una sorta di degenerazione che la relegherebbe a sinonimo di "colpa" (come del resto è avvenuto proprio in epoca romantica) o di "menzogna"[746].

In definitiva, dunque, cercare definizioni univoche per i concetti di salute e di malattia non solo appare di fatto irrealizzabile, come mostrano anche i numerosi tentativi compiuti dall'uomo nel corso dei tempi, ma rischia di creare evidenti contraddizioni nell'accezione ultima di tali espressioni. Sarebbe auspicabile, quindi, un atteggiamento più prudente e responsabile nell'usare determinati termini che, per quanto inevitabilmente legati a "giudizi di valore", devono essere adoperati in modo quanto meno plausibile e mai penalizzante, per evitare ulteriori "segregazioni della non-ragione", un processo, questo, assai più

---

[743] *Ibidem*, p. 835.

[744] *Ibidem*, pp. 835-836.

[745] Mi sembra anche in questo caso molto interessante la ricostruzione storica che Jaspers fornisce a proposito dei diversi tentativi di trovare una definizione del concetto di "salute": «La più antica è quella di Alcmeone e dei molti che finora lo hanno seguito: la salute è *armonia di forze contrapposte*. Cicerone la caratterizza quale giusto rapporto reciproco degli stati psichici. Nei tempi moderni la salute è stata vista ripetutamente come un percorso tra continui contrasti, lungo il quale tali contrasti restano legati gli uni agli altri, in una perenne tensione. Contro tutte le tendenze per l'entusiasmo, per le eccezioni e per il pericolo, gli stoici e gli epicurei stimano sopra tutto la salute. L'epicureo la trovava nella completa *soddisfazione* insieme ad un *moderato* appagamento di tutti i bisogni. Lo stoico sentiva ogni passione, ogni moto del sentimento come una malattia; la sua dottrina morale era in gran parte una terapia per distruggere le malattie dell'anima a favore di una sana *atarassia*. I moderni psichiatri vedono la salute nella capacità "*di realizzare le possibilità congenite del destino umano*" (v. Weizsäcker) – sì, se si sapesse che cosa significa tutto ciò –; o in ·altri termini nel trovare sé stessi, nell'auto-realizzazione, nell'*inserimento completo ed armonico nella comunità*» (*ibidem*, p. 837). Tali possibili definizioni di "salute" devono essere messe in relazione con i relativi concetti di malattia, intesa come «dissolversi nei contrasti, come isolamento di contrasti, come disarmonia delle forze; […] come emozione con le sue conseguenze; […] come falsità: per es. come fuga dinanzi alla malattia, come scansare, nascondere» (*ibidem*, p. 838).

[746] Cfr. *ibidem*, p. 838.

frequente e comune di quanto non si pensi. Per evitare tali pericolosi inconvenienti si capisce, allora, perché è preferibile usare i concetti di salute e di malattia in reciproca continuità, come ha sostenuto Griesinger e poi, sebbene con un'accezione più antropologico-filosofica, lo stesso Jaspers: la malattia non è qualcosa a sé stante ma deve essere colta in continuità con il concetto, anch'esso mai isolabile e unilaterale, di salute. D'altronde, tale connubio assume ancora più valore proprio alla luce di un'interpretazione, per così dire, 'sociologica' della salute e della malattia. Infatti, non devono mai essere trascurate le influenze storico-sociali più o meno evidenti nei processi di determinazione della malattia: molti psichiatri e, più in generale, diversi intellettuali hanno infatti ricondotto, come si è già avuto modo di dire, l'esistenza della malattia alla società stessa, guardando alle modalità con cui essa si è ogni volta sviluppata e rilevando il passaggio spesso traumatico dell'individuo dallo stato di benessere originario a una condizione di degenerazione, dunque di malattia. Questa, infatti, è stata la spiegazione fornita da diversi intellettuali, soprattutto quelli che hanno vissuto in pieno la trasformazione della società ottocentesca, animata dalla progressiva affermazione dell'autocoscienza borghese, non sempre così integra e lineare: a tal proposito, per esempio, va ricordato il pensiero di Reil, che aveva associato il benessere autentico all'idea del selvaggio felice, vale a dire dell'uomo primitivo sostanzialmente privo di vincoli rispetto alla società e proprio per questo libero e sano. Lo stesso Jaspers, del resto, come si è visto nei capitoli precedenti, ha evidenziato, nella sua ricostruzione storica, il ruolo sociale della malattia, sottolineando come ad ogni epoca sia quasi sempre corrisposto, e probabilmente non in modo casuale, un disturbo specifico.

Tutte queste considerazioni sembrano ridurre le apparenti distanze tra la prospettiva di Jaspers e quella di Griesinger, e ciò sembra ancora più evidente se si guarda al riferimento che lo stesso Jaspers fa a Griesinger proprio in questa parte della sua opera, dedicata all'approfondimento dei concetti di salute e di malattia. Qui, infatti, egli ricorda la considerazione di Griesinger, secondo la quale «non esistono i pazzi come una specie propria»[747], a ulteriore conferma di una condivisione teorica di fondo che, non ammettendo una netta cesura tra la salute e la malattia, di fatto non può neppure stabilire alcuna radicale distinzione tra i sani e i folli. La differenza posta da Griesinger, come è emerso dal suo intervento di riforma dei manicomi, guarda, piuttosto, alla distinzione tra la malattia "acuta" e quella "cronica", da cui dipende, poi, il differente approccio terapeutico, anche dal punto di vista, per così dire, strettamente cronologico. Si tratta, allora, di una distinzione fondamentalmente medica e decisamente realistica, probabilmente dettata anche dall'esigenza di voler finalmente offrire un'assistenza migliore e mirata alla tipologia e alla gravità dei diversi disturbi. Ecco che allora il problema dell'eventuale punto di discriminazione tra la salute e la malattia assume anche una valenza pratica, nel senso che anche Jaspers, così come Griesinger, si chiede come esse debbano differenziarsi, dal punto di vista psichiatrico, per potere intervenire terapeuticamente in modo più mirato ed efficace: un problema rilevante e che a sua volta rimanda alla necessità di distinguere in modo corrispondente gli istituti di cura.

Occorre chiarire, ancora, un punto sul quale Jaspers si sofferma in modo specifico e che in qualche modo riguarda, più o meno direttamente, qualsiasi studio del mentale: si tratta di vedere cosa si intende per "malattia da un punto di vista psichico" e cosa, invece, per "malattia da un punto di vista psichiatrico"[748]. Tale argomentazione è in qualche modo rilevante anche per distinguere la percezione che della malattia ha il malato da quella che invece può averne lo psichiatra o il semplice osservatore. Dalla prospettiva psichica ci si sofferma soprattutto sul concetto di malattia guardandola in relazione al malato, cioè si focalizza l'attenzione sull'"atteggiamento" che il malato sviluppa nei confronti della malattia, così come sulle sensazioni e sui sentimenti che accompagnano la sua eventuale

[747] *Ibidem*, p. 838.
[748] Cfr. *ibidem*, p. 839.

consapevolezza del proprio stato patologico[749]. Ciò che talvolta risulta caratteristico è proprio l'estraneità che egli prova nei confronti della malattia, che può sentire come presenza esterna e invadente ma che può anche non avvertire del tutto, pensando di essere sano. In entrambi i casi emerge, però, specie nello stadio iniziale della malattia, la sofferenza del malato, dovuta alla sua condizione esistenziale, così come all'insorgenza improvvisa della malattia, che provoca, certamente, un'alterazione del normale decorso dell'esperienza vissuta. Si tratta di una prima relazione con la propria "esperienza vissuta" che, in quanto tale, appare, in questi termini, di fatto impenetrabile dall'esterno, così che un semplice osservatore proverà una sensazione di sostanziale incomprensione rispetto al disturbo e all'atteggiamento del malato. È chiaro, però, che tale prospettiva strettamente psichica necessita di ulteriori chiarimenti che devono essere forniti anche attraverso le conoscenze tecnico-scientifiche e una metodologia adeguata che permetta allo psicopatologo non soltanto di esaminare le manifestazioni più superficiali ma anche di indagare le cause profonde dei disturbi e di distinguere, di conseguenza, le diverse forme degenerative e le loro prognosi. Questo è ciò che dovrebbe fare, almeno, il medico, per così dire, 'ideale', vale a dire la figura che Jaspers cerca di delineare anche in altri suoi scritti, sempre più consapevole, nel procedere della vita, del degrado della società della tecnica nella quale si trova ad interagire, dove la medicina diviene sempre più specialistica e la diagnosi e la prognosi delle diverse malattie sono oramai in balia delle scienze esatte, che, divenute sempre più specialistiche e settoriali, le studiano secondo schemi e automatismi specifici che non sembrano più tenere conto della loro dimensione complessiva, di fatto perdendo di vista l'uomo. La stessa idea di medico si ritrova, così, in balia dello spirito massificato di un'epoca nella quale l'assoluta priorità risulta essere la prontezza dell'intervento terapeutico, cioè la capacità e la celerità di trovare una cura e di somministrarla guardando alla malattia come a un 'fatto' oggettivo e uniforme, senza coglierne, dunque, il significato più profondo e umano. Questo atteggiamento inevitabilmente superficiale è proprio del medico oramai schiavo del modello sociale di massa, cioè soggetto alle dinamiche dei tempi e di fatto incapace di condurre qualunque ricerca più approfondita sul disturbo in questione e, dunque, di approntare metodi terapeutici di più ampio respiro e maggiormente attenti alla dimensione psicologica e umana. La figura auspicata da Jaspers è, invece, il medico libero che, sulla scia dell'esempio ippocratico, si trova nella condizione di guardare in modo multiforme e aperto all'individuo, alla sua malattia e alla relativa terapia[750].

Il medico così concepito deve unire alle conoscenze scientifiche anche un atteggiamento di immedesimazione e di comprensione, cioè quell'"ethos umanitario" che, soltanto, rende possibile, almeno in parte, un'effettiva compenetrazione nell'esperienza vissuta del malato. Tale concetto di "ethos umanitario" problematizza ancora di più la riflessione generale sulla medicina e sul ruolo del medico, se non altro perché implica la domanda su come si possa praticamente sviluppare tale atteggiamento senza per questo rinunciare all'aspetto rigoroso e scientifico della ricerca e della pratica medica; inoltre, esso pone l'accento sulla difficile questione che riguarda l'atteggiamento non solo del malato verso la propria malattia ma anche e soprattutto del medico nei confronti del paziente, e viceversa[751]. In merito al rapporto tra "ethos umanitario" e malattia è bene specificare che si tratta pur sempre di una relazione scientifica, laddove l'apertura e la propensione all'ascolto, il tentativo di evitare giudizi sommari non significano, però, che il medico debba per questo trasformarsi in una sorta di "pastore di anime", come invece è stato spesso

[749] Jaspers dedica anche un capitolo, nella parte dedicata alle "relazioni comprensibili", all'"atteggiamento del malato verso la malattia" (cfr. *ibidem*, pp. 447-461).

[750] Cfr. K. Jaspers, *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1958), München, Piper, 1986. In questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di M. Nobile, *Il medico nell'età della tecnica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991. A proposito dell'"idea di medico" si veda *ibidem*, pp. 1-16, mentre per il "medico nell'età della tecnica" cfr. *ibidem*, pp. 43-69.

[751] Per il rapporto medico-paziente si veda *ibidem*, pp. 17-42.

inteso in passato. Il medico rimane comunque tale e proprio da questa prospettiva Jaspers critica tutte quelle procedure terapeutiche, prime fra tutte la psicoterapia e la psicoanalisi[752], che in una qualche misura illudono il malato di potere trovare spiegazioni per ciò che invece rimane sostanzialmente incomprensibile. Jaspers pone l'accento, in questo contesto, sulla questione dell'"incomprensibilità" della malattia e, di conseguenza, sulla percezione di estraneità avvertita dal paziente; così come riflette sulle difficoltà del rapporto tra medico e paziente, che non è, come spesso si pensa, una "relazione razionale" in cui il paziente, vittima della malattia, riconosce il disturbo e si affida tranquillamente al medico. L'atteggiamento del malato rispetto alla malattia può essere così vario da generare differenti sentimenti che possono accompagnarlo in modo tutt'altro che uniforme lungo tale difficile percorso. Alcune volte prevalgono, infatti, l'accettazione del disturbo, il desiderio di curarsi e anche la necessità di affidarsi al medico, ma altre volte può insorgere, invece, un atteggiamento irrazionale, contraddistinto dall'angoscia e dal rifiuto della propria malattia e del medico che se ne occupa[753].

L'atteggiamento umanitario del medico prediletto da Jaspers non pare estraneo neppure alla concezione di Griesinger, il quale, come si è visto, si oppose sempre ai trattamenti violenti e coercitivi allora ancora così in voga, proponendo, invece, un approccio al paziente assai più umano e benevolo. Ovviamente, però, il medico deve sempre accompagnare la benevolenza a una considerazione della malattia dal "punto di vista psichiatrico"[754], tenendo conto delle diverse possibili interpretazioni della stessa, dal momento che questa può essere definita come un "grave evento che modifica l'anima" o "come variazione dell'essere umano" rispetto alla media o, ancora, come un "processo somatico" e così via[755]. Nel primo caso la malattia è un "evento" che «irrompe in modo nuovo nella vita fino allora sana, per il quale si presuppone una base somatica, che però non è nota»[756]: qui il concetto di malattia è collegato a presunte "alterazioni psichiche" di cui però non sempre si conoscono le possibili basi somatiche, una concezione che riguarda da vicino, tra l'altro, la schizofrenia e sulla quale ritornerò più avanti. Nel secondo caso, invece, la malattia è collegata in modo più generale e speculativo all'esistenza umana e alle sue possibilità, tra le quali può insorgere, in via eccezionale, anche la malattia, che bisogna dunque curare: qui si fonda il detto "umanità è malattia" che potrebbe aprire la via a svariati ragionamenti speculativi e a ulteriori indagini, organiche e non, sui presunti fattori scatenanti non ancora del tutto conosciuti[757]. L'ultimo caso (che Jaspers propone, però, come primo, probabilmente perché il più ricorrente) è quello che in parte intendo approfondire in questa sede, al fine di mettere in evidenza ulteriori punti di contatto con la prospettiva di Griesinger e, anche, di problematizzare le immancabili divergenze.

Considerare la malattia come un "processo somatico" sarebbe probabilmente il modo più semplice per chiarirne il concetto, che a questo punto sembrerebbe scevro da interpretazioni contrastanti, perché di fatto la malattia risulterebbe sempre e soltanto riconducibile a un processo organico, peraltro indagabile con i metodi delle scienze

---

[752] La critica alla psicoterapia e alla psicoanalisi è un argomento più volte ripreso da Jaspers, il quale non condivide l'idea di una cura che si ponga come strumento salvifico pur in situazioni 'incomprensibili' e che essa non può sciogliere realmente. In merito al "significato della pratica", con particolare riferimento alla psicoterapia, all'atteggiamento del malato e al compito del medico, si veda K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 841-872. Nello specifico, per quanto riguarda i metodi terapeutici si veda anche *ibidem*, pp. 873-893. Inoltre, per la critica alla psicoterapia si vedano i saggi raccolti in K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., pp. 83-152. Per quanto riguarda, infine, la letteratura critica sull'argomento rimando anche a M. Bormuth, *Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse*. *Frommann-Holzboog*, cit.

[753] La concezione della malattia, così come la figura del medico, la relazione tra medico e paziente e la scelta terapeutica, sono temi molto cari a Jaspers, il quale li approfondisce anche in altri saggi posteriori alla *Psicopatologia* del 1913 e spesse volte più o meno contemporanei alle successive edizioni della stessa.

[754] Cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 838.

[755] Cfr. *ibidem*, pp. 839-840.

[756] *Ibidem*, pp. 839-840.

[757] Per quanto riguarda "i tre tipi del concetto psichiatrico di malattia" cfr. *ibidem*, pp. 839-841.

empiriche. Questo si rivela, invece, come uno degli aspetti forse più problematici, nel senso che qui si situa la critica alla presunta impostazione somatica di Griesinger, che si focalizza sulle disfunzioni organiche, i cui sintomi sarebbero, poi, proprio i disturbi psichici: questa, in realtà, è la prospettiva sostenuta soprattutto nell'ambito delle scienze della natura, che rivendicano l'oggettività anche nello studio delle malattie mentali, riconoscendo come tali solo quelle delle quali si può avere un qualche riscontro organico. I disturbi che, invece, non possono essere constatati empiricamente né opportunamente spiegati vengono relegati (di fatto quasi 'declassati') nell'ambito della soggettività, che non può avere alcun valore scientifico. In questa prospettiva, la psicopatologia finisce inevitabilmente per perdere, è evidente, anche la propria dignità scientifica, dal momento che diviene soltanto un sapere ausiliare della fisiologia, quasi uno strumento per rinvenire sintomi poi però riconducibili esclusivamente al livello fisico-organico, dunque spiegabili soltanto attraverso il metodo *naturwissenschaflich*. Proprio su questo punto Jaspers si mostra fortemente polemico: egli non critica *tout court* l'approccio scientifico-naturale, che anzi ritiene sempre utile e rilevante, ma la sua assolutizzazione, che comporta, conseguentemente, la riconduzione *tout court* dello psichico all'ambito esclusivo della fisiologia, che, per quanto possa chiarire i meccanismi funzionali del corpo, non riesce invece coglierlo nella sua essenza vitale. La fisiologia guarda, cioè, al *Körper*, senza riuscire, però, a comprendere il *Leib*, al quale fa riferimento l'esperienza vissuta, profonda e problematica, di cui la malattia è espressione e che deve essere "compresa" con pari dignità scientifica. Questi sono i limiti più evidenti della medicina e della psichiatria "somatica", e proprio a partire da qui Jaspers matura, di contro, il proprio "pluralismo metodologico", in virtù del quale viene finalmente superata la concezione secondo la quale la terapia riguarderebbe soltanto l'organo malato e, di contro, viene abbracciata la ben più ampia prospettiva che guarda all'uomo come una totalità complessa e irriducibile, e quindi alla malattia come un disturbo che interessa la persona nella sua complessità. Si tratta di una prospettiva che ben si contestualizza anche nello scenario del tempo, già profondamente percorso e animato dal *Methodenstreit* (del quale dirò in seguito), laddove si rivendicava per le *Geisteswissenschaften* un metodo scientifico che non svalutasse, però, la componente soggettiva dell'essere umano e della ricerca che lo riguarda. Si tratta di concezioni che Jaspers matura nel corso della sua vita e che, sebbene fossero già in qualche modo proprie anche del giovane psicopatologo, egli espone in modo più compiuto nelle edizioni successive (a partire, soprattutto, dalla quarta) della *Psicopatologia*, quelle in cui l'influsso della filosofia appare tutt'altro che secondario.

Quel che qui risulta chiaro è, in ogni caso, il rifiuto di una visione della malattia che Jaspers associa, però, un po' troppo genericamente al presunto "dogma somatico" di Griesinger, cioè all'estremizzazione del dato somatico a discapito di altri elementi altrettanto importanti: «La impostazione medica, scientifico-naturalistica, considera come elemento decisivo solo il somatico. La psicopatologia è quindi solo un mezzo per trovare sintomi del fisico. La fisiologia, e non la psicologia, è la meta finale della ricerca medica. Come medici abbiamo a che fare col corpo. […] Sarebbero morbosi solo quei processi psichici basati su processi cerebrali. Difatti esiste un campo di malattie cerebrali organiche, dove l'esigenza della base somatica è stata soddisfatta e dove il sintomo psichico è sintomo di un processo fisico noto»[758]. Tuttavia, «le difficoltà che rimangono non sono poche. Soltanto in un quarto dei pazienti ricoverati conosciamo la base organica della malattia. Non esiste alcuna coincidenza tra la gravità delle alterazioni cerebrali e la gravità della malattia. Esistono alcune malattie somatiche gravi con mente lucida ed anima integra fino alla morte»[759]. Insomma, nella descrizione della malattia Jaspers fa qui riferimento all'interpretazione somatica della stessa, mostrando anche in questo caso le sue forti perplessità.

[758] *Ibidem*, p. 840.
[759] *Ibidem*, p. 840.

La stessa prudenza mostrata nei confronti di ogni rigida classificazione dei concetti di salute e di malattia si manifesta anche nell'approccio metodologico attraverso il quale Jaspers tratta il disturbo psichico. Del resto, questo è in linea con le intenzioni programmatiche che egli si pone fin dall'*Introduzione* della prima edizione della *Psicopatologia*, dove dichiara esplicitamente gli obiettivi dello scritto e lo spirito di ampia apertura critica con cui si propone di indagare lo psichico, presentandone tutti gli aspetti possibili ma sempre mantenendosi al di fuori da qualunque pretesa sistematica. L'intenzione è quella di non cadere in nessuna forma di sterile riduzionismo, come pure di non accontentarsi di vaghe generalizzazioni: occorre, dunque, evitare tanto le derivazioni inevitabilmente dogmatiche e arbitrarie, come spesso sono apparse le assolutizzazioni in senso somatico, quanto le teorie astratte dalle quali ogni volta discendono conclusioni non adeguatamente supportate dall'osservazione e dalla casistica concreta.

La *Psicopatologia generale* tratta in modo molto ampio e approfondito del disturbo mentale e dell'esperienza psichica ad esso connessa, considerando più prospettive metodologiche in grado di cogliere con adeguata pienezza e da varie angolature l'esperienza vissuta che si cela dietro ogni disturbo specifico. Questo è anche l'approccio adoperato nelle considerazioni sul delirio, uno dei disturbi più "eclatanti"[760] nei malati mentali: anche Jaspers ne sottolinea, infatti, la centralità nell'ambito di ogni approccio al mentale, distinguendone diverse modalità di manifestazione, che implicano anche differenti protocolli terapeutici. Griesinger, nel *Vortrag* sopra analizzato, aveva trattato dei deliri primordiali, distinguendone due grandi categorie, secondo i sentimenti di tristezza o di onnipotenza da cui sono pervasi coloro che ne sono affetti, ma aveva anche sottolineato una possibile interazione tra le stesse, di fatto evitando così rigide separazioni e classificazioni fuorvianti. Al di là delle differenze contenutistiche e metodologiche rispetto a Jaspers, anche Griesinger si opponeva all'analogia, aprioristicamente presunta, tra la malattia mentale e il delirio, sostenendo, invece, che non sempre le forme di alterazioni psichiche sono accompagnate da stati deliranti, anzi, possono esserci seri disturbi mentali che agiscono interiormente e non già attraverso la manifestazione esteriore tipica dei deliri. Jaspers condivide tale posizione, opponendosi, ancor prima di muovere verso qualsiasi approfondimento del concetto di delirio, a ogni associazione troppo generica e non adeguatamente comprovata: l'errore, a suo dire, scaturisce dall'approccio semplicemente esteriore al delirio, cioè dalla sua considerazione come "un'idea errata" che rimane tale in modo comunque incorreggibile. Egli sostiene che il delirio è radicato nell'"esperienza vissuta" del soggetto ed è per questo legato alla "realtà concreta", dove per realtà si intende "l'esistente in sé"; quindi, la realtà è ciò che si vive e il delirio si radica nell'"esperienza vissuta" della realtà, che non è derivabile da altro e deve essere considerata nella sua originarietà come qualcosa che 'appartiene' in modo costitutivo ed esclusivo al soggetto che la vive[761]. La realtà del soggetto deve avere determinate caratteristiche conformi alle sue capacità sensoriali e percettive, cosicché, tra le diverse possibilità di esplicazione della realtà, essa può esprimersi essenzialmente come "corporeità" e come "coscienza dell'essere"[762], rendendo così gli eventi che la riguardano e che interagiscono al suo interno pregnanti di "significato". Tuttavia, per quanto nella considerazione della realtà si debba tenere conto del significato che assumono gli eventi percepiti dal soggetto, è bene distinguere quella che è la "certezza immediata della realtà" dai giudizi di realtà[763]. Così,

[760] Cfr. W. Griesinger, *Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin*, cit., pp. 128-129.
[761] Cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 101-102.
[762] Cfr. *ibidem*, p. 102.
[763] Jaspers specifica: «Il giudizio della realtà proviene dalla elaborazione mentale di esperienze concrete e immediate. Queste vengono confrontate l'una con l'altra: reale è solo ciò che viene provato e convalidato all'esame, quindi solo ciò che è accessibile alla conoscenza comune identica, e non quello che è provato solo soggettivamente. Un giudizio di realtà si può trasformare in una nuova e immediata esperienza vissuta. Noi viviamo costantemente con tali cognizioni di realtà acquisite, che, nel giudizio, non ci poniamo esplicitamente innanzi agli occhi. Caratteristiche della realtà, come vengono afferrate nel giudizio della realtà, sono quindi le

Jaspers specifica che «il venir meno della *coscienza dell'essere e dell'esistenza* è stato ricordato quale estraneamento dal mondo della percezione, e l'incontreremo di nuovo nei disturbi della coscienza dell'Io. Negli errori sensoriali si ha un falso carattere di *corporeità*. Ma delirio significa una estensiva *trasformazione della coscienza* della realtà (che si manifesta secondariamente in giudizi della realtà). Questa si edifica sulle esperienze concrete, sul mondo della pratica, delle resistenze e dei significati. Nel delirio però la corporeità allucinatoria e illusoria ha solo un'importanza occasionale, per nulla decisiva accanto alle trasformazioni di esperienze concrete fondamentali, che afferriamo con estrema difficoltà»[764].

In definitiva, secondo Jaspers «il delirio si comunica in *giudizi*. Solo là dove si opera con il pensiero e si esprime un giudizio può insorgere un delirio. In tal senso si chiamano idee deliranti i giudizi patologicamente falsati. Il contenuto di tali giudizi può essere presente anche in modo rudimentale, ma non per questo meno efficace, quale pura coscienzialità; si è soliti allora parlare di "sensazione" il che tuttavia è un sapere oscuro»[765]. Le idee deliranti sono tutti "falsi giudizi" che esteriormente presentano queste caratteristiche: la convinzione soggettiva con cui vengono espressi i loro contenuti, l'assenza di influenza da parte delle esperienze esterne e l'effettiva impossibilità del loro contenuto[766]. Oltre a queste caratteristiche, per così dire, esteriori, Jaspers guarda con attenzione all'aspetto più intimo e psicologico del delirio, distinguendo tra le "esperienze vissute originarie" e i "giudizi" espressi su di esse: da una parte vi è, quindi, il contenuto in sé e dall'altra i giudizi che gli stessi malati formulano su quanto avvertono.

Un altro elemento fondamentale per distinguere le varie tipologie di delirio è costituito dalla sua origine, che può avvenire in "modo comprensibile", cioè per esempio in seguito a un'esperienza traumatica che può risvegliare determinati stati percettivi e specifiche reazioni della coscienza, oppure in "modo incomprensibile", cioè secondo processi e modalità sconosciuti e che non possono essere indagati fenomenologicamente: si tratta delle vere e proprie "idee deliranti" (*echte Wahnideen*), mentre nel primo caso si parla di "idee deliroidi" (*wahnhafte Ideen*)[767]. Le idee deliranti vere e proprie si allineano

---

seguenti: la realtà non è una singola esperienza concreta a sé, ma solo ciò che in *rapporto* all'esperienza, risulta come reale all'esperienza concreta in generale – la realtà è *relativa*, cioè fin dove viene riconosciuta e si è mostrata come tale; essa può anche essere diversa – la realtà è dischiusa ed è basata sulla conoscenza e sulla sua certezza, non sulla corporeità e sulla immediata esperienza vissuta della realtà come tali, le quali sono invece solo membri dell'insieme, punti di appoggio indispensabili, ma continuamente ricontrollati. Perciò la realtà del nostro giudizio di realtà è qualche cosa di ondeggiante e di movimentato nella ragione» (*ibidem*, p. 102).

[764] *Ibidem*, pp. 102-103.

[765] *Ibidem*, p. 103.

[766] Cfr. *ibidem*, p. 103.

[767] Cfr. *ibidem*, p. 103. Interessante è, poi, la distinzione tra le idee deliranti, che Jaspers definisce "autentiche", e le idee deliroidi, di altra natura: «Diamo il nome di "idee deliranti vere" solo a quelle idee deliranti che hanno all'origine un'esperienza patologica primaria, oppure richiedono come presupposto per essere spiegate una trasformazione della personalità. In esse raccogliamo un gruppo di sintomi elementari. Al contrario chiamiamo idee deliroidi quelle che risultano in modo comprensibile da altri processi psichici, che quindi possiamo ricondurre psicologicamente alle emozioni, alle pulsioni, ai desideri e ai timori. Per la loro spiegazione non abbiamo bisogno di presupporre una trasformazione della personalità, ma le comprendiamo piuttosto come una disposizione permanente della personalità o insorgenti da uno stato d'animo transitorio. Alle idee deliroidi appartengono le fugaci illusioni provocate da percezioni errate e simili, le idee deliranti melanconiche e maniacali (di colpa, di impoverimento, il delirio nihilistico, ecc.), e specialmente le idee dominanti. *Idee dominanti* (*überwertige Ideen*) si chiamano quelle convinzioni che hanno un colorito sentimentale molto intenso e sono comprensibili in rapporto alla personalità e alla sua vita. A causa di questa forte accentuazione affettiva per cui la personalità si identifica nello stesso tempo con l'idea, vengono erroneamente ritenute vere. Dal punto di vista psicologico non esiste alcuna differenza tra il perseguire intensamente un'idea vera da parte di un ricercatore, il sostenere appassionatamente una convinzione politica o morale, e tali idee dominanti. Con questo termine si mette in rilievo in modo peculiare solo la falsità di tali idee di fronte ad ogni altro fenomeno. Idee dominanti si manifestano negli psicopatici ma anche in individui sani, come il delirio inventorio, il delirio di gelosia, il delirio querulante, ecc. Esse debbono essere distinte nettamente dalle vere idee deliranti. Le idee dominanti sono effettivamente idee isolate, che si sviluppano in modo comprensibile dalla personalità e dalla

perfettamente con l'idea di malattia non unilateralmente definibile e circoscrivibile di cui tratta Jaspers: la loro origine ignota è, infatti, la dimostrazione della complessità costitutiva del *Leben*, che sfugge a qualsiasi tentativo di oggettivazione assoluta. Vi è, in altri termini, un limite strutturale che non può essere oltrepassato dalla medicina somatica e neanche completamente risolto dal metodo fenomenologico, che potrà cogliere l'esplicarsi del delirio ma non spiegarne fino in fondo l'eziologia. Per quanto il malato possa esprimere il proprio stato percettivo e sensitivo, e possa quindi provare a comunicare il contenuto del proprio malessere, la sua esperienza vissuta primaria diventa inevitabilmente un "prodotto secondario" non solo perché si tratta pur sempre del racconto di un vissuto al quale il medico deve affidarsi ma rispetto al quale non può avere in alcun modo un'esperienza partecipativa, ma anche perché il malato stesso, anche involontariamente, potrebbe ogni volta aggiungere al racconto elementi magari irrilevanti che però di fatto ne alterano il contenuto originario. Neanche nell'ambito dell'esperienza primaria è facile distinguere tra ciò che appartiene effettivamente ad essa e ciò che invece in qualche modo soltanto discende da essa o vi è aggiunto[768]: tali esperienze primarie rimangono estranee, dunque, sia al medico che allo stesso malato, che non si ritrova più nell'ambiente circostante ed è dunque spinto a cercare ulteriori punti di appoggio e di riferimento, così da potere cogliere i nuovi significati che egli individua nella realtà che ora lo circonda[769]. È importante approfondire, dunque, questo concetto di "significato", che deve essere chiarito innanzi tutto proprio dal punto di vista psicologico: «Cerchiamo di chiarirci questo significato psicologico dell'esperienza delirante della realtà, nei *significati nuovi che assume il mondo circostante*. Tutto il pensare è un pensare intorno ai significati. Se esiste un significato direttamente nelle cose percepibili, rappresentate e ricordate, il significato ha il carattere della realtà. La nostra percezione non è mai una copia meccanica di stimoli sensoriali, ma è nello stesso tempo la percezione di un significato. […] pur non comprendendone il significato, vedo però un materiale di forma significativa. Tali significati non sono

situazione; invece le vere idee deliranti non sono i prodotti della cristallizzazione centrata intorno ad un punto, ma provengono da esperienze deliranti oscure, da riferimenti personali enigmatici, diffusi, e non si possono sufficientemente comprendere né in rapporto alla personalità, né alla situazione, ma sono piuttosto i sintomi di una fase morbosa o di un "processo", riconoscibili anche per altri sintomi» (*ibidem*, p. 115).

[768] «Nella nostra indagine è importante perciò la domanda: quale è l'esperienza vissuta primaria provocata dalla malattia, e che cosa c'è di secondario in queste formulazioni, che sia scaturito in modo comprensibile da quell'esperienza? Esistono tre *concezioni*: la *prima* nega una vera esperienza delirante e ritiene che tutte le idee deliranti siano comprensibili e secondarie; la *seconda* sostiene che, nella debolezza dell'intelligenza, la mancanza di critica possa fare insorgere idee deliranti da qualsiasi esperienza vissuta; la *terza*, da un punto di vista fenomenologico, ammette l'esistenza di una peculiare esperienza delirante (*Wahnerleben*) che cerca di considerare come il vero elemento patologico. La prima concezione viene sostenuta da Westphal. Egli crede che esista dapprima la coscienza di una alterazione della propria personalità. […] La *seconda* concezione ritiene che la causa o – in forma più moderata – la condizione preliminare del delirio sia una *debolezza dell'intelligenza*. […] Viceversa Sandberg ha dimostrato giustamente che i paranoici non hanno un'intelligenza inferiore a quella dei sani. L'alienato ha il diritto quanto il sano di fare errori logici. È sbagliato considerare questi in un caso sintomi morbosi e nell'altro elementi normali. Difatti si incontrano tutti i gradi di deficienza mentale, anche i più elevati, senza idee deliranti e viceversa le idee deliranti più fantastiche ed incredibili si sono trovate in soggetti con intelligenza superiore. La critica non viene distrutta, essa si pone al *servizio del delirio*. Il malato pensa, esamina le ragioni e gli argomenti opposti, come farebbe se fosse sano. […] Per intendere il delirio è necessario emanciparsi dal pregiudizio, secondo il quale alla sua base vi sarebbe una debolezza intellettiva dalla quale dipende invece soltanto la forma del delirio. Dobbiamo ammettere che vi sia non una debolezza dell'intelligenza, ma una specifica *modificazione delle funzioni psichiche*, quando, una volta concluse le esperienze deliranti, un uomo del tutto lucido, nei rari casi che non presenti nessun altro sintomo morboso, persista a credere in un delirio, che è facilmente riconoscibile come impossibile, quando dichiara semplicemente: "è così; non ne posso dubitare, io lo so". Nelle idee deliranti autentiche l'errore sta nel materiale, mentre il pensiero formale è completamente intatto. I disturbi formali del pensiero conducono a rappresentazioni false, ad associazioni confuse, ad opinioni imbrogliate (nello stato acuto) che non hanno il carattere delle idee deliranti. La *terza concezione*, che da un punto di vista fenomenologico suppone l'esistenza di esperienze deliranti del tutto speciali, ricerca appunto queste esperienze deliranti primarie originarie» (*ibidem*, pp. 104-105).

[769] Cfr. *ibidem*, pp. 106-107.

esplicitamente coscienti nelle nostre percezioni, ma pure ci sono presenti. Ora le *esperienze deliranti primarie* sono analoghe a questo vedere in forma significativa. La coscienza di significato subisce però una modificazione radicale. Il sapere dei significati che si impone in modo immediato è l'esperienza delirante primaria. Se distinguo il materiale sensibile, nel quale esperimento concretamente questo significato, posso parlare di percezioni, rappresentazioni, ricordi deliranti, coscienzialità deliranti, ecc. Non esiste alcuna esperienza vissuta alla quale non si possa aggiungere il termine delirio, quando nella doppia articolazione del sapere oggettivo, la coscienza di significato è diventata un'esperienza delirante»[770].

Cercando di entrare un po' più nello specifico, Jaspers accenna alle "percezioni deliranti", ovvero le *Wahnwahrnehmungen*, che «vanno dall'esperienza di significati oscuri al chiaro delirio di osservazione e di rapporto», nel senso che all'improvviso le cose sembrano assumere altri significati e valori così che si può parlare di un vero e proprio "delirio di significato"[771]. In molti casi vi è, poi, anche un vero e proprio "delirio di riferimento"[772]. Ci sono, inoltre, le "rappresentazioni deliranti", che «si manifestano come ricordi della vita con colorito e significato nuovo; oppure come *intuizione*, come *idea* che viene in mente all'improvviso (*Einfall*)»[773], e le "coscienzialità deliranti", per cui «oltre che una esperienza sensibile dei contenuti illusori, allucinatori o pseudo-allucinatori, esiste un altro tipo di esperienza vissuta, nella quale la ricchezza sensoriale non è modificata in modo essenziale, mentre la conoscenza di oggetti noti si accompagna ad una esperienza interiore tutta differente da quella normale. Già il solo pensare a date cose conferisce loro una speciale realtà, senza che per questo debbano venire materializzate con i sensi. Un nuovo significato speciale si collega sia a ciò che viene pensato, sia a ciò che viene percepito»[774].

Conformemente al processo di sviluppo delle idee deliranti, dopo la loro insorgenza esse possono diventare "idee di verità", cioè superare i dubbi inizialmente esistenti e dunque stabilizzarsi: è proprio questa acquisizione che si deve in qualche modo correggere, anche se non tutti i metodi lo permettono[775]. Il problema, infatti, al di là della correggibilità o meno, è la possibile "trasformazione della personalità"[776] che evidentemente ne consegue.

Per quanto il contenuto del delirio non sia sempre facile da decifrare e la sua origine sia destinata a rimanere sostanzialmente incomprensibile, la considerazione metodologica che deve conseguirne riguarda quanto in ogni caso non deve essere mai trascurato: «Il delirio, a seconda del punto di vista, è considerato *metodologicamente* in diversi modi: dal punto di vista *fenomenologico*, come un'esperienza vissuta per ciò che riguarda il contenuto tematico; dal punto di vista della *psicologia prestazionale*, come un disturbo del pensiero; dal punto di vista della *psicologia delle produzioni*, come un prodotto spirituale; nei *rapporti comprensibili* come motivazione nella dinamica dei suoi contenuti; nelle considerazioni *biografico-nosologiche* si esamina se possa essere inteso come rottura della curva vitale, o se possa essere colto in rapporto ad uno sviluppo progressivo della

[770] *Ibidem*, pp. 106-107.
[771] *Ibidem*, p. 107. Jaspers approfondisce la questione in tal modo: «Si tratta qui non di interpretazioni conformi ai giudizi, ma del fatto che nella percezione, che dal lato sensoriale è completamente normale ed immutata, il significato viene vissuto in modo immediato. In altri casi – il più delle volte all'inizio del processo – alle percezioni non si attribuisce un significato manifesto. Gli oggetti, le persone e gli avvenimenti sono sinistri e provocano orrore o sono bizzarri, degni di nota, enigmatici, soprannaturali, sovrumani. Gli oggetti e gli avvenimenti significano qualche cosa, ma non significano nulla di determinato» (*ibidem*, p. 107).
[772] Cfr. *ibidem*, pp. 108-110.
[773] *Ibidem*, pp. 110-111.
[774] *Ibidem*, p. 111.
[775] Per tale incorreggibilità cfr. *ibidem*, pp. 113-114. La questione si fa problematica anche quando si pone il delirio su basi metafisiche (cfr. *ibidem*, pp. 115-116).
[776] Cfr. *ibidem*, p. 114.

personalità»[777]. La novità, quindi, rispetto a Griesinger sta nella chiarezza metodologica e nella consapevolezza che il delirio, così come altri disturbi psichici, richiede l'utilizzo di più approcci, ognuno dei quali ne coglie soltanto un aspetto specifico. Qui emerge, in definitiva, una considerazione contenutistica talvolta simile, tra Griesinger e Jaspers, del disturbo psichico considerato e tuttavia la scelta metodologica è differente: ne viene fuori, per così dire, in forma applicata il "pluralismo metodologico" di Jaspers, che si pone nel solco della differenziazione critica tra i due metodi della spiegazione e della comprensione dei quali i punti di vista sopra espressi non costituiscono che un'effettiva esplicazione.

Il delirio rappresenta un tema molto caro a Jaspers, il quale non lo affronta per la prima volta nella *Psicopatologia generale*, ma già negli *Scritti Psicopatologici*. Significativo, a tal proposito, è il suo *Delirio di gelosia. Un contributo alla questione: "sviluppo di una personalità o processo"?*, del 1910[778], dove egli prende in esame le diverse forme del delirio di gelosia, opponendosi ad ogni inutile generalizzazione e appiattimento ermeneutico e rivendicando, piuttosto, l'originalità delle diverse forme deliranti, la cui genesi ed evoluzione deve pertanto essere studiata attraverso metodologie differenti. In questa fase emerge già, seppure ancora in forma non completamente chiara, il pluralismo metodologico di Jaspers, che egli sperimenta avvicinandosi ad alcune delle passioni primordiali per antonomasia, come appunto la gelosia, che vanta una tradizione letteraria e religiosa assai rilevante, o anche la nostalgia, tra l'altro oggetto di indagine della sua tesi di dottorato[779]. Nella trattazione del "delirio di gelosia" si mostra già la costitutiva apertura di Jaspers in senso critico, dal momento che egli prende in esame le forme deliranti da una prospettiva composita e multiforme, come egli stesso specificherà meglio, poi, nella *Psicopatologia generale*, dove estenderà ulteriormente tale ordine e modalità di considerazione. Tale scritto psicopatologico è certamente significativo sia per la scelta del tema, dato che si occupa dell'importanza del delirio e della sua associazione, quasi automatica, ai disturbi psichici (a questa associazione, però, Jaspers non si accosta mai in modo dogmatico ma sempre attraverso un'analisi critica approfondita), sia perché lì emergono gli importanti presupposti jaspersiani inerenti la concezione della malattia e il rapporto tra medico e paziente sui quali ho già volutamente insistito. Jaspers, in particolare, pone l'attenzione soprattutto sull'atteggiamento del paziente, interessandosi alle modalità secondo le quali questi vive la malattia e concentrandosi sulla sua storia personale, sulla sua biografia, ogni volta da contestualizzare e da legare alle possibili influenze esercitate da altri fattori, come per esempio l'ambiente. In modo complementare, poi, egli insiste anche sulla figura del medico, il quale non deve mai considerare i deliri in modo generico, ma deve imparare a riconoscerne ogni volta le peculiarità, e questo proprio attraverso la relazione con il paziente. Fenomeni che a prima vista possono sembrare simili o addirittura omologhi potrebbero infatti nascondere cause, e poi sviluppi, profondamente diversi: in tal senso Jaspers distingue, per esempio, la "gelosia psicologica" e la "gelosia morbosa", la "gelosia delirante" e il "delirio di gelosia". Nei primi due casi il paziente resta cosciente e mostra ancora una certa capacità critica, che invece viene meno nelle altre due forme, in cui egli sembra estraniarsi completamente dalla realtà e restare impassibile, impermeabile a ogni tipo di critica. Tali forme si comprendono meglio alla luce della differenza tra il "processo" e lo "sviluppo", laddove il "processo" è una modifica, un cambiamento riconoscibile a livello fisico e quindi indagabile anche da un punto di vista, per così dire,

[777] *Ibidem*, p. 105.

[778] K. Jaspers, *Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: "Entwicklung einer Persönlichkeit" oder "Prozess"?*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1910, 1, pp. 567-637; poi edito anche in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 85-14, e ora in KJG I/3, cit., pp. 107-173. La traduzione italiana di tale testo, *Delirio di gelosia. Un contributo alla questione: "sviluppo di una personalità" o "processo"*, è a cura di S. Achella, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2015.

[779] K. Jaspers *Heimweh und Verbrechen*, Diss., Leipzig, F.C.W. Vogel, 1909; edita anche in «Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik», 1909, XXXV, pp. 1-116, poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 1-84, ed ora anche in KJG I/3, cit., pp. 11-105.

empirico, mentre quando questi cambiamenti assumono una forma più complessa e organica si parla di "sviluppo di una personalità" che non mostra alterazioni evidenti ma che può essere autenticamente colta soltanto attraverso la comprensione, per il tramite, cioè, del processo empatico dell'immedesimazione[780]. Ma l'analisi del delirio, nelle sue varie forme, non è che un esempio concreto della più diffusa incomprensibilità ultima che avvolge il disturbo psichico e che, pertanto, sembra confermare l'impossibilità di rendere definizioni rigide e unilaterali in merito ai concetti di salute e di malattia.

In definitiva, al di là di ogni presunto quanto improbabile "dogma somatico", si può certamente sostenere che sia Griesinger che Jaspers si siano trovati sostanzialmente smarriti dinnanzi alla profonda incomprensibilità della malattia mentale, un enigma che gravava assai spesso, al di là delle apparenze, anche sulla cosiddetta psichiatria scientifica. Entrambi hanno spinto in direzione di una psichiatria che, al di là del necessario rigore scientifico, non dovrebbe mai dimenticare la dimensione umana più profonda né, dunque, rinunciare alla comprensione autentica dell'anima malata, perché, come ha affermato Griesinger, smentendo così ancora una volta lo stereotipo di freddo materialista con il quale è stato spesso ricordato, «l'uomo, anche il cosiddetto malato di spirito, non è una macchina vivente la cui funzione sarebbe risolta con la soddisfazione derivante dal mangiare e dal bere e dal bruto lavoro meccanico; egli ha senso, egli ha interessi, egli ha un cuore»[781].

[780] Quando la gelosia sorge in modo improvviso, senza motivi specifici o comunque ricollegabili alla personalità del paziente, ci si ritrova dinnanzi ad un "processo" sul quale si interviene terapeuticamente in modo farmacologico, mentre nel caso dello "sviluppo della personalità" vi è una relazione, che il medico deve essere capace di cogliere attraverso la comprensione, tra alcuni fattori già di fatto presenti nella personalità del soggetto e dai quali la patologia dipende. Per un'analisi più approfondita di tale questione (anche attraverso esempi specifici) rimando direttamente al già ricordato testo, di K. Jaspers, *Delirio di gelosia*.

[781] W. Griesinger, *Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland*, cit., p. 288.

Capitolo quinto

Il giovane Jaspers e la clinica di Heidelberg: la genesi concettuale dell'*Allgemeine Psychopathologie* del '13

Questo capitolo ricostruisce la genesi dell'interesse psichiatrico del giovane Jaspers al fine di delinearne i momenti più significativi della formazione e gli aspetti più singolari della personalità, con particolare attenzione per la sua spiccata propensione per la riflessione critica e filosofica. Lo scopo è sottolineare come tale intersezione tra filosofia e psichiatria sia presente, seppur in modo meno esplicito, già nel giovane Jaspers e non costituisca, invece, un elemento sopraggiunto in tempi successivi: proprio illustrando i nuclei concettuali della *Allgemeine Psychopathologie* del '13 emerge con chiarezza come anch'essa sia espressione di tale feconda intersezione di interessi e di saperi. Pertanto, mi soffermerò dapprima sulla formazione psichiatrica di Jaspers e analizzerò, soprattutto attraverso scritti e carteggi autobiografici, alcuni snodi fondamentali del suo tirocinio presso la clinica psichiatrica di Heidelberg, realtà determinante per il giovane psicopatologo non soltanto per i contenuti lì appresi ma anche per il continuo confronto con i colleghi, in un clima sereno e stimolante che segnerà la genesi dei primi scritti psicopatologici jaspersiani. Un punto di riferimento significativo, in tale contesto, sembra essere Emil Kraepelin, che aveva già diretto la clinica psichiatrica di Heidelberg, segnandola in modo pregnante e duraturo con teorie e considerazioni psichiatriche di fatto ancora dominanti anche al tempo di Jaspers. Proseguirò, quindi, il 'dialogo' tra Jaspers e le sue 'fonti' attraverso un breve confronto con Kraepelin, con particolare riguardo per alcune considerazioni di natura metodologica e nosologica: lo farò attraverso l'analisi di un primo scritto psicopatologico di Jaspers, vale a dire *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz*, del 1910, e dell'*Allgemeine Psychopathologie*, al fine di mostrare come i contenuti del primo anticipino in qualche modo alcuni nuclei concettuali poi sviluppati nell'altra opera, specie in riferimento al cosiddetto pluralismo metodologico e alla decisione di discostarsi dall'impostazione psichiatrica di Kraepelin. Intendo evidenziare tale distacco attraverso l'analisi comparata di alcune argomentazioni nosologiche discusse da Jaspers nella sua opera principale e taluni contenuti del trattato di psichiatria di Kraepelin. Infine, per illustrare meglio le innovazioni metodologiche jaspersiane e, soprattutto, la loro origine, proseguirò con un confronto tra lo scritto psicopatologico, del 1913, cioè *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie*) e l'*Allgemeine Psychopathologie*, al fine di mostrare come la genesi concettuale di quest'ultima opera sia già in qualche modo rintracciabile in quel precedente scritto.

5.1 Karl Jaspers psicopatologo. La tradizione della clinica di Heidelberg

«Verso la fine del 1906, da studente che a breve doveva sostenere l'esame di stato, mi successe qualcosa per me allora assolutamente sconvolgente: nella strada davanti la clinica oculistica mi rivolse la parola Wilmanns, del quale non sapevo neppure che mi conoscesse. Egli mi domandò se non volessi fare un lavoro scientifico. Io non capii, subito pensai, e ancora oggi sospetto, che dietro a tutto questo ci fosse il signor Fränkel, la guida amichevolmente premurosa della mia esistenza. Tornai a casa confuso, presi a fare alcuni controlli della pressione sanguigna, i cui risultati ancora oggi possiedo. Questi furono i miei primi rapporti con la clinica psichiatrica. È a lui che devo la ragione della mia esistenza

scientifica»[782]. Incisive e toccanti le parole piene di gratitudine attraverso le quali Jaspers, in una delle pagine autobiografiche forse più significative, ricostruisce le origini della sua esperienza come psicopatologo[783]. *Rede auf Heidelberg*, il manoscritto del 1928 destinato a rimanere per molto tempo inedito, restituisce proprio gli antefatti che hanno dato inizio alla sua "esistenza scientifica", il cui esordio è segnato da quel fortunato incontro che, nel lontano 1906, lo lasciò incredulo e confuso, ancora ignaro di quanto gli anni successivi sarebbero stati determinanti per la sua formazione umana e professionale, soprattutto come psichiatra[784].

Da lì a poco, però, Jaspers avrebbe compreso la grande opportunità che gli era stata offerta, così da esprimere in modo convinto la propria riconoscenza a Karl Wilmanns (1873-1945)[785], figura di rilievo della clinica di Heidelberg, che si può considerare, come egli stesso dichiara, il suo "maestro", il punto di riferimento e la guida nella realtà della clinica. È grazie a Wilmanns, infatti, che a Jaspers si dischiuse la possibilità di una gratificante esperienza scientifica i cui benefici non sono da circoscrivere solamente ai risultati raggiunti in ambito medico, certamente soddisfacenti (come nel caso dei primi studi riguardo la pressione sanguigna), ma, più in generale, al clima scientifico e umano che egli visse nella clinica e da cui fu senz'altro forgiato in maniera decisiva. Più volte, infatti, egli insiste sullo "spirito" della clinica, caratterizzata da una piena condivisione di intenti e dove il lavoro di squadra era assai importante, sempre animato dalla vivacità delle discussioni con cui i diversi interlocutori si confrontavano, mostrandosi aperti e propositivi rispetto al conseguimento degli interessi collettivi, che finivano per superare di gran lunga quelli strettamente individuali. Vi era una grande dedizione per la ricerca e per il sapere in generale, «l'amore per la scienza era reale così come l'amore di ogni individuo per questa clinica, per questa casa»[786]. La clinica non era vista come una semplice struttura psichiatrica ma come una vera e propria comunità, una sorta di "casa", un ambiente prima di tutto familiare e accogliente, animato da uno spiccato senso critico che incitava continuamente al confronto, al di là da ogni posizione dogmatica.

Jaspers sosteneva di avere sperimentato proprio in quel contesto la prima sensibilità per le tematiche di natura filosofica e sociologica. D'altronde, la clinica offriva, attraverso

---

[782] K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, 1928. Il manoscritto, compreso nel *Nachlass Basel*, è stato in parte pubblicato in W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, in J.F. Leonhard (hrsg.), *Karl Jaspers in seiner Heidelberger Zeit*, Heidelberg, Heidelberger Verlagsanstalt und Druckerei, 1983, pp. 23-82 (il manoscritto si trova nelle pagine 44-47, la citazione riportata è alle pp. 44-45). Interessante notare il riferimento al medico Albert Fränkel, colui che diagnosticò a Jaspers la sua malattia, quando aveva diciotto anni. Come infatti racconta lo stesso Jaspers nella sua autobiografia, «fin dall'infanzia soffrivo di mali organici (ectasia bronchiale e insufficienza cardiaca secondaria). […] Solo quando compii i 18 anni Albert Fraenkel a Badenweiler fece la diagnosi» (K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 15). A proposito di tale diagnosi si vedano anche le testimonianze epistolari, in *Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, hrsg. M. Bormuth, Göttingen, Wallstein, 2019, pp. 25-27.

[783] Per ricostruire le vicende del giovane Jaspers psicopatologo, con particolare riferimento al contesto della clinica di Heidelberg e ai primi scritti di carattere psicopatologico, rimando alla *Einleitung der Herausgeberin*, in KJG I/3, cit., pp. XVII-XXXIII. Inoltre, sono interessanti le testimonianze biografiche, specie quelle comprese tra gli anni 1910-1918, in particolare quelle contenute nell'epistolario che raccoglie le corrispondenze di Jaspers con familiari e colleghi: *Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen,* cit., pp. 49-84.

[784] Per approfondire la figura di Karl Jaspers psichiatra si vedano, tra gli altri, L. Binswanger, *Karl Jaspers und die Psychiatrie*, in «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie», 1943, LI, pp. 1-13 (traduzione italiana, a cura di L. Guidetti: *Karl Jaspers e la psichiatria*, in S. Besoli (a cura di), *L. Binswanger, esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro. I margini di un'esplorazione fenomenologica-psichiatrica*, Macerata, Quodlibet, 2006, pp. 41-58); K. Kolle, *Karl Jaspers als Psychopathologe*, in P.A. Schilpp (hrsg.), *Karl Jaspers*, Stuttgart, Kohlhammer, 1957, pp. 436-464; K. Kolle, *Karl Jaspers als Lehrer eines Psychiatiers*, in K. Piper / H. Saner (hrsg.), *Erinnerungen an Karl Jaspers*, München/Zürich, Piper, 1974, pp. 53-58.

[785] Per contestualizzare la personalità di K. Wilmanns dal punto di vista biografico e da quello professionale si vedano K. Beringer, *Karl Willmans*, in «Der Nervenarzt», 1 febbraio 1947, pp. 1-4; L. Hermle*, Karl Wilmanns (1873-1945) – biobibliographische Betrachtung einer psychiatrischen Ära*, in «Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete», 1988, 56, pp. 103-110.

[786] K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, cit., p. 45.

l'analisi di casi e di situazioni che talvolta apparivano quasi al limite della realtà umana, la grande opportunità di cogliere la vita e il mondo nelle più svariate manifestazioni[787]. Si trattava, certamente, di un'analisi che riguardava innanzi tutto l'indagine psichica ma essa coinvolgeva, in modo assai ampio e gratificante, persone da intendersi nel senso più autentico dell'espressione. Infatti, al di là della metodologia specifica utilizzata e dei limiti, che poi egli stesso non mancò di problematizzare, Jaspers rimase affascinato dall'opportunità che la clinica offriva per approfondire la conoscenza della realtà umana attraverso l'esperienza diretta, mai paragonabile ad alcuna cognizione soltanto teorica e in qualche modo necessariamente derivata: «Dietro le sbarre della clinica si intrecciavano le fila di un mondo»[788].

D'altronde, questa curiosità per la realtà circostante aveva costituito uno degli impulsi che lo avevano spinto a scegliere di studiare medicina, un'opportunità che sembrava adatta a placare l'inquietudine che da sempre lo aveva animato. Il giovane Jaspers aveva dimostrato fin dall'infanzia una personalità molto decisa: originario di Oldenburg, nato nel 1883 e cresciuto sulle sponde del Mare del Nord, egli discendeva da una famiglia per lo più dedita alle attività mercantili e agricole[789]. Il padre, al quale fu sempre molto legato e che in qualche modo rappresentò una figura di riferimento anche per la stesura del suo lavoro psicopatologico, aveva studiato giurisprudenza, ricoprendo ruoli dirigenziali nella pubblica amministrazione e, poi, in banca. Egli, come racconta Jaspers, «si distinse per saggezza, precisione e fedeltà al dovere»[790] e fu sempre un esempio per il figlio, educato «nello spirito della ragione, della fidatezza e della fedeltà»[791]. La figura paterna era in una qualche misura complementare rispetto a quella della madre, proveniente da una famiglia di contadini e capace di guidare con amore e dedizione la vita dei figli; come riferisce lo stesso Jaspers, lei «ci ha incoraggiati col suo carattere indomito, ci ha messo le ali ai piedi valicando tutte le convenzioni con la sua comprensione delle nostre mete»[792].

Jaspers si formò, quindi, in un clima familiare sano e accogliente, dove fu sempre viva la tendenza ad assumere atteggiamenti consapevoli e critici, mai remissivi e sempre propensi a interrogarsi sul significato di ciò che accadeva. Infatti, come egli stesso rammenta, «mio padre mi aveva avvezzato fin da piccolo a ottenere da lui una risposta alle mie domande e a non dover fare nessuna cosa della quale non avessi compreso il significato, magari soltanto per rispetto alle convenienze che per se stesse possiedono una forza persuasiva»[793]. Tale educazione lo rese fin dai tempi del liceo uno «spirito dell'opposizione»[794], non risparmiandogli discussioni e scontri, anche in ambiente scolastico, ogni qualvolta si rifiutava di eseguire comandi che gli apparivano tutt'altro che ragionevoli[795]. Tale aspetto caratteriale lo accompagnò per tutto il corso della vita e fu una caratteristica che certamente influenzò le sue scelte, professionali e personali, rendendo persino la sua formazione un percorso spesso travagliato e contraddistinto dalla volontà di mettere sempre in discussione se stesso e ciò che lo circondava. La prima scelta rilevante, certo ponderata ma rispetto alla quale non mancarono espliciti ripensamenti, fu quella universitaria, importante anche per capire la sua poliedricità e la sua duplice inclinazione verso la medicina e la filosofia: «A 17 anni lessi Spinoza, il quale divenne il mio filosofo. Ma non avevo intenzione di dedicarmi allo studio della filosofia e di farne la mia professione. Preferii iscrivermi a legge, mirando a fare poi, nella vita pratica, l'avvocato.

---

[787] Cfr. *Ibidem*, p. 45.
[788] *Ibidem*, p. 45.
[789] Per una ricostruzione biografica della figura e dell'opera di Jaspers si vedano, tra gli altri, K. Kolle, *Karl Jaspers geb. 1883*, in Id. (hrsg.), *Grosse Nervenärzte*, Bd. I, cit., pp. 145-152, e W. Blankenburg, *Karl Jasper (1883-1969)*, in D. v. Engelhardt und F. Hartmann (hrsg.), *Klassiker der Medizin*, cit., pp. 350-365
[790] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 11.
[791] *Ibidem*, p. 11.
[792] *Ibidem*, p. 13.
[793] *Ibidem*, p. 11.
[794] *Ibidem*, p. 12.
[795] Per la formazione di Jaspers si veda anche G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, cit., pp. 5-7.

Deluso però dalle astrazioni riferentisi all'esistenza sociale, che non conoscevo ancora, mi occupai di letteratura, arte, teatro, grafologia, mutando continuamente, infelice nella dispersione, felice in singole esperienze di grandezza, soprattutto nell'arte»[796]. Così, dopo avere conseguito la maturità classica, Jaspers si iscrisse alla Facoltà di Giurisprudenza[797], ma tale scelta si rivelò ben presto insoddisfacente[798], tanto che egli, con non poco travaglio, cercò di ritrovare equilibrio ed entusiasmo nella contemplazione della bellezza autentica, soprattutto attraverso i viaggi[799] e la vita solitaria a contatto con la natura. Un tentativo di ritrovare la direzione del cammino, lungo un percorso certamente tormentato: «Ma com'era dolorosa la solitudine dopo che per un po' mi ci ero abbandonato! Uomini, uomini cercavo. Ma come fare? La vita doveva trovare un fondo, perché la distrazione in mezzo a cose sia pure meravigliose aveva effetti deleteri. Era necessario prendere una via concreta per la vita, e prima di tutto i miei studi dovevano avere una meta»[800].

Muovendo da questa avvertita necessità, dopo avere vissuto un forte dissidio interiore, Jaspers credette di poter raggiungere un qualche appagamento volgendosi alla medicina, sperimentando così l'ingenua illusione di avere superato, come in una felice sintesi dialettica, le antinomie della propria interiorità: «Volevo conoscere tutto quanto è possibile conoscere: la medicina (così mi pareva) apriva il campo più vasto, aveva per oggetto la totalità delle scienze naturali e l'uomo. L'attività del medico mi poteva giustificare in mezzo alla società»[801]. Così egli iniziò a studiare medicina, che fin da ragazzo non percepì mai, però, come semplice cura dell'elemento organico ma, invece, come più ampia possibilità di conoscere l'uomo e la realtà circostante. L'interesse medico nasceva da un'innata curiosità che egli non si accontentava di soddisfare attraverso lo studio manualistico ma che voleva sperimentare in prima persona, a più diretto contatto con ciò di cui si occupava: «Ciò che più mi importava nella scelta della medicina era il desiderio di conoscere la realtà. Alla realtà tendevo in tutti i modi possibili. Nello studio ero assiduo e mi dedicavo col massimo piacere alle svariate possibilità del conoscere. Coi viaggi cercavo di raggiungere per visione propria tutto il possibile, di vedere paesaggi, città storiche, opere d'arte»[802]. La decisione, tutt'altro che semplice, venne presa a Sils-Maria, nel 1902, ed è documentata anche dalla corrispondenza con i genitori, ai quali egli chiese il permesso di potere cambiare indirizzo di studi: «"Ecco il mio piano: dopo il prescritto numero di semestri dò l'esame di Stato in medicina. Se poi credo ancora, come oggi, di averne la capacità, passo a psichiatria e psicologia. Allora diventerei anzitutto medico in un ospedale psichiatrico. Infine farei eventualmente la carriera accademica dello psicologo, per es. Kraepelin ad Heidelberg, ma non lo vorrei affermare perché è una cosa incerta e dipendente dalle mie capacità… Dirò dunque preferibilmente così: studio medicina per diventare medico d'uno stabilimento balneare o specializzarmi, diciamo, da alienista"»[803].

---

[796] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 13.

[797] Interessante, a proposito della formazione di Jaspers, l'epistolario *Karl Jaspers Studium*, in *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers Gesellschaft*, E. Salamun-HybaŠek / K. Salamun (hrsg.), Innsbruck, Studien Verlag, 1996; si veda, inoltre, anche il diario di Jaspers degli anni 1902-1908, dove è documentato anche il suo percorso di studi (*Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, cit., pp. 38-46).

[798] Si veda la lettera ai genitori, scritta per l'inizio degli studi presso l'Università di Heidelberg, nel 1901 (prima di decidere di studiare medicina), dove emergono l'insoddisfazione di Jaspers e qualche sua critica sull'università (tema molto caro a Jaspers e che culminerà nella scrittura del testo *Die Idee der Universität*, Berlin, Springer, 1923): *Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, cit., pp. 28-29.

[799] A tal proposito si possono leggere i resoconti di Jaspers ai genitori nella lettera che scrive loro durante i viaggi in Italia del 1902: *Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, cit., pp. 30-32.

[800] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 13-14.

[801] *Ibidem*, p. 14.

[802] *Ibidem*, p. 14.

[803] *Ibidem*, p. 14. Tale "piano" che Jaspers riporta nella sua autobiografia è tratto dalla lettera del 1902 scritta ai genitori per comunicare la scelta di studiare medicina (*Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, cit., pp. 36-37). Dopo i viaggi in Italia Jaspers rivela ai genitori le proprie inclinazioni, ribadendo l'influenza positiva che su di lui avevano avuto i fortunati incontri con alcuni professori che lo avevano particolarmente stimolato (*ibidem*, pp. 33-37).

Colpisce, certamente, che la scelta di diventare medico fosse già orientata, ancor prima di iniziare gli studi, verso l'interesse psichiatrico, e non meno significativo è il riferimento a Kraepelin, cosa che da un lato dimostra la fama, già a quel tempo, del celebre psichiatra e dall'altro rappresenta una cifra evidente delle conoscenze di Jaspers, il quale, nonostante la giovane età, sembrava essere già molto documentato.

Tuttavia, la propensione per la medicina non attenuò le inquietudini del giovane Jaspers, per il quale il quesito più profondo, destinato a rimanere fondamentalmente insoluto, riguardava «come si debba vivere»[804]. Infatti, «lo studio era un fatto provvisorio. Era anche utile per prepararmi alla professione. Ma questa non è la vita. Senza leggere i filosofi, occupando il tempo con i concreti studi del mio ramo, filosofavo però continuamente, sia pure senza seguire un metodo»[805]. È già chiara, qui, al di là dell'interesse per la medicina, la propensione filosofica che segnerà l'intera esistenza di Jaspers, e questo al di là dello studio accademico in senso stretto, nel quale peraltro non sembrò mai trovare grande soddisfazione[806]. Il ritratto del giovane in procinto di iniziare gli studi di medicina è, qui, quello di uno "spirito dell'opposizione", curioso e malinconico, da una parte avvezzo a ritirarsi nella solitudine e dall'altra desideroso di conoscere, attraverso l'esperienza diretta, la realtà umana in tutte le sue manifestazioni: proprio per questo egli eserciterà la professione di psicopatologo sempre alla luce di un atteggiamento critico assai spiccato e in qualche modo profondamente segnato dall'inclinazione filosofica: «Solitudine, malinconia, coscienza di me stesso»[807], questo era il giovane Jaspers[808].

Il ritratto del giovane Jaspers aiuta a comprendere l'entusiasmo che egli provò nello svolgere il tirocinio presso la clinica di Heidelberg: i "casi" lì trattati erano manifestazioni di una realtà multiforme con cui egli poteva ora avere un contatto diretto, così da realizzare il desiderio che lo aveva spinto ad intraprendere quel tipo di studi. Lì egli ebbe modo di vivere un'esperienza formativa non soltanto dal punto di vista medico, come ben si comprende dalla sua stessa testimonianza: «Dal 1908 al '15 lavorai nella Clinica psichiatrica di Heidelberg, prima, appena sostenuto l'esame di Stato, come praticante medico, poi, dopo sei mesi d'interruzione, impiegati a perfezionarmi nella Sezione neurologica della Clinica interna, quale assistente volontario per la ricerca scientifica. Furono nella mia vita gli unici anni che abbia passato in mezzo agli studiosi davanti a compiti pratici quotidiani. Le toccanti realtà non erano soltanto di natura medica, ma anche sociologica, giuridica, pedagogico-terapeutica»[809]. Così egli descrive la propria esperienza presso la clinica di Heidelberg, un periodo che, come egli stesso dichiara nelle memorie autobiografiche, fu assolutamente fondamentale per la sua formazione, soprattutto grazie alle grandi personalità con cui entrò in contatto. Un contesto determinante, dunque, sia per la sua preparazione scientifica che, anche, per le dinamiche umane e relazionali che lì ebbe modo di sperimentare. Si trattò di un'esperienza che, tra l'altro, offre ancora spunti rilevanti

[804] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 14.
[805] *Ibidem*, pp. 14-15.
[806] Cfr. *ibidem*, p. 15. Qui emerge già una delle prime critiche all'impostazione filosofica universitaria, dalla quale Jaspers si sentiva già distante, non essendo interessato agli argomenti trattati e forse neanche affascinato dai filosofi del tempo, ad eccezione di Theodor Lipps, attivo a Monaco, la cui personalità lo colpì nonostante non fosse particolarmente orientato verso i suoi specifici temi di studio (cfr. *ibidem*, p. 15).
[807] *Ibidem*, p. 18. Jaspers afferma che tale condizione mutò non appena, nel 1907, incontrò la moglie, Gertrud Mayer, che svolse un ruolo fondamentale nella sua vita, diventando il suo primo punto di riferimento e influenzandone ogni scelta, privata e professionale (*ibidem*, pp. 18-20). A tal proposito si veda anche G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, cit., pp. 7-10.
[808] Per delineare l'aspetto biografico di Jaspers relativamente all'infanzia, all'adolescenza e all'inizio degli studi rimando alle sue stesse parole (K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 11-20). Per ulteriori approfondimenti sulla sua personalità rinvio anche ad un altro scritto autobiografico, K. Jaspers, *Schicksal und Wille. Autobiographische Schriften,* hrsg. H. Saner, München, Piper, 1967 (traduzione italiana, a cura di R. Brusotti: *Volontà e destino. Scritti autobiografici,* Genova, Il Melangolo, 1993).
[809] Cfr. K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 23. Jaspers fu assistente volontario; le sue scelte furono costantemente influenzate dalla malattia (cfr. *ibidem*, pp. 15-17).

per cercare di delineare al meglio il ruolo esercitato dai suoi contemporanei (in questo caso soprattutto medici, e psichiatri in particolare) nella sua formazione umana e professionale.

Il giovane Jaspers esercitò la funzione di psicopatologo in questi anni, nei quali, pur dovendo in qualche modo limitare l'esercizio pratico della professione, anche a causa della malattia, egli fu un attento osservatore clinico e uno studioso meticoloso delle diverse teorie psichiatriche che vedeva in qualche modo alternarsi e sovrapporsi e dalle quali fu sempre assai incuriosito, mai con un atteggiamento di passiva accettazione, piuttosto con uno spirito critico assai marcato. Tutto questo emerge non solo dalle riflessioni poi raccolte nella *Psicopatologia generale,* probabilmente l'opera che meglio sintetizza esperienze e apprendimenti del suo "tirocinio volontario" presso la clinica di Heidelberg, ma anche da ciò che egli andava continuamente annotando nella *Autobiografia filosofica*, testimonianza certo significativa per comprendere le dinamiche scientifiche e culturali di quegli anni e, ad un tempo, il procedere della formazione jaspersiana.

Nelle pagine autobiografiche dedicate alla *Psicopatologia generale*[810] Jaspers non solo ricorda gli anni trascorsi presso la clinica di Heidelberg[811] ma offre anche una testimonianza diretta della stessa e delle personalità che la animavano. Essa era diretta da Franz Nissl (1860-1919), «spirito autocritico»[812], celebre per le ricerche nell'ambito dell'istologia cerebrale[813], ambito peraltro sviluppato anche grazie all'influsso esercitato da Wilhelm Griesinger, allora considerato non soltanto vicino alle istanze psichiatriche fondate sull'istologia, se non altro per i suoi importanti studi sulla corteccia cerebrale, ma anche in qualche modo l'iniziatore della cosiddetta *Hirnmythologie*. Infatti, la visione di Nissl si fondava su quello che a dire di Jaspers era il "dogma somatico" griesingeriamo, secondo cui le «malattie mentali sono malattie cerebrali»[814]. In realtà, però, Nissl, proprio per la sua forte tendenza critica, non accettava mai passivamente neppure le nozioni comunemente considerate indubitabili, rimettendo costantemente in discussione le opinioni via via raccolte, e prima di tutto le sue. Ciò gli permise di contrastare anche l'impostazione di ricerca 'somatica' da cui la stessa clinica era indubbiamente influenzata, dimostrando, attraverso le sue scoperte, che non è sempre possibile stabilire una correlazione tra i disturbi psichici e le disfunzioni cerebrali: «Notò che non c'era alcuna correlazione tra la gravità della demenza senile e la mole delle abnormi condizioni della corteccia cerebrale. Egli aveva preso le mosse dal principio vigente dopo Griesinger: malattie mentali sono malattie del cervello. Partendo da questo presupposto fece notevoli scoperte, ma ad un tempo minò la validità universale della tesi»[815]. Nissl, che per Jaspers rappresentava bene lo "spirito della casa", esercitava un'autorità che «era involabile in virtù della sua personalità e non solo per la carica che rivestiva»[816]. Egli, era "l'archetipo del ricercatore tedesco", vale a dire uno studioso libero e sempre curioso di ascoltare, ma pronto anche ad interrogare, capace di correggere e di autocorreggersi, lontano da qualunque forma di fanatismo e di dogmatismo[817]. Si distingueva, inoltre, anche sul piano umano, per la bontà sempre

[810] Cfr. *ibidem*, pp. 23-39.
[811] Per quanto riguarda la clinica di Heidelberg, con specifico riferimento a Jaspers e alla psichiatria del tempo, si vedano: W. Janzarik (hrsg.), *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*, Stuttgart, Enke, 1979; J.F. Leonhard (hrsg.), *Karl Jaspers in seiner Heidelberger Zeit*, Heidelberg, Heidelberger Verlagsanstalt und Druckerei, 1983; G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, cit., pp. 10-12; E.J. Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, cit., pp.121-146.
[812] Cfr. K. Jaspers*, Autobiografia filosofica*, cit., p. 23. Jaspers sottolinea, in questa pagina, la sua impressione nel vedere un uomo così autocritico nei confronti delle proprie ricerche.
[813] Jaspers ricorda, nelle pagine autobiografiche, gli studi istologici di Nissl, il quale, per esempio, «scoprì insieme con Alzheimer lo specifico reperto istologico nella corteccia cerebrale dei paralitici» (*ibidem*, p. 23).
[814] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913*), *Introduzione*, ora in Id., *Scritti psicopatologici,* cit., p. 88.
[815] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 23-24.
[816] *Ibidem*, p. 24.
[817] Cfr. K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, cit., p. 45.

dimostrata verso i suoi pazienti[818], ma era prima di tutto un raffinato studioso di istologia, anche se inizialmente non aveva alcuna diretta esperienza di psichiatria clinica: tuttavia era una persona intelligente e colta e dunque riuscì presto ad adattarsi al nuovo ruolo e, soprattutto, ad impadronirsi della materia, servendosi delle nozioni fino a lì conosciute (Jaspers racconta, per esempio, che le sue prime lezioni si ispiravano alla psichiatria di Kraepelin)[819] e anche dell'aiuto e dello scambio di idee con i suoi assistenti, verso i quali non mostrò mai segni di altezzosità e di dominio, ma sempre di partecipazione e di collaborazione[820]. Altrettanto utili furono per lui i rapporti con alcuni colleghi[821], tra i quali soprattutto Karl Wilmanns e Hans Walter Gruhle (1880-1958)[822], che poi divennero veri e propri punti di riferimento e di confronto per lo stesso Jaspers[823]. Sebbene poi, dopo dodici anni, Nissl avesse deciso di lasciare la clinica per dedicarsi alle ricerche anatomiche, è indubbio che il suo contributo in quell'ambito rimane tra i più rilevanti[824].

Al di là della stima reciproca, che certamente non fece difetto, il confronto tra Nissl e Jaspers fu significativo[825] anche perché mostrò la differente posizione presto assunta da quest'ultimo, il quale, al di là dell'approccio strettamente medico, rivelava già un'accentuata inclinazione filosofica che lo rendeva in qualche modo singolare agli occhi di molti colleghi. Per Nissl egli sembrava appartenere ad una sorta di "specie straniera" proprio per la sua vicinanza alla filosofia, alla quale egli invece riservava un ruolo tutto sommato secondario rispetto alla scienza vera e propria; non mancavano, proprio per questo motivo, anche alcune affettuose espressioni di ilarità nei confronti di Jaspers, come egli stesso racconta: «Quando una volta arrivai in reparto, raffreddato e pallido, troppo tardi per la visita, egli [Nissl] mi accolse nella cerchia degli assistenti: "Ma signor Jaspers, che aspetto pallido, lei si dedica troppo alla filosofia, questo i globuli rossi non possono sopportarlo"»[826]. Nissl, insomma, lo stimava e forse per questo, dal suo punto di vista, non riusciva a spiegarsi la sua vocazione filosofica, tanto che Jaspers racconta di avergli sentito dire che si rammaricava per lui perché, nonostante lo reputasse una persona intelligente, egli perdeva tempo con molte "stupidaggini"[827]. Tuttavia, nonostante qualche divergenza di vedute, non mancò la stima reciproca né una proficua interazione tra Jaspers e Nissl,

---

[818] «Quel dotto era di un'immensa bontà con gli ammalati e con gli assistenti, aspro nelle forme, iracondo per temperamento, enormemente coscienzioso e riflessivo prima di agire. Da lui emanava un'atmosfera di calore e benevolenza» (K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 24).

[819] Sempre a proposito di Nissl, Jaspers sottolinea: «Quando divenne capo della Clinica era specialista in istologia, ma non affatto pratico di psichiatria clinica. Diede però la prova che un uomo, quando sia veramente dotto e abbia fatto indagini scientificamente feconde, è in grado di afferrare rapidamente in tutti i campi il nucleo scientificamente essenziale. Le sue lezioni cliniche, legate da principio al manuale di Kraepelin, divennero di anno in anno più libere e originali» (*ibidem*, p. 24).

[820] «Egli imparava dai suoi assistenti ed era forse superiore a tutti noi nella sua rettitudine di umano osservatore della realtà. Le discussioni coi suoi assistenti avvenivano a uguale livello con fondamentale spregiudicatezza. Se nella discussione ci si accalorava, si rimaneva sempre entro i limiti della buona educazione» (*ibidem*, p. 24).

[821] A proposito dei colleghi della Clinica, Jaspers ricorda: «I più autorevoli erano il mio maestro Wilmanns, il protomedico, poi in primo luogo Gruhle, che teneva tutti in moto con le sue critiche, con la versatilità e la spontaneità, poi il coscienziosissimo Wetzel, che possedeva il dono di immedesimarsi negli altri, il filantropo Homburger, Ranke, l'instancabile specialista di istologia cerebrale, e l'ancora molto giovane Mayer-Gross, mente aperta a tutte le possibilità scientifiche» (*ibidem*, pp. 24-25). Interessante, a proposito delle relazioni di Jaspers con i colleghi, le corrispondenze non solo con i medici della clinica ma in generale anche con molti intellettuali e scienziati con cui egli si confrontava in ambito scientifico. Tali corrispondenze sono oggi raccolte in *Karl Jaspers Korrespondenzen*, *Psychiatrie – Medizin – Naturwissenschaften*, cit.

[822] A proposito di Gruhle, con riferimento anche all'interazione con Jaspers, si veda H.W. Gruhle, *Psychopathologie und akademischer Unterricht*, in K. Piper (hrsg.), *Offener Horizont*. *Festschrift für K. Jaspers*, München, Piper, 1953, pp. 155-168.

[823] A tal proposito si vedano le corrispondenze di Jaspers con Wilmanns, in *Karl Jaspers Korrespondenzen*, *Psychiatrie – Medizin – Naturwissenschaften*, cit., pp. 616-625; e con Gruhle, *ibidem*, pp. 95-154.

[824] Cfr. K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, cit., pp. 45-46.

[825] A tal proposito si veda la corrispondenza tra Jaspers e Nissl, in *Karl Jaspers Korrespondenzen*, *Psychiatrie – Medizin – Naturwissenschaften*, cit., pp. 375-376.

[826] K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, cit., pp. 46-47.

[827] Cfr. *ibidem*, p. 46.

interazione spesso favorita anche dal ruolo di intermediari che svolsero Wilmanns e Gruhle[828], così che l'esperienza presso la clinica venne sempre ricordata con grande piacere da Jaspers, il quale considerò una fortuna essere stato accettato in un tale ambiente e avere potuto lavorare, tra gli altri, con Wilmanns, il quale gli aveva suggerito l'idea di fondo e il materiale per la tesi di dottorato[829] e poi gli aveva chiesto di scrivere un testo di psicopatologia generale, in qualche modo 'intuendo' il progetto ancora incompiuto e trovandogli un contatto editoriale prima ancora che fosse stata scritta una sola riga del testo[830].

Sebbene la *Psicopatologia generale* sintetizzi in modo efficace e compiuto quanto lo Jaspers psicopatologo aveva acquisito presso la clinica di Heidelberg[831], vi sono certamente alcuni presupposti concettuali in tal senso significativi già nei suoi primi scritti di argomento psicopatologico[832] e, ancor prima, nelle percezioni, per la verità non sempre positive, che accompagnarono il suo tirocinio. Infatti, per quanto egli fosse certamente entusiasta dello "spirito" della clinica, la sua esperienza lì fu sempre accompagnata anche da una critica aperta e serrata, probabilmente riflesso, oltre che del già ricordato dato caratteriale, anche di quella sua appartenenza ad una "specie straniera" che, al di là dell'applicazione medica in senso stretto, lo spingeva a tenere in considerazione dinamiche più complesse. Non stupisce, dunque, la sua considerazione secondo la quale gli «psichiatri devono imparare a pensare»[833], un'affermazione se si vuole fin troppo dura e tagliente ma che si inseriva perfettamente entro lo scenario nel quale egli si trovò ad interagire, prettamente caratterizzato dall'impostazione clinica data da Kraepelin.

Emil Kraepelin (1856-1926) fu, dopo Griesinger, tra le personalità che più si distinsero nel tentativo di rendere la psichiatria una scienza rigorosa ed è ancora oggi considerato uno dei "grandi padri" di tale disciplina[834]. Grazie al suo contributo si assistette, se così si può dire, ad una 'seconda svolta' della psichiatria tedesca[835] che la traghettò dalla prospettiva cosiddetta 'somatica', che interpretava la malattia mentale come "sintomo" di un disturbo cerebrale, ad un orientamento clinico-descrittivo e "psicopatologico"[836]. Kraepelin[837] era nato a Neustreilitz nel 1856 e aveva studiato medicina a Würzburg, laureandosi nel 1878. Subito dopo la laurea aveva trascorso importanti periodi di studio in altre città: particolarmente significative furono le esperienze di Monaco, dove ebbe modo, dal 1878, di seguire Bernard von Gudden, e di Lipsia, dove nel 1882 incontrò Paul Emil Flechisg, con il quale ebbe anche alcune controversie che non gli impedirono, però, di abilitarsi.

---

[828] Jaspers avvertì sempre molto forte il ricordo del rapporto con Wilmanns e con Gruhle, ai quali si sentiva legato dal punto di vista professionale ma anche da quello dell'amicizia personale. Egli ricordava con piacere, ancora a distanza di tempo, i periodi trascorsi insieme (cfr. *ibidem*, pp. 45- 47).

[829] La tesi di dottorato di Jaspers era intitolata *Heimweh und Verbrechen* (Leipzig, Vogel, 1909; edita anche in «Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik», 1909, XXXV, pp. 1-116; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 1-84; ora anche in KJG I/3, cit., pp. 11-105).

[830] Cfr. K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, cit., p. 46.

[831] Per la *Psicopatologia generale* si veda G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, cit., pp. 23-35. Si veda anche la ricostruzione dello stesso Jaspers in merito all'esperienza presso la clinica psichiatrica e alla genesi della *Psicopatologia generale* (cfr. K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 23-39).

[832] A proposito dei primi scritti psicopatologici si veda G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, cit., pp. 13-22.

[833] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 29.

[834] Cfr. W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., p. 23. Schmitt considera Kraepelin, Freud, Bleuler e Jaspers i "padri" della psichiatria, in un certo senso gli "antesignani" delle attuali ricerche.

[835] Per quanto concerne la ricezione della psichiatria di Kraepelin si veda H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 122-124.

[836] Cfr. W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., p. 23.

[837] Per un approfondimento della biografia e dell'attività scientifica di Emil Kraepelin rimando, tra gli altri, a: K. Kolle, *Emil Kraepelin 1856-1926*, in Id. (hrsg.), *Grosse Nervenärzte*, Bd. I, cit., pp. 175-186; G. Zilboorg / G.W. Henry, *Storia della psichiatria,* cit., pp. 382-423; P. Hoff, *Ergebnisse und Kasuistik. Zum Krankheitsbegriff bei Emil Kraepelin*, in «Nervenarzt», 1985, 56, pp. 510-513; B. Pauleikhoff, *Emil Kraepelin (1856-1926)*, in D. v. Engelhardt / F. Hartmann (hrsg.), *Klassiker der Medizin*, Bd. I, cit., pp. 299-322; P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., pp. 12-13.

Sempre a Lipsia, fu significativa l'esperienza presso il laboratorio fondato da Wundt, il quale divenne una figura di riferimento sicuramente significativa per il giovane Kraepelin, come dimostrano anche i numerosi scambi epistolari[838]. Fu in tale occasione che egli si avvicinò alla psicologia sperimentale, intesa in senso prettamente fisiologico, che divenne uno dei suoi interessi di ricerca: tra i suoi meriti vi è certamente l'introduzione dei celebri "esperimenti psicologici", dunque la fondazione del laboratorio di psicologia.

La carriera di Kraepelin fu rapida e brillante, come lasciavano già prevedere, d'altronde, gli anni universitari (durante i quali egli si era distinto anche per avere vinto un premio, messo in palio da Emminghaus, con un lavoro sull'insorgenza dei disturbi mentali a partire dalle malattie del corpo), ed egli spiccò non soltanto come accademico (a trent'anni era già professore universitario) ma anche come clinico: nel 1886 divenne professore a Dorpat, in Estonia[839], e nel 1890 ad Heidelberg[840], dove nel 1901 fu nominato direttore della clinica. Nel 1904, godendo già di una considerevole fama internazionale, si trasferì a Monaco[841], dove dal 1913 lavorò alla fondazione di un importante istituto di ricerca, il "Deutsches Forschungsanstalt für Psychiatrie", inaugurato nel 1918 e articolato in sei sezioni, ognuna specializzata in un ambito specifico e guidata da personalità di rilievo (tra le quali anche Nissl). Vi era anche una sezione dedicata alla psicologia sperimentale, che diresse egli stesso, coadiuvato da Lange. Per la grandezza e la varietà delle sezioni tale istituto non aveva, allora, eguali nel mondo. Così non stupisce che Kraepelin divenne, nel 1921, professore emerito e che mantenne fino alla morte, avvenuta nel 1926, la direzione della sezione di psicologia e del laboratorio da lui fondato, che poi fu parte della "Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft".

Non è possibile, probabilmente, definire in modo troppo rigido l'indirizzo assunto dalla ricerca psichiatrica di Kraepelin; se ne deve sottolineare, piuttosto, la "pluralità" di fondo, come dimostrano anche i vari ambiti di indagine da lui approfonditi. Tra i più significativi va certamente ricordato quello legato all'"esperimento psicologico" e quindi orientato verso la psicologia sperimentale promossa da Wundt[842], con il quale Kraepelin, superato l'iniziale scetticismo nei confronti di un settore ancora di fatto abbastanza inesplorato, fu sempre in stretto contatto, come dimostrano i diversi lavori poi realizzati nell'ambito di tale collaborazione. Altrettanto forte fu l'interesse per la prospettiva "farmacologico-psicologica", tanto che Kraepelin fu considerato il fondatore dell'indirizzo "psicofarmacologico", visto anche il suo impegno nello studio di patologie come per esempio l'alcolismo. Inoltre, non mancarono neanche studi in senso chimico-biologico, così che anche la ricerca "biologico-psichiatrica" può essere in qualche modo considerata un suo ambito di interesse; infine, egli manifestò sempre grande curiosità per la "psichiatria comparativa", vale a dire per quanto veniva studiato in paesi e contesti diversi a proposito della vita psichica e delle dinamiche culturali con le quali essa si trova ad interagire[843].

---

838 Cfr. *Der Briefwechsel zwischen Wilhelm Wundt & Emil Kraepelin. Zeugnis einer jahrzehntelangen Freundschaft*, hrsg. H. Steinberg, Bern, Hans Huber, 2002.

839 Cfr. M.M. Weber / F. Holsboer / P. Hoff / D. Ploog / H. Hippius (hrsg.), *Emil Kraepelin Edition*- Band 4: *Kraepelin in Dorpat – 1886-1891*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom, A. Hirschmüller e M.M. Weber, München, Belleville, 2003.

840 Cfr. M.M. Weber / F. Holsboer / P. Hoff / D. Ploog / H. Hippius (hrsg.), *Emil Kraepelin Edition*- Band 5: *Kraepelin in Heidelberg, 1891-1903*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2005.

841 Cfr. M.M. Weber / F. Holsboer / P. Hoff / D. Ploog / H. Hippius (hrsg.), *Emil Kraepelin Edition*- Band 6: *Kraepelin in München I, 1903-1914*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2006; Band 7: *Kraepelin in München II, 1914-1921*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2009; Band 8: *Kraepelin in München III, 1921-1926*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2013.

842 Cfr. H. Steinberg, *Kraepelin in Leipzig. Eine Begegnung von Psychiatrie und Psychologie*, Bonn, Das Narrenschiff, 2001.

843 Per la figura di Kraepelin, con particolare riferimento all'attività scientifica e alla "pluralità" della sua psichiatria, cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 118-121.

Tale varietà di interessi si ritrova, d'altronde, in numerose opere di Kraepelin, tra le quali vanno ricordate, almeno, il *Trattato di psichiatria*, pubblicato per la prima volta nel 1883 con il titolo *Compendio di psichiatria* e poi ampliato ed edito altre otto volte[844]; e l'*Einführung in die Psychiatrische Klinik: zweiunddreißig Vorlesungen*[845], che raccoglie una trentina di lezioni, ognuna dedicata ad un disturbo mentale, attraverso le quali è possibile vedere la stretta connessione nella quale egli teneva l'attività didattica e l'applicazione del metodo clinico-descrittivo. In realtà Kraepelin fu autore anche di altri scritti importanti nei quali, per esempio, affrontava la malattia mentale dalla prospettiva sociale, come si vede anche dall'interesse mostrato per il fenomeno dell'alcolismo[846], e questo anche perché egli credeva fermamente nell'efficacia della prevenzione[847]. Tuttavia, in questa sede vorrei soffermarmi soprattutto sul ruolo che egli ricoprì come accademico e, soprattutto, come direttore della clinica di Heidelberg, dove la sua concezione psichiatrica si andò delineando sempre più nel senso di una fondazione della "psichiatria clinica".

Con l'accezione "psichiatria clinica" si intende un orientamento psichiatrico che, al di là del metodo e delle teorie di riferimento, si concentra in modo scientifico sull'osservazione del paziente, prestando particolare attenzione al decorso della malattia e al rapporto tra medico e paziente come possibile via per arrivare a comprendere l'origine del disturbo mentale. È chiaro che anche la "psichiatria clinica" segue metodi determinati e assume posizioni specifiche, come d'altronde mostra la stessa nosologia elaborata da Kraepelin, tuttavia la sua attenzione primaria è rivolta ad un'osservazione del paziente "completa ed "esauriente", dalla quale poi derivare la determinazione di un preciso protocollo terapeutico. È chiaro, anche, che la "psichiatria clinica" ha evidenti radici storiche, basti pensare al metodo della scuola francese e di quella inglese, così come all'opera di Griesinger, il quale, pur non sostenendo esplicitamente la "psichiatria clinica" né il "metodo clinico", aveva però evidenziato la necessità di sviluppare specifici ed attrezzati istituti manicomiali, lottando contro le tendenze che volevano ricondurre la malattia mentale a cause esclusivamente biologiche, così come contro le teorie elaborate su base anatomica ma mai sufficientemente dimostrate.

Agli inizi del '900 la "psichiatria clinica" fu sostanzialmente accettata anche nell'ambito della ricerca, e questo anche grazie al contributo nosologico di Kraepelin, che elaborò un'interpretazione della malattia nella quale distinse due grandi gruppi, quello della psicosi maniaco-depressiva, da un lato, e quello della demenza, dall'altro. Tale classificazione dei disturbi rese in qualche modo stabile e definitivo il riconoscimento del "metodo clinico", che, attraverso l'osservazione del decorso della malattia, favoriva la

---

[844] Il *Compendio di psichiatria* fu edito poi, con la nuova denominazione di *Trattato di psichiatria*, dal 1887, anno della seconda edizione originale in cui cominciarono ad emergere le novità della nosologia kraepeliniana, che ancora nella prima edizione era molto legata alla tradizione francese, in particolare ad Esquirol. L'ultima edizione del *Trattato* uscì postuma, nel 1927, a cura di Lange. Per una ricognizione delle diverse edizioni: E. Kraepelin, *Compendium der Psychiatrie. Zum Gebrauch* Leipzig, Abel, 1883; dalla seconda edizione, poi, *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, zweite gänzlich umgearbeitete Auflage, Leipzig, Abel, 1887 (le edizioni successive, variamente rielaborate sono: terza Leipzig, Abel, 1889; quarta Leipzig, Abel, 1893; quinta Leipzig, Barth, 1896; sesta (I Band: *Allgemeine Psychiatrie*, II Band: *Klinische Psychiatrie*) Leipzig, Barth, 1899; settima (I Band: *Allgemeine Psychiatrie*, II Band: *Klinische Psychiatrie*; di tale edizione vi è la traduzione italiana, a cura di G. Guidi, sotto la direzione di A. Tamburini: *Trattato di psichiatria*, vol. I: *Psichiatria generale*, vol. II: *Psichiatria speciale*, Milano, Vallardi, 1906/1907) Leipzig, Barth, 1904, ottava (I Band: *Allgemeine Psychiatrie*, II Band: *Klinische Psychiatrie*) Leipzig, Barth, 1909, nona (mit und hrsg. J. Lange, I Band: *Allgemeine Psychiatrie*, II Band: *Klinische Psychiatrie*) Lepizig, Barth, 1927.
In questa sede, se non diversamente specificato, faccio riferimento all'edizione italiana, a cura di A. Tamburini e tradotta da G. Guidi, tratta dalla settima edizione tedesca.

[845] Cfr. E. Kraepelin, *Einführung in die Psychiatrische Klinik: zweiunddreißig Vorlesungen*, Leipzig, Barth, 1905 (traduzione italiana, a cura di P. Amaldi e B. Manzoni: *Introduzione alla clinica psichiatrica: trenta lezioni del dott. Emilio Kraepelin*, Milano, Società Editrice Libraria, 1905; traduzione a cura di T. Johnstone: *Lectures on Clinical Psychiatry*, New York/London, Hafner, 1968).

[846] Cfr. E. Kraepelin, *Psychologie des Alkohols*, Berlin, Reuland, 1930.

[847] Per approfondire la psichiatria di Kraepelin, con particolare riferimento al suo impegno sociale, cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 134-138.

cosiddetta "comprensione pluralistica" del paziente[848]. Veniva in tal modo superata la concezione nosologica basata sull'idea di una "psicosi unica". Da questo punto di vista, doveva risultare propedeutico, rispetto al lavoro di Kraepelin, quello di Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899)[849], che aveva seguito le lezioni di Wunderlich, il quale, forse anche in seguito all'esperienza formativa in Francia, era stato tra i primi a parlare di "metodo clinico" e, soprattutto, di "osservazione clinica", vale a dire dell'aspetto centrale di tale concezione. Probabilmente le lezioni di Wunderlich, che egli frequentò nel semestre estivo del 1853, contribuirono alla formazione e allo sviluppo del lavoro clinico di Kahlbaum, il quale sostituì alla concezione della "psicosi unica" un sistema differenziato di malattie[850], tra le quali anche la catatonia e l'ebefrenia, che poi Kraepelin introdurrà nel gruppo della cosiddetta "*demenza praecox*". Oltre a descrivere le malattie in una tale forma articolata e differenziata, Kahlbaum propose anche un "ampliamento" del metodo clinico capace di guardare in modo significativo alle biografie dei pazienti, aspetto poi sviluppato anche da Kraepelin[851]. In questa prospettiva si capisce meglio il ruolo svolto dalla clinica di Heidelberg, che non era intesa come sinonimo di manicomio ma anche e soprattutto come luogo di ricerca scientifica. Non poteva più bastare, allora, la vecchia accezione di "psichiatria manicomiale", per dirla in termini jaspersiani, nell'ambito della quale gli istituti di assistenza non permettevano pienamente, anche per evidenti problemi logistici legati agli spazi e alle tempistiche dei ricoveri, un adeguato sviluppo scientifico del metodo clinico. Tale prospettiva non era realizzabile nemmeno nell'ambito della cosiddetta "psichiatria universitaria": proprio alla luce di questa decisiva riforma, volta alla definizione di una nuova "psichiatria clinica"[852] nel senso sopra ricordato, deve essere colta l'importante azione riformatrice di Kraepelin presso la clinica di Heidelberg.

La clinica psichiatrica di Heidelberg era stata inaugurata il 15 ottobre del 1878, dopo non poche vicissitudini[853], legate non solo alla sua travagliata fondazione ma anche ai difficili anni vissuti dalla psichiatria tedesca dopo la morte di Griesinger, avvenuta nel 1868: infatti, si era allora instaurato un clima di profondi antagonismi e di evidenti spaccature che certo non favorì il progresso della clinica né della ricerca psichiatrica in generale. La morte di Griesinger aveva assunto il significato di una vera e propria cesura non solo dal punto di vista degli orientamenti psichiatrici, nell'ambito dei quali si distinguevano in modo sempre più marcato la prospettiva fisiologica, basata sul sistema nervoso, e quella neuropatologica, ma anche da quello dell'organizzazione delle strutture di assistenza, per cui accanto agli "asili cittadini" si andavano sempre più affermando le "cliniche universitarie", che dovevano essere funzionali anche rispetto alle lezioni universitarie[854].

Quando Kraepelin arrivò ad Heidelberg la clinica aveva già assunto una propria fisionomia, riuscendo ad offrire un'assistenza sempre più adeguata, per quel che i tempi permettevano. Tuttavia, essa era dilaniata da forti tensioni interne, dovute a problemi amministrativi e all'accesa competizione con gli "asili cittadini". Kraepelin giunse ad Heidelberg nel 1891, succedendo a Karl Fürstner nella direzione della clinica e ritrovandosi in una situazione conflittuale certamente difficile da gestire. Tuttavia, egli si impegnò

---

[848] Per definire meglio obiettivi e metodi della psichiatria di Kraepelin cfr. Id., *Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1918.

[849] Per quanto riguarda Kahlbaum cfr. E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria,* cit., pp. 133-134.

[850] Cfr. M. Viotti-Daker, *Die Kontinuität der Psychosen in den Werken Griesingers, Kalbhaums und Kraepelins und die Idee der Einheitpsychose*, Regensburg, S. Roderer Verlag, 1994.

[851] A proposito del "metodo clinico" cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 116-118.

[852] Per l'affermazione e lo sviluppo della "psichiatria clinica" cfr. H.F. Ellenberger, *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, cit., pp. 71-75.

[853] Per una ricostruzione storica delle vicende della clinica di Heidelberg cfr. W. Janzarik, *100 Jahre Heidelberger Psychiatrie*, in Id. (hrsg.), *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*, cit., pp. 1-18.

[854] Cfr. W. Janzarik, *Die klinische Psychopathologie zwischen Griesinger und Kraepelin im Querschnitt* 1878, in Id., *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*, cit., pp. 51-61.

energicamente fin dall'inizio per migliorare gli aspetti più gravosi legati al funzionamento della clinica (per esempio il flusso troppo elevato e prolungato dei malati ricoverati) e la sua attività fu sempre contraddistinta dal contatto diretto e costante con le istituzioni politiche, alle quali si rivolgeva con la speranza di migliorare le condizioni dell'assistenza psichiatrica non solo ad Heidelberg ma nell'intera regione. Tra le sue azioni riformatrici vi fu la risoluzione di alcune questioni burocratiche che riguardavano anche la tutela delle ricerche effettuate presso la clinica: egli si impegnò, per esempio, affinché le documentazioni dei malati rimanessero presso la clinica anche in caso di eventuali trasferimenti, dal momento che non si trattava soltanto di cartelle cliniche ma di una vera e propria documentazione scientifica, patrimonio della clinica e possibile fonte per l'analisi e la risoluzione di casi futuri.

Gli interventi di Kraepelin resero la clinica una delle migliori istituzioni di ricerca e di assistenza psichiatrica della Germania. Egli, infatti, ne curò l'impostazione scientifica ma cercò anche di migliorarne gli aspetti amministrativi e pratici, come si vede, per esempio, dalla riforma del 1892 con la quale rese funzionali alcuni spazi della clinica, o dall'istituzione degli esperimenti fisiologici, o, ancora, dallo sviluppo dell'osservazione e della sorveglianza terapeutiche: lo scopo, insomma, era quello di mettere effettivamente in pratica il metodo clinico-descrittivo sviluppato in senso teorico nei suoi *Trattati*. Egli voleva rendere la clinica "un'istituzione di insegnamento e cura" che si differenziasse, quindi, dai manicomi e, in generale, dalle strutture di assistenza statali, così come dall'impostazione, teorica e pratica, della "psichiatria universitaria". Egli cercò di ridurre o di contenere gli aspetti burocratici e in qualche modo paralizzanti che spesso riguardavano anche le ammissioni dei malati, così come l'eccessivo affollamento, che certamente non permetteva il buon funzionamento della struttura. In questo senso, egli insisteva molto sulla differente fisionomia che la clinica doveva avere rispetto agli istituti di assistenza: essa, infatti, non doveva essere più semplicemente un rifugio della "non-ragione" ma un luogo nel quale si dovevano effettivamente curare, in tempi relativamente brevi, i malati mentali, cosicché la loro osservazione non aveva soltanto finalità terapeutiche ma costituiva un fondamentale punto di partenza per la ricerca scientifica e per il tirocinio didattico, come d'altra parte si evince anche dalle sue *Vorlesungen*, tra gli esempi migliori di questo proficuo intreccio, tipicamente kraepeliniano, tra ricerca scientifica, attività didattica e pratica terapeutica. Infatti, egli intendeva fare ricerca, insegnare agli studenti e curare i pazienti senza che la clinica venisse paralizzata dal progressivo accumulo di pazienti afflitti da patologie croniche, che invece necessitavano di un trattamento molto lungo e tutto sommato non conforme ad una tipo di struttura come la clinica. Kraepelin intendeva differenziare sempre di più, insomma, la psichiatria assistenziale e "manicomiale" fino ad allora diffusa da quella propriamente clinica, dove cura e ricerca dovevano fondersi, superando così anche la concezione di una "psichiatria universitaria" ancora troppo legata all'accademia e poco attenta all'osservazione clinica dei malati, intesa, però, anche come fondamento della teoria scientifica[855]. Secondo Kraepelin, dunque, era necessario distinguere la psichiatria accademica dalla pratica psichiatrica in sé e trasformare la clinica psichiatrica universitaria in luogo di cura destinato soprattutto al trattamento di pazienti con patologie che potevano essere risolte in tempi relativamente rapidi. Il suo compito, pertanto, fu anche quello di promuovere la separazione tra gli "asili cittadini", peraltro spesso usati anche per le lezioni accademiche, e le "cliniche universitarie", che dovevano configurarsi come "stazioni di transito diagnostico" in cui la permanenza dopo la diagnosi doveva essere piuttosto breve: la clinica così intesa

[855] Cfr. W. Janzarik, *100 Jahre Heidelberger Psychiatrie*, cit., p. 3. Per l'attività di insegnamento legata alla clinica si veda *ibidem*, pp. 6-13.

rappresentava un sostanziale cambiamento rispetto alla "psichiatria universitaria" dei tempi di Griesinger[856]. Nasceva, così, la psichiatria propriamente "clinica"[857].

5.2 Oltre il metodo clinico-descrittivo e la nosologia di Kraepelin: *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz* e *Allgemeine Psychopathologie*

«Bene spirituale comune della Clinica era la "Psichiatria" di Kraepelin con variazioni che portarono a un patrimonio di concetti e criteri dei quali nessuno di noi poteva reclamare la paternità. Così si accettava la polarità delle due grandi zone delle *dementia praecox* (detta in seguito schizofrenia) e delle malattie maniaco-depressive. Si commentava l'idea dell'unità dei morbi, riferendovi tutte le osservazioni, ma senza arrivare a sapere che cosa fosse in realtà»[858]. Dal punto di vista nosologico, quindi, la psichiatria dei tempi di Jaspers[859] seguiva la suddivisione operata da Kraepelin, il quale si era soffermato su questa polarizzazione dei disturbi, distinguendo tra quelli da ricondurre alla *demenza-praecox* e quelli di origine maniacale-depressiva. La sua impostazione metodologica era sostanzialmente clinico-descrittiva, nel senso che si fondava sulla spiegazione causale empirica propria delle scienze della natura, dove ad assumere grande importanza erano l'osservazione diretta del paziente e l'analisi della malattia focalizzata sul decorso della stessa: a questi elementi si aggiungeva anche il ruolo significativo affidato alla valutazione delle biografie dei pazienti, che aiutavano a ricostruire l'eziologia della malattia e, in particolare, permettevano di distinguere i casi in cui la malattia era in qualche modo collegabile ad un precedente stato di salute da quelli in cui essa, invece, era sorta in modo improvviso e apparentemente incomprensibile: «Si faceva la distinzione tra i decorsi biografici in quanto sviluppi di una personalità che si trasforma in modo comprensibile attraverso le fasi della vita, e i processi dove una rottura violenta causa la radicale trasformazione dell'uomo per motivi che, senza conoscerli, si prendono per organici»[860].

Nonostante la centralità dell'aspetto biografico, al quale anch'egli attribuirà grande valore, il metodo di Kraepelin lasciava Jaspers per certi versi insoddisfatto e non perché non ne riconoscesse i meriti, piuttosto perché gli sembrava non cogliesse realmente la peculiarità della vita psichica. L'eccessiva rigidità di alcuni aspetti impediva di comprendere lo psichico nella sua naturale dinamicità, che sfuggiva a qualsiasi tentativo di severa e statica classificazione. Per quanto alcune intuizioni di Kraepelin fossero certamente considerevoli, come per esempio quella riguardante l'opportunità di utilizzare gli esperimenti psicologici, talvolta esse risultavano inadeguate rispetto all'ambito di studio al quale dovevano essere applicate. L'individuazione e l'elaborazione di un metodo eccessivamente schematico, così come le concezioni ancora tendenzialmente somatiche della psichiatria del tempo, costituirono le basi per la critica di Jaspers e per la formulazione dei contenuti innovativi che egli doveva proporre, sia dal punto di vista metodologico che per quanto riguardava la classificazione nosologica, nella *Psicopatologia generale*:

---

[856] A proposito dell'azione riformatrice di Kraepelin ad Heidelberg cfr. E.J. Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, cit., pp. 135-146.

[857] Per ulteriori approfondimenti sulla figura di Kraepelin si consultino anche le lettere, in M.M. Weber / F. Holsboer / P. Hoff / D. Ploog / H. Hippius (hrsg.), *Emil Kraepelin Edition*, Band 3*: Briefe I 1868-1886*, hrsg. von W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2002.

[858] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 26-27.

[859] Per qualche approfondimento su tale contesto psichiatrico cfr. W. Schmitt, *Das Modell der Naturwissenschaft in der Psychiatrie im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert*, in «Berichte zur Wissenschaftsgeschichte», 1983, 6, pp. 89-101.

[860] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 27. Su questo tema si concentra proprio uno dei primi scritti psicopatologici di Jaspers, vale a dire *Delirio di gelosia* (al quale ho accennato nel capitolo precedente), dove lo psicopatologo non solo mostra la differenza tra lo "sviluppo di una personalità" e il "processo" in relazione al delirio di gelosia, ma sottolinea anche la diffidenza nell'attribuire genericamente ciò che è incomprensibile a disfunzioni organiche.

«Allora, intorno al 1910, regnava ancora, nella psichiatria, la medicina somatica. L'influsso di Freud era limitato a circoli ristretti. Gli studi psicologici erano considerati soggettivi e vani, non già scientifici. Facevano eccezione gli esperimenti psicologici introdotti da Kraepelin in base alla psicologia wundtiana, soprattutto quelli che riguardavano la curva del lavoro (stanchezza, ripresa), le indagini intorno all'effetto psicologico dei medicinali, dell'alcool, del tè, etc. Ma quegli esperimenti non erano adatti allo studio degli alienati. Si esaurirono assai presto e non segnarono alcun progresso finché le prove con la mescalina non apportarono qualche novità»[861].

Tuttavia, probabilmente senza l'esperienza della clinica, il confronto diretto con i colleghi e quello indiretto con le più importanti fonti psichiatriche del periodo i nuclei concettuali psicopatologici di Jaspers non si sarebbero delineati in questi termini e non avrebbero rappresentato un'innovazione tanto significativa per la storia della psichiatria. La critica, infatti, ha riconosciuto che l'influenza di Jaspers fu forse più determinante in ambito psichiatrico che in campo filosofico, e questo fu certamente dovuto anche alla capacità del giovane psicopatologo di impadronirsi della letteratura specialistica del tempo e di dialogare con maestri e colleghi: non a caso il suo primo passo all'interno della clinica era stato la ricognizione del materiale presente nella biblioteca. La 'rivoluzione' jaspersiana fu, insomma, meditata e ponderata, e si chiarisce da sé, senza bisogno di troppe spiegazioni, attraverso i riferimenti che egli fa costantemente, in tutti i suoi scritti, alle ricerche fino a quel momento condotte sui temi da lui ogni volta trattati. In altri termini, la personalità psicopatologica di Jaspers appare con chiarezza già dalle 'conversazioni' con le sue fonti, che gli offrono l'occasione di riflettere su alcuni snodi teorici essenziali. Se da una parte il riferimento a Griesinger ha permesso di contestualizzare in modo più generale l'opera di Jaspers nell'ambito della psichiatria scientifica tedesca, dall'altra mi sembra ora opportuno quantomeno accennare ad un confronto con Kraepelin, se non altro per delineare la differenza tra il suo metodo clinico-descrittivo, la sua impostazione nosologica, articolata in "quadri morbosi", e la concezione jaspersiana basata sul pluralismo metodologico e su una suddivisione meno rigida delle malattie mentali, ora ordinate secondo "tipi", ovvero secondo "complessi sintomatici".

Tali differenze emergono in modo esplicito nella *Psicopatologia generale*, dove Jaspers fa molto spesso riferimento a Kraepelin, specie nella sezione dedicata alla nosologia, ma affondano le radici già nei suoi primi scritti psicopatologici, per esempio nel saggio, del 1910, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz*. In tale contesto viene per la prima volta postulata la distinzione tra la "psicopatologia oggettiva" e la "psicopatologia soggettiva", nel senso che Jaspers dichiara che può esserci, ad un tale riguardo, un altro metodo, oltre quello delle scienze naturali, scientificamente almeno altrettanto valido[862]. Alla luce di tale alternativa, viene sviluppata una riflessione metodologica che comporta anche un diverso approccio nosologico, per esempio nella definizione del concetto di demenza, ma dove non mancano diversi riferimenti a Kraepelin.

---

[861] *Ibidem,* p. 27.

[862] Per un'analisi del pluralismo metodologico elaborato da Jaspers, in riferimento al contesto della clinica e alla psichiatria di Kraepelin, si veda, W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., pp. 23-41. Significativa, in queste pagine, è la ricostruzione del pluralismo metodologico di Jaspers che, secondo Schmitt, nonostante l'articolazione della psicologia (e quindi anche della psicopatologia) in "oggettiva e soggettiva", non deve essere però considerato come una sorta di "dualismo" costituito sulla base della distinzione tra *Erklären* e *Verstehen*, ma come un vero e proprio pluralismo che si sviluppa sulla base della triplice declinazione della "descrizione fenomenologica", della "comprensione psicologica" e della "spiegazione causale" (cfr. *ibidem*, p. 32). A proposito del problema metodologico in ambito psichiatrico, con particolare riferimento sia al contesto tedesco che alle "fonti" del "comprendere", cfr. Id., *Karl Jaspers und die Methodenfrage in der Psychiatrie*, in W. Janzarik (hrsg.), *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*, cit., pp. 74-82.

Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz, pubblicato nel 1910 nella *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*[863], nasce, in realtà, nel 1908 come argomentazione critica (*Kritisches Referat*) sviluppata nell'ambito di una conferenza (come si evince anche dalla corrispondenza con i genitori)[864] e in seguito ad alcuni studi che Jaspers aveva condotto a proposito dei test di intelligenza. Come ricorda nell'*Autobiografia filosofica*, egli allora, in qualità di "assistente volontario" presso la clinica psichiatrica di Heidelberg, pur avendo alcune limitazioni e non potendo risiedere lì, poteva però partecipare alle attività scientifiche che vi si svolgevano: «Mi era consentito di scegliere dei casi per esami più approfonditi. Wilmanns mi concesse una stanza a parte dove potevo fare esami d'intelligenza ed eseguire quelle indagini dei *test* che erano entrate allora nell'uso. Col recente apparecchio di Recklinghausen, che per la prima volta consentiva la comoda e ininterrotta lettura della minima e massima pressione del sangue e quindi l'osservazione di mutamenti psichici, facevo studi di pressione sanguigna, con risultati che non vennero pubblicati»[865].

In questo testo Jaspers analizza i metodi utilizzati per l'esame dell'intelligenza, fornendo un quadro dei risultati fino ad allora conseguiti; ma, al di là delle esposizioni tecniche riguardo l'efficacia o meno di tali applicazioni, in tale scritto sono da considerare, in primo luogo, due elementi particolarmente significativi. Il primo è di natura metodologica, in quanto qui Jaspers pone per la prima volta in rilievo l'esigenza di ampliare e di differenziare i metodi applicati in ambito psichico, che non devono più essere limitati a quelli propri delle scienze empirico-naturali. Il secondo elemento, di tipo argomentativo, riguarda la concezione della demenza, un disagio mentale e comportamentale sempre problematico e spesso considerato come un difetto di prestazioni ma che egli già in questa fase cerca di definire, invece, come disturbo dell'intelligenza, così come poi dirà in forma più sistematica nella *Psicopatologia generale*. In questo senso, ma non solo, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz* non rappresenta esclusivamente l'esito delle ricerche specifiche condotte da Jaspers in quel determinato momento ma anche un importante presupposto del nucleo concettuale della *Allgemeine Psychopathologie*. Proprio le prime pagine costituiscono una sorta di preludio dell'importante innovazione introdotta da Jaspers, come già suggerisce il titolo che compare nell'indice della prima edizione dello scritto: *Zwei Reihen von Methoden in der Psychiatrie*, ovvero «due serie di metodi in psichiatria»[866]. È proprio in questo contesto che si inizia a delineare in modo sempre più esplicito, dunque, la complessa questione metodologica relativa agli studi psichiatrici, laddove in ambito psicopatologico il metodo delle *Naturwissenschaften*, per quanto utile e rigoroso, doveva risultare per certi versi insufficiente e doveva essere quindi coadiuvato da un "secondo metodo": «Quando lo psichiatra parla, in ambito psicopatologico, di "metodi" di ricerca, lo assale non di rado un sentimento di insufficienza e di rassegnazione, se egli confronta i propri metodi con quelli propri della ricerca somatica. L'"esattezza" e il metodo quantitativo delle ricerche chimiche e fisiologiche, la visibilità, la "fotografabilità" e

---

[863] K. Jaspers, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1910, 1, 6, pp. 401–452, poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 142-190. In questa sede, se non diversamente specificato, faccio riferimento alla recente riedizione in KJG I/3, cit., pp. 175-227. Rimando anche, per ulteriori chiarimenti e approfondimenti, ai commenti dei curatori del testo (*ibidem*, pp. 516-524).
Jaspers scrisse il testo presumibilmente intorno al 1910; in merito alla pubblicazione, è significativa la nota che egli ricevette dall'istologo Alois Alzheimer, curatore della rivista, il quale gli disse di avere apprezzato il suo lavoro, pur non condividendone tutte le prospettive, e di avere imparato molto da esso: per Jaspers fu un importante gesto di riconoscimento, come egli stesso racconta in una lettera del 4 maggio 1910 ai genitori (che fa parte del suo lascito).

[864] Tale conferenza è documentata nella lettera che Jaspers scrive, il 29 giugno 1908, ai genitori e che oggi fa parte del lascito conservato a Marbach (cfr. KJG I/3, cit., p. 516, nota 372).

[865] K. Jaspers, *Autobiografia filososofica*, cit., p. 26.

[866] Rimando, per questo, alla prima pubblicazione di *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, cit., pp. 401-403.

l'indubitabilità dei risultati istologici gli sembrano probabilmente l'ideale delle dimostrazioni scientifiche "obiettive". Se confronta con questo i suoi metodi psicopatologici semplici, che fanno a meno di ogni macchina e sono essenzialmente basati su osservazioni raccolte durante le conversazioni, allora egli non si stanca di lamentarsi di non potere eliminare il "soggettivo" e del fatto che probabilmente siamo ancora, nel nostro ambito specialistico, ad un punto di vista primitivo. Da tale impulso verso l'"obiettivo", sia che consista in dimostrazioni quantitative o in ciò che è in qualche modo "percettibile", è scaturita una grande serie di metodi psicopatologici moderni che lavorano con macchine, misurazioni, numerazioni, "uguaglianza di stimoli" etc. Noi dobbiamo loro le conquiste assolutamente di valore con cui la nostra epoca ha aggiunto al vecchio patrimonio il nuovo. Anche nell'ambito dei metodi delle prove di intelligenza potremo riferire di tali considerevoli risultati»[867]. Jaspers, dunque, comincia il testo con tale rilevante premessa metodologica, ben consapevole delle difficoltà che sorgono quando, nell'ambito delle indagini psicopatologiche, ci si affida a metodi meno rigorosi e non sempre verificabili tramite gli strumenti tecnologici. In questo senso egli non nasconde certo le differenze tra una metodologia, quella fondata sulle scienze empiriche esatte, che offre risultati, per così dire, più sicuri, e gli strumenti diagnostici e terapeutici spesso adottati in psicopatologia, attraverso i quali non è sempre possibile, invece, delineare con chiarezza gli aspetti oggettivi, dato che la soggettività non sembra mai del tutto eliminabile. Da questa acclarata differenza viene fuori il primo aspetto problematico che Jaspers affronterà in modo più ampio e disteso nella *Psicopatologia generale*, quando farà riferimento al cosiddetto "pluralismo metodologico"[868].

Durante il tirocinio presso la clinica di Heidelberg Jaspers aveva toccato con mano il crescente entusiasmo suscitato dai metodi delle scienze esatte, che sembravano offrire risultati molto più obiettivi e rassicuranti, oltre che conseguibili in minore tempo. Tuttavia, senza disconoscere meriti e utilità di tale metodo scientifico rigoroso, egli doveva esprimere anche i propri dubbi rispetto a tale sfrenato tentativo, sempre più diffuso e condiviso, di inseguire a tutti i costi risultati considerati oggettivi: «Quando si lascia dietro di sé il primo entusiasmo per la certezza dei risultati che si ottengono in tale modo - chi non sarebbe entusiasta dei lavori psicologici di Kraepelin dopo la lettura dell'articolo di apertura! –, allora segue la delusione: la consapevolezza che in questo modo sono stati prodotti una quantità di lavori infruttuosi, insignificanti, e che l'aspirazione all'"obiettivo", con l'incremento di una sicura ostinazione che vuole lasciar valere soltanto l'"obiettivo", agisce in modo addirittura paralizzante nei confronti degli obiettivi della conoscenza che ci si era posti quando in origine ci si era rivolti alla psicopatologia. Con tutta l'ammirazione per l'"obiettivo", questa intenzione iniziale della conoscenza si rivolta contro l'asservimento a tale condizione; essa riconosce che questi metodi obiettivi sono per la psicopatologia soltanto uno *strumento*, seppur straordinariamente prezioso, ma non sono mai in grado di costituire questa scienza»[869]. Jaspers inizia così a manifestare pubblicamente tale consapevolezza già maturata durante i primi anni di tirocinio presso la clinica, dove, essendo stato testimone di tale esaltazione rispetto ai risultati oggettivi perseguiti con il metodo empirico, ne aveva anche colto i limiti: la psicopatologia non è un sapere oggettivabile al pari di quello proprio di una qualunque scienza esatta e dunque l'utilizzo esclusivo di un tale metodo ne vanificherebbe per buona parte gli sforzi. In particolare, vi è qui anche un riferimento, per buoni tratti polemico, agli esperimenti psicologici di Kraepelin e al suo tentativo di studiare i disturbi psichici isolandoli attraverso

[867] K. Jaspers, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, cit., p. 175.
[868] Si scorge qui il presupposto dell'articolazione della *Psicopatologia generale* del '13, in particolare il fondamento del capitolo dedicato alla "Psicopatologia oggettiva" (cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychophatologie*, cit., pp. 94-144, e KJG I/3, cit., p. 545, nota 373).
[869] K. Jaspers, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, cit. p. 175.

il metodo sperimentale[870]. Jaspers mostra al riguardo un certo scetticismo, anche perché non si ritrova in tale idea di psicologia intesa alla stregua di una scienza sperimentale e per questo spesso incapace di cogliere la dimensione, invece assolutamente fondamentale, della soggettività. Così egli matura l'idea che accanto al metodo esplicativo-causale sia necessario introdurre, per procedere alla fondazione scientifica della psicopatologia, anche metodologie di altro tipo: «Con un certo sollievo viene qui fuori la visione che vi è anche una seconda serie di metodi che sono stati sempre utilizzati, ma non perché ciò riguardi un punto di vista della scienza primitivo, ma perché essi sono fondati nell'essenza della cosa. Questi sono i metodi del "comprendere" e dell'elaborazione concettuale delle nostre "esperienze vissute dell'immedesimazione", di queste esperienze vissute che costituiscono il fondamento caratteristico della ricerca psicologica e psicopatologica, quando essa si trova completamente nel proprio ambito»[871].

Jaspers chiarisce, dunque, che la capacità di immedesimarsi, cioè "l'esperienza empatica" dovrebbe essere il modo di osservazione proprio dello psicopatologo, allo stesso modo in cui gli organi sensoriali rappresentano gli strumenti utilizzati dagli scienziati che indagano la natura. Così come è necessario esaminare con un atteggiamento critico i dati ricavati dalle percezioni sensoriali, che devono essere sempre verificati e confrontati tra loro, allo stesso modo la capacità di immedesimarsi nelle esperienze vissute del malato richiede che si verifichino determinate circostanze in grado di rendere tale metodo efficace ed effettivamente applicabile al caso specifico[872]. Alla luce di queste considerazioni, poi, Jaspers immagina metodi più ampi anche per misurare l'intelligenza, oltre che per guardare al malato mentale, metodi che pur garantendo una certa oggettività (non a caso essi saranno poi ripresi, nell'opera del '13, nella sezione dedicata alla "psicopatologia oggettiva") non devono però limitarsi alla sola spiegazione causale ma devono tenere conto anche della "comprensione" e dell'"immedesimazione": «Questi metodi conducono a dati "obiettivi" non per se stessi ma soltanto se essi sono appropriati al "comprendere"; essi hanno la loro essenza non nelle misurazioni con macchine e simili, ma da un lato negli sviluppi concettuali che rendono il "comprendere" e l'"immedesimarsi" il più possibile comunicabili, e, dall'altro, nella disposizione nei confronti della regolare conversazione con i malati, che si svolge attraverso il porre domande e compiti. Per queste ricerche il concetto di "obiettività" ha un significato diverso rispetto a quello che ha per le prime. Esso non consiste in ciò che è sensorialmente percepibile, misurabile, enumerabile, ma nella "verità" di una determinata "immedesimazione" o di una determinata "comprensione"»[873]. Ovviamente, egli si premura di specificare che si tratta di osservazioni che vogliono costituire una sorta di "orientamento", piuttosto che assumere un'improbabile accezione dogmatica e vincolante. Non devono esservi, cioè, alcuna imposizione né alcuna passiva accettazione, al contrario l'"immedesimazione", per avere attendibile valore scientifico, deve essere sempre in qualche modo soggetta a controlli e a verifiche successive, così come avviene con quanto ricavato nell'ambito delle scienze della natura.

I metodi utilizzati per esaminare le condizioni dell'intelligenza non devono limitarsi, dunque, alla verifica empirica di quanto appare in tal senso verificabile, ma devono aprirsi alla "comprensione" e all'"immedesimazione", che prevedono il dialogo e l'interazione con il malato, al fine di coglierne, per quanto possibile, il vissuto. Rilevare le condizioni

---

[870] Per quanto riguarda la ricezione della "psicologia sperimentale" di Kraepelin da parte di Jaspers rimando anche a KJG I/3, cit., p. 516, nota 374.

[871] K. Jaspers, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, cit., pp. 175-176.

[872] Cfr. *ibidem*, p. 176.

[873] *Ibidem*, p. 176. In merito ai test di intelligenza, nella prima edizione del testo Jaspers rimanda, a proposito dell'applicazione di tale metodo, a K. Rieger, *Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung nebst einem Entwurf zu einer allgemein anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung*, tratto dalle *Verhandlungen der physikalisch medicinischen Gesellschaft zu Würzburg*, 1889/1890, 22/23, p. 150 (per ulteriori approfondimenti si veda KJG I/3, cit., p. 516, nota 376).

dell'intelligenza, cioè capire se le prestazioni che ad essa fanno riferimento sono danneggiate o meno significa stabilire se è presente uno stato di demenza, che Jaspers intende proprio come un "disturbo dell'intelligenza"[874].

Dopo questa ampia e importante premessa, che può essere considerata come una prima dichiarazione della necessità, per così dire, di una 'duplicità metodologica' in qualche misura antesignana del pluralismo poi ampiamente discusso nella *Psicopatologia generale*, Jaspers chiarisce che in un primo momento focalizzerà l'attenzione, nel procedere dello scritto, sui "metodi di esame individuali", riportando le ricerche e gli esiti in tal senso più significativi, e quindi approfondirà il "concetto generale di demenza". In realtà, però, egli tiene a ribadire come tra le due parti dell'opera non possa esserci una netta separazione, dal momento che esse sono strutturalmente connesse e si implicano reciprocamente[875].

Nella prima parte del lavoro Jaspers si concentra sull'intelligenza, della quale si preoccupa subito di chiarire la natura, che, piuttosto che essere qualcosa di rigido e di conchiuso, comprende una ricca gamma di prestazioni e di capacità mentali dalle quali poi derivano le vere e proprie funzionalità intellettuali e, dunque, anche le eventuali affezioni proprie della demenza. A tal proposito egli si sofferma, segnalandone pregi e limiti, su alcuni metodi allora usati per testare l'intelligenza[876].

Ma, al di là delle diverse modalità di accertamento delle capacità intellettive, a Jaspers interessano assai di più le conseguenze che se ne possono trarre a proposito dei concetti di "intelligenza e demenza", che tra l'altro costituiscono proprio l'oggetto che tali metodi dovrebbero contribuire ad indagare[877]. In questo modo egli entra nel merito della discussione: «Qui vorremmo dire in primo luogo qualche parola non sul concetto stesso di demenza ma su una sua caratteristica, la caratteristica del *disturbo "permanente"*, che, in modo sorprendente, è data naturalmente per scontata da alcuni così come è innocuamente ignorata da altri. Se si vogliono distinguere le singole funzioni psichiche o alcuni ambiti di funzioni relativamente delimitati, allora il modo assolutamente più appropriato per farlo è quello di studiare queste funzioni nei casi in cui si mostrano disturbate nel modo più isolato e più puro possibile, senza che un mutamento complessivo dell'intera psiche renda difficile una tale differenziazione. Se si vuole, perciò, imparare a conoscere i disturbi dell'"intelligenza", allora non si può continuare a studiarli negli stati psicopatici acuti, in connessione con disturbi dell'affettività, affaticamento e simili. Piuttosto, è opportuno scegliere quei casi in cui, al contrario che lì, le prestazioni dell'intelligenza non sono, nel medesimo tempo, disturbate in modo secondario da altre anomalie psichiche, ma sono primariamente disturbate in se stesse. Questi disturbi relativamente isolati dell'intelligenza, se possono essere considerati tali con certezza, compaiono ora, secondo la nostra attuale conoscenza, soltanto come stati permanenti. Ciò non esclude la possibilità che gli *stessi metodi* utilizzati per *testare l'intelligenza* siano adatti anche per *le ricerche su questi disturbi acuti*»[878].

---

[874] Cfr. *ibidem*, p. 176.

[875] Cfr. *ibidem*, pp. 176-177. Jaspers non intende creare una cesura netta tra gli argomenti trattati, anche perché intelligenza e demenza sono concetti che si legano naturalmente l'uno con l'altro, così come il metodo è sempre collegato all'oggetto al quale si riferisce. La classificazione che egli sceglie, nell'ambito della quale distingue tra "metodi individuali" e "acquisizione concettuale", è stabilita anche in contrasto ad altre possibilità che, pur essendo spesso efficaci, rischiano però di declinare la ricerca secondo una prospettiva troppo soggettiva.

[876] Per quanto riguarda le ricerche condotte da Jaspers a tal proposito e la relativa letteratura secondaria di cui egli si serve si veda *ibidem*, pp. 177-209. In queste pagine Jaspers riprende alcuni studi sull'intelligenza allora particolarmente significativi, come per esempio il "metodo di combinazione" di Emminghaus, i "tentativi di associazione" e le indagini sulla vita scolastica condotte da Rodenwaldt, ricordando le difficoltà spesso riscontrate per stabilire, in conformità ai test di intelligenza, una netta cesura tra gli stati normali e quelli patologici. Ancora, egli ricorda gli studi di Ziehen sui test di intelligenza somministrati ai bambini e le considerazioni di Wernicke in merito alle domande utilizzate nei test e dalle cui risposte si riteneva di potere dedurre eventuali difetti dell'intelligenza.

[877] Cfr. *ibidem*, p. 210.

[878] *Ibidem*, p. 210.

Jaspers problematizza, quindi, il concetto di demenza, che può essere facilmente frainteso se associato ad un decadimento generale e non, invece, ad un'anomalia delle singole funzioni dell'intelligenza. In questo senso, egli specifica di volersi concentrare sul disordine permanente provocato dalla demenza, che ne costituisce una caratteristica frequente: l'intenzione è quella di guardare alla demenza in relazione alle alterazioni delle prestazioni dell'intelligenza che la riguardano e che devono essere considerate nella loro originaria specificità, e non in funzione di altre anomalie psichiche da cui possono dipendere o alle quali possono essere legate. Jaspers, nonostante sia ben consapevole della difficoltà di potere sempre distinguere in modo netto i diversi quadri morbosi circoscrivendone ogni volta i disturbi, è altresì convinto della necessità di introdurre una qualche chiarezza terminologica in grado di evitare qualunque fraintendimento concettuale, e in questa prospettiva egli procede a distinguere i disturbi permanenti dell'intelligenza dai disturbi cosiddetti acuti. È importante, insomma, guardare ai disturbi dell'intelligenza distinguendoli dalle altre anomalie: in questo senso egli si accosta alla demenza considerandola proprio come un problema dell'intelligenza, e non come un disfacimento generale e generico. Per intelligenza egli intende "una somma di disposizioni" su cui si basa l'esercizio delle possibili prestazioni: nei casi di disturbo dell'intelligenza tali disposizioni vengono meno, ma talvolta questo viene scambiato per un disturbo acuto, e dunque si ritiene, erroneamente, che vi sia una vera e propria distruzione di tali disposizioni[879]. Vi è spesso, insomma, una qualche confusione che può compromettere l'attendibilità della ricostruzione delle dinamiche della vita psichica, rendendo difficile anche la delineazione, e dunque la cura, dei relativi disturbi. Ciò non esclude, però, che potrebbero esserci casi in cui una tale distinzione tra disturbi legati alla sfera dell'intelligenza e altri generi di disagi possa essere conseguita solamente al momento della cura: in realtà, però, non si ha ancora conoscenza di disturbi di tal fatta ma Jaspers, in virtù del suo atteggiamento antidogmatico e tendenzialmente contrario a classificazioni troppo rigide e definitive, non esclude che ciò possa in seguito verificarsi. Allo stesso modo, poi, egli ricorda anche i casi in cui l'idea di "demenza" può essere estesa a malattie organiche o a disturbi in cui non si riscontra, però, un danno permanente. Non mancano neanche situazioni in cui si determinano alterazioni permanenti che non rientrano in senso stretto nell'ambito della demenza, perché non direttamente legate alle funzioni dell'intelligenza. Non si deve dimenticare, infine, che, soprattutto nell'ambito delle malattie organiche, vi sono situazioni caratterizzate come demenza soltanto per analogia ma che in realtà possono essere guarite. Tutte queste incertezze e variabili mettono in guardia, dunque, dal rendere dogmatica la caratterizzazione della demenza come "disturbo permanente"[880].

Un'accezione così estesa e per molti versi ancora incerta della demenza spinge Jaspers a ricercarne, anche dal punto di vista storico, una possibile definizione tra quelle di uso più comune, e tra queste egli rimanda a Kraepelin, con riferimento all'ottava edizione del suo *Trattato di psichiatria*, dal quale riprende la definizione: «Con questa denominazione si riassumevano tutti gli stati nei quali erano presenti debolezza di memoria e di giudizio, povertà di idee, tranquillo istupidimento e perdita di autonomia nel pensare e nell'agire»[881]. D'altronde, Jaspers specifica che tale accezione corrisponde anche ad alcune precedenti considerazioni di Kraepelin, il quale aveva considerato la stessa "debolezza psichica" non come un "disturbo elementare" circoscritto ma come una modificazione dell'intera personalità psichica[882]. In questa accezione così allargata è insita, a dire di Jaspers, una certa problematicità, perché in questo modo a qualsiasi tipo di incapacità e di debolezza

[879] Cfr. *ibidem*, pp. 210-211.
[880] Cfr. *ibidem*, p. 211.
[881] *Ibidem*, p. 211. Jaspers si riferisce alla definizione della demenza che Kraepelin fornisce nell'ottava edizione del suo *Trattato*, che, come specificherò in seguito, presenta alcune variazioni in ordine alla classificazione del disturbo.
[882] Per approfondire quanto riportato da Jaspers e i relativi riferimenti bibliografici, che non rimandano soltanto a Kraepelin ma anche ad altre fonti, si veda *ibidem*, p. 211, nota 1 (e KJG I/3, cit., p. 522, nota 470).

mentale potrebbe essere attribuito il nome di demenza, che quindi potrebbe non essere più limitata soltanto ad un disturbo dell'intelligenza ma potrebbe comprendere anche altre anomalie, rischiando così di generare proprio quella confusione terminologica, e di conseguenza concettuale, che egli invece voleva in qualche modo evitare. Una definizione così ampia, del resto, rischiava anche di rendere vago il significato stesso della demenza, che quindi doveva essere in qualche modo circoscritto o almeno ricondotto ad alcune prestazioni specifiche, sebbene le innumerevoli sfumature connesse non rendessero poi tale operazione così semplice. Volendo mantenere un'accezione più ampia, è probabile che la demenza possa essere considerata come un «difetto permanente in qualche ambito delle prestazioni e delle capacità psichiche»[883], sebbene anche tale denominazione potrebbe risultare ancora troppo vaga.

In realtà, una concezione più estesa della demenza, come in parte sembrava essere anche quella di Kraepelin, pareva avere precisi radici storiche. Infatti, la tendenza a collegare la demenza ad un "difetto di qualsiasi tipo" ("Defekt irgenwelcher Art") si legava alla concezione "teleologica" in virtù della quale le caratteristiche degli esseri umani venivano definite guardando alle correlazioni tra le loro diverse funzioni. In questo contesto, "l'indirizzo teleologico", focalizzandosi sull'interazione tra le varie funzioni, guardava all'individuo inteso come unità complessa[884].

L'idea della demenza come disturbo che colpisce la persona nella sua totalità, e non in modo parziale, rappresenta un punto di vista emerso anche nell'ambito delle discussioni sulla cosiddetta "follia morale". Si tratta, del resto, di questioni che pongono l'attenzione sempre sui rapporti tra le parti e il tutto, per cui ci si chiede se la debolezza psichica riguardi solamente la parte colpita o si estenda all'intera persona.

Altrettanto problematici sono stati i dibattiti che hanno da sempre interessato l'anima e la sua struttura, intesa come unità originaria o come aggregato di parti: da qui sono derivate le diverse concezioni che hanno distinto i "disturbi dell'anima" (concentrandosi maggiormente sulle singole parti malate) e le "malattie dell'anima" (con particolare attenzione, invece, per l'anima nella sua totalità). In realtà, ciò che non bisogna mai tralasciare sono le interazioni tra le parti e il tutto, così come quelle tra le diverse funzioni che interessano un determinato processo psichico, del quale Jaspers ribadisce, sostanzialmente, l'unità: «I processi psichici formano la medesima unità peculiare che gli organismi hanno in ambito fisico: ogni parte è condizionata dalla totalità e a sua volta la condiziona. Nessuna parte può subire mutamenti senza che questo mutamento si traduca in un mutamento della totalità»[885]. L'analisi di questa unità intesa in senso teleologico, cioè come complesso tendenzialmente armonico, può avvenire in vari modi e coinvolge diversi aspetti che si incrociano senza escludersi a vicenda. Dal punto di vista metodologico occorre distinguere i diversi concetti, senza per questo perdere di vista l'unità complessiva. Ciò appare necessario anche in relazione alle classificazioni psicologiche poste alla base dei vari concetti di demenza e delle diverse funzioni dell'intelligenza.

Una classificazione che circoscrive i concetti senza però distaccarli dalla totalità complessiva alla quale si riferiscono è un'analisi cosiddetta per "tipi", un concetto che Jaspers introduce qui e che, come mostrerò a breve, sarà centrale anche nell'ambito della classificazione nosologica elaborata nella *Psicopatologia generale*: «Esiste un "metodo" particolare per effettuare tali analisi e fissare i tipi. Ciò che si ottiene in questo modo non è "giusto" nel senso di una riproduzione raffigurativa della realtà, ma è soltanto utilizzabile

[883] K. Jaspers, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, cit., p. 212.

[884] Cfr. *ibidem*, pp. 212-213. A proposito di queste concezioni della demenza, Jaspers fa riferimento alle teorie che la caratterizzano, tra l'altro, come perdita di alcuni elementi considerati essenziali anche per il riconoscimento sociale delle capacità individuali. Tuttavia, a suo dire questi elementi smarriti non sono lì adeguatamente esplicitati, in quanto si fa riferimento generale soltanto ai difetti della memoria, alla debolezza affettiva e a quella di giudizio.

[885] *Ibidem*, pp. 213-214.

come un sistema di formazioni concettuali alla cui formazione per un verso collabora, certamente, l'osservazione, mentre per altro verso l'osservazione individuale viene di nuovo misurata per suo tramite. Troviamo tali analisi e costruzioni dappertutto, anche se ciò viene raramente assicurato, nei lavori sull'intelligenza e sulla demenza. Un'esecuzione sistematica di tali analisi, se non si tratta di un mero accumulo di tentativi già fatti, ma di una dimostrazione delle loro relazioni, in modo tale da fare emergere un sistema, non nel senso della completezza - avrebbe moltissime lacune - ma nel senso che nulla sarebbe estraneo all'altro, sarebbe un metodo proprio dello sviluppo dei concetti di demenza e un valido aiuto per la comprensione dei risultati delle prove di intelligenza. In tutte le analisi psicologiche si deve ora avere presente la differenza, naturale ma fondamentale, rispetto a tutte le analisi che si svolgono in ambito fisico, dal momento che in quest'ultimo gli elementi possono essere separati in senso spaziale, mentre in ambito psicologico vi è soltanto la duplice possibilità o di osservare separazioni temporali, quando il medesimo individuo presenta in tempi diversi manifestazioni psicologiche diverse, o di confrontare individui diversi. Inoltre, l'analisi ha luogo nel flusso complessivo unitario, in nessun modo realmente separabile, della coscienza. Se non si ha presente questo contrasto, allora è facile fare all'analisi psicologica richieste impossibili o criticare, in modo dispregiativo, i contributi di tale analisi, dal momento che si confrontano, senza rendersene conto e in modo ingiusto, con le separazioni che avvengono in ambito fisico»[886]. Lo scopo di Jaspers non è dunque, procedere ad una rappresentazione esatta della realtà, ma, piuttosto, elaborare uno schema di massima che possa essere utile per orientarsi e per evitare qualunque confusione concettuale, mantenendosi però sempre al di fuori da qualunque pretesa dogmatica tesa a ricondurre ogni malattia entro un rigido quadro di riferimento clinico. Qui emerge già la sua sostanziale contrarietà rispetto ad ogni rigida classificazione dei fenomeni psichici, che hanno una peculiarità specifica rispetto ai processi fisici, appartenendo all'interiorità dell'individuo e dunque non essendo certamente, come questa, frammentabili in unità distinte e indipendenti. È vero che, nel caso specifico, Jaspers riconduce la demenza ad un disturbo dell'intelligenza, in contrasto con ogni teoria troppo generica: ma si tratta di circoscrivere tale disturbo a fini soltanto metodologici (e, se si vuole, in parte eziologici), al di là di qualunque improbabile tentativo di costruire un quadro clinico chiuso e rigido.

Jaspers si sofferma, poi, sul concetto di "disturbo mentale parziale", secondo il quale un disturbo mentale non deve necessariamente coinvolgere tutte le funzioni e le caratteristiche dell'anima, come appare più chiaro guardando, per esempio, all'ambito fisico. Nel caso di un organo malato, infatti, esso può ammalarsi in alcune parti o nella sua totalità; ma anche nei casi in cui il disturbo è più circoscritto rimane sempre, però, un riferimento generale all'organismo complessivo. Nell'indagine sui "disturbi mentali parziali" ci si interroga sulla relazione che intercorre tra la parte malata e la totalità dell'organismo, nel senso che ci si chiede come una funzione mentale possa ammalarsi e quali siano le conseguenze per la vita psichica complessiva. Non è facile, in definitiva, individuare una linearità di tipo semplicemente causale e consequenziale tra la malattia e ciò che ne deriva, dal momento che le dinamiche psichiche sono così intrecciate che non è sempre possibile stabilire con sicurezza se ad essere "difettosa" è la vita emotiva, e dunque tutto il resto ne è conseguenza, oppure se l'anima si è modificata nella sua totalità e le alterazioni della vita emotiva ne sono soltanto la manifestazione[887].

Tale questione introduce un tema complesso, che fa emergere la netta divergenza tra l'indagine psichica e quella fisica. Da un punto di vista fisico, infatti, è certo più facile circoscrivere e ricostruire i fenomeni secondo un ordine cronologico coerente. In ambito psichico e psicologico, invece, la questione appare assai più complicata, in quanto non è sempre possibile stabilire una separazione spaziale e temporale tra i diversi elementi, dato che essi vengono compresi nell'ambito di un unico fenomeno complessivo. Occorre essere

[886] *Ibidem*, p. 214.
[887] Cfr. *ibidem*, p. 215.

cauti, dunque, nella definizione e nella considerazione, in ambito psichico, di qualunque disturbo apparentemente isolato. Mentre il disturbo fisico può essere in qualche modo localizzato e isolato, nel senso che se ne possono ricostruire la genesi, l'eziologia e l'evoluzione, così da potere separare con una qualche certezza gli stati patologici dai processi normali, nel caso del disturbo psichico, invece, è assai più complesso capire il momento esatto in cui esso sorge e circoscriverlo in termini spaziali, riconducendolo, cioè, ad una determinata prestazione. In questo senso è certo più complesso cogliere l'"essenza" dei disturbi psichici, così come, d'altra parte, quella dei processi psichici normali: non vi è, infatti, una spiegazione causale in grado di coglierle in sé per sé, ma è possibile soltanto cogliere le "connessioni" tra i fenomeni psichici mediante una sorta di "astrazione psicologica". Tale "astrazione psicologica" studia e separa i processi psichici attraverso la "comprensione" delle loro connessioni. L'errore scaturisce, allora, quando si pretende di trasferire i metodi dell'indagine prettamente fisico-naturale nell'ambito della dimensione psichica. L'analisi psicologica deve mantenere, invece, le proprie peculiarità, anche perché se ci si limita, come nel caso di un'improduttiva confusione tra ambiti diversi, ad una concezione "complessiva dell'anima" lo stesso concetto di demenza non potrà che risultare confuso[888].

Risulta interessante qui, al di là delle considerazioni più specifiche, questo primo accenno all'idea di "connessione" tra i processi psichici, convinzione che in una certa misura anticipa i successivi studi di Jaspers. Porre l'accento sulle "connessioni" permette, infatti, di evitare la sovrapposizione tra fisico e psichico, cogliendone, invece, le interazioni sempre nel rispetto delle loro ineludibili specificità: «Nell'analisi della vita dell'anima ci si trova sempre dinnanzi a un duplice punto di vista della considerazione: si comprendono i processi psichici per analogia con l'accadere meccanico e si vede tale accadere meccanico in un certo qual modo come uno strumento nelle mani di una personalità. Il corso meccanico e l'attività stanno l'uno di fronte all'altra ma non come essenze separate, ma in stretta implicazione reciproca. L'attività agisce sull'accadere meccanico e l'accadere meccanico ha conseguenze per l'attività. Non si tratta di funzioni diverse, ma di punti di vista diversi, la cui applicazione, però, è ogni volta più o meno richiesta secondo il tipo di fenomeno psichico»[889]. Così Jaspers, dopo avere esplicitato la necessità di prendere in considerazione una "seconda serie di metodi" in grado di "comprendere" le dinamiche psichiche e dopo avere esposto le difficoltà connesse ad una rigida quanto improbabile delimitazione di ogni fenomeno psichico, si sofferma sul "doppio punto di vista" che si deve assumere dinanzi alle dinamiche psichiche. A tale complessità metodologica deve corrispondere un duplice punto di vista in grado di rendere possibile tanto spiegare i processi meccanici delle dinamiche spirituali quanto comprendere in senso più ampio e complessivo la personalità individuale. Per questo Jaspers dedica l'ultima parte di questo scritto ai concetti di "meccanismo" e di "personalità" che in qualche modo emergono con evidenza anche nell'ambito della somministrazione dei test di intelligenza.

Infatti, considerando l'intelligenza da un punto di vista strettamente meccanico ci si imbatte prima di tutto in una serie di prerequisiti e di caratteristiche fisiche di base, come per esempio il grado di fatica e la capacità di esercizio, che rimandano ad alcuni riferimenti della psicologia sperimentale promossa da Kraepelin e volta a conseguire, nell'analisi delle prestazioni, risultati più quantitativi che qualitativi[890]. L'aspetto meccanico emerge, inoltre, anche quando si guarda alle associazioni che si sviluppano naturalmente e con diverse modalità, dalla combinazione di idee alle cosiddette dinamiche contrastanti[891]. Tuttavia,

[888] Cfr. *ibidem*, pp. 215-216.
[889] *Ibidem*, p. 216.
[890] Per quanto riguarda i riferimenti a Kraepelin e ai suoi lavori psicologici rimando a KJG I/3, cit., p. 522, nota 477.
[891] Cfr. K. Jaspers, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz.Kritisches Referat*, cit, p. 217. Interessante è il confronto tra ciò che avviene dal punto di vista meccanico e ciò che, contemporaneamente, corrisponde alle intenzioni della persona che agisce: per esempio, quando si vuole prendere in mano un oggetto

una qualche problematicità viene fuori già quando ci si chiede come mai, tra le infinite associazioni possibili, se ne realizzino proprio alcune e non altre. Si potrebbe dire che si tratta di un meccanismo innato, poi sviluppato attraverso l'esercizio, sul quale si basa la stessa intelligenza. In tale meccanismo si possono distinguere tre elementi: la massa delle rappresentazioni e dei concetti presenti nella memoria, le varie possibilità delle loro combinazioni e la capacità di selezionare ogni volta le associazioni più appropriate. Su questi elementi possono intervenire alcune variazioni, spesso dovute all'influenza dall'ambiente e alla capacità di apprendimento individuale, così che la gamma delle possibili combinazioni si amplia ulteriormente. Se si considera l'intelligenza soltanto da tale punto di vista meccanico, allora la sua capacità consiste nel discernere tra le associazioni in modo da scegliere quelle effettivamente possibili. In realtà, però, sull'intelligenza in sé, intesa cioè come più ampio e complesso "apparato funzionale", non si hanno conoscenze approfondite, pertanto la sua più o meno corretta funzionalità si può dedurre solamente dalle sue prestazioni: per questo si devono determinare i "tipi di prestazione" e si devono stabilire i valori medi e ideali attraverso i quali misurare le funzionalità, così da poter poi decidere se si è dinanzi a casi di normale intelligenza o di demenza. In tale prospettiva l'intelligenza può essere analizzata in un modo in un certo senso oggettivo, cioè secondo le sue prestazioni e in base agli scopi che essa raggiunge: si possono così delineare diversi tipi di intelligenza, da quella "teorica" a quella "pratica" e così via[892].

Ma, al di là di tali, in qualche modo accertati, processi meccanici, vi è, però, anche una serie di altri elementi, come appunto la "personalità", la "volontà", l'"attività" e così via, che non sono meno importanti e che dunque devono essere presi in attenta considerazione[893]. Per esempio, se non ci fosse la volontà non funzionerebbe neppure il migliore apparato nervoso e muscolare, né gli strumenti dell'intelligenza potrebbero risultare funzionali se non si rapportassero a scopi legati alle esigenze della personalità[894]. Si tratta, dunque, di un orizzonte ulteriore il cui studio non può essere condotto, come nell'altro caso, secondo il metodo della spiegazione causale: proprio questo costituirà l'oggetto specifico della *Psicopatologia generale*, che anche nel succedersi delle diverse edizioni mostrerà il progressivo accentuarsi di tale interesse jaspersiano.

Jaspers intende considerare in modo adeguato la relazione tra personalità e intelligenza, dal momento che nell'ambito della prima vi sono disposizioni individuali e un sistema valoriale di riferimento che certamente influiscono e stimolano l'intelligenza e le relative prestazioni. Gli obiettivi che si perseguono sono sempre in qualche modo influenzati dalla personalità individuale, oltre che dalle singole abilità che si considerano diretta espressione dell'intelligenza[895]: si evince, allora, come le dinamiche della personalità siano molto più complesse delle semplici esecuzioni meccaniche determinate da specifiche funzioni dell'intelligenza.

Il problema, è, allora, applicare i test di intelligenza tenendo conto anche della personalità e della volontà e considerando, quindi, anche la "storia dell'individuo": elementi che non sempre sono stati adeguatamente considerati, secondo Jaspers, nell'ambito delle ricerche passate. In questo senso, per esempio, la psicologia potrebbe aiutare a tenere insieme tale complessità strutturale dell'individuo[896].

---

da una parte vi è l'intenzione del soggetto, il quale, guidato dal proprio impulso, realizza la sua volontà, mentre dall'altra l'atto di prendere l'oggetto corrisponde, a livello meccanico, ad un processo muscolare. Si sviluppano, così, un'interazione e un'analogia di fini tra l'azione meccanica e l'impulso ad agire in un determinato modo.

[892] Cfr. *ibidem*, pp. 217-218.

[893] Cfr. *ibidem*, p. 218.

[894] Cfr. *ibidem*, p. 218.

[895] Per quanto riguarda il concetto di personalità e le principali accezioni secondo cui è stata intesa in passato, con particolare riferimento agli impulsi, ai fini e ai valori che ad essa si legano, cfr. *ibidem*, pp. 218-227.

[896] Cfr. *ibidem*, pp. 221-227. Si veda, a tal proposito, tra i numerosi rimandi alle ricerche di altri autori, il riferimento alla scuola psicologica di Würzburg e alla distinzione tra "sensazioni" e "atti": qui si distingue tra ciò che è soltanto meccanico e quanto invece dipende anche dall'intenzione e dalla volontà del soggetto.

Alla luce di tale complessità dello psichico si comprende, poi, anche la difficoltà di stabilire le forme e i gradi di follia. Da questo punto di vista, i "tipi" di demenza possono essere meglio delineati nella duplice prospettiva offerta dal metodo "psicologico" e da quello "clinico": «Mentre il grado può essere determinato sempre soltanto da punti di vista puramente psicologici, i tipi di debolezza mentale vengono ricercati in due modi, dei quali si deve innanzi tutto sottolineare in modo deciso la differenza, laddove forse un giorno essi condurranno al medesimo risultato: il modo psicologico e quello clinico. La differenza consiste nel fatto che la divisione psicologica della debolezza mentale in tipi si basa sul particolare isolamento di un punto di vista, mentre la suddivisione clinica opera nello stesso tempo anche con relazioni eziologiche, prognostiche e di altro tipo e, per la formulazione dei suoi tipi, prende in considerazione l'intera sintomatologia alla quale fa riferimento la debolezza di mente. Così sono ricavate le descrizioni cliniche dell'aspetto dei tipi di demenza comuni a ognuno: demenza paralitica, alcolica, epilettica, senile, i tipi di stati finali che Kraepelin descrive etc.»[897].

Lo scopo di tale studio dei metodi di determinazione dell'intelligenza è stato, per Jaspers, proprio quello di avvicinarsi alle forme della demenza da un punto di vista clinico, in modo da poterle indagare "più da vicino"[898]. Tuttavia, i risultati raggiunti non sono stati, per il giovane psicopatologo, soddisfacenti né hanno reso possibile un'analisi più dettagliata ed esaustiva delle forme cliniche della demenza. Forse, come ha sostenuto egli stesso, l'obiettivo che si era posto era troppo ambizioso e quel che se ne poteva ricavare, in questa fase, era soltanto una prima problematizzazione del concetto di intelligenza, che però poteva comunque costituire la base per future indagini sui tipi di demenza clinica. Uno sviluppo ulteriore sarebbe stato possibile, però, soltanto attraverso la conoscenza dei tipi di intelligenza compresi in senso psicologico[899]. Con questo rimando alla psicologia e ai tipi di intelligenza delineati attraverso tali studi, Jaspers chiude il lavoro con la consapevolezza di avere posto l'accento su molti aspetti problematici senza per questo averli in qualche modo risolti. Egli non aspirava, d'altronde, ad una soluzione sistematica ed esaustiva della materia trattata ma voleva offrire, piuttosto, una riflessione critica e, se si vuole, un'alternativa all'impostazione clinica allora vigente.

Tale scritto rivela già ampiamente l'idea jaspersiana di scienza, e di scienza psichiatrica in particolare, intesa come un sapere che non può mai essere reso in forma sistematica e definitiva. La varietà dei test di intelligenza così come, più in generale, le diverse modalità di indagine psichiatrica hanno mostrato l'apertura che una tale prospettiva deve mantenere, pena il suo snaturarsi in forme dogmatiche e limitate. L'intelligenza non rappresenta che un esempio dell'impossibilità di potere cogliere in modo totale e di definire in modo sistematico un determinato concetto psichico: non ci sarà mai, con buona probabilità, una definizione univoca dell'intelligenza, ma soltanto "tipi" di intelligenza variamente declinati e caratterizzati. Al di là degli argomenti specifici e dei numerosi riferimenti letterari, questo scritto da una parte mostra il diverso approccio di Jaspers nei confronti dello psichico e, più in generale, la sua differente concezione nosologica e metodologica rispetto all'impostazione clinico-descrittiva di matrice kraepeliniana, e dall'altra presenta per la prima volta l'esigenza di un approccio duplice, cioè, per così dire,

---

Interessanti, infine, anche i riferimenti alle agnosie e alle afasie, con particolare riguardo alle teorie, a tal proposito, di Meynert, Wernicke e Liepmann.

[897] *Ibidem*, pp. 225-226. Nel delineare i "tipi di demenza", Jaspers considera anche le classificazioni di Kraepelin, con particolare riferimento proprio al concetto di "*demenza praecox*" (cfr. KJG I/3, cit., p. 524, nota 496).

[898] Cfr. K. Jaspers, *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, cit., p. 226.

[899] Cfr. *ibidem*, pp. 226-227. Secondo Jaspers, chi affronta il tema dell'intelligenza deve necessariamente conoscere le ricerche condotte, a tal proposito, fino a quel punto; egli elenca i tipi di intelligenza classificati dagli psicologi e sottolinea, per esempio, la rilevanza delle ricerche di Wundt, che distingue tra vari tipi di talento (per esempio: "osservativo", "investigativo" o "speculativo"), tra i quali quello "negativo" corrisponderebbe, poi, allo stato di demenza.

esplicativo-causale e comprensivo-immedesimativo, per cogliere la dimensione psichica: sarà proprio la prospettiva che Jaspers assumerà, in modo più deciso e argomentato, nella *Allgemeine Psychopathologie*.

Nell'opera appena ricordata, in particolare nel capitolo dedicato alla "Psicopatologia delle prestazioni", Jaspers dedica un paragrafo all'intelligenza[900], che egli intende come «l'insieme di tutte le doti, di tutti gli strumenti che sono utili per una qualche prestazione nell'adattamento ai compiti della vita e che vengono impiegati in modo appropriato allo scopo»[901]. Essa è considerata, quindi, come "prestazione" e viene approfondita da Jaspers soprattutto in senso metodologico, nel senso che in queste pagine egli riprende il discorso relativo all'"esame dell'intelligenza" chiedendosi come si possa "giudicare" l'intelligenza dell'individuo. Essa si valuta «sempre solo dalle prestazioni *effettive*, constatate e dal modo con cui si comporta in varie occasioni di fronte a compiti da risolvere»[902], sebbene non basterebbe una vita intera per far sì che si manifestino tutte "le disposizioni intrinseche dell'intelligenza". Il metodo usato consiste, allora, nel cercare di conoscere le esperienze di vita e le prestazioni dell'individuo, un'indagine che viene sviluppata attraverso veri e propri "esami" fondati sul "colloquio" diretto. Vengono poste, quindi, specifiche domande utili al fine richiesto e spesso ad esse si accompagnano richieste di esecuzione di determinati compiti, anch'essi in qualche modo ritenuti funzionali rispetto agli scopi preposti[903]: «Il risultato delle esperienze fatte finora con gli esami della intelligenza è che per ogni tipo di attitudine si può ottenere un criterio solo se esistono prestazioni che le siano particolari. Così dai risultati […] tenendo conto di tutte le informazioni (anamnesi, conversazioni, prove sperimentali) possiamo farci un'idea dell'intelligenza di un individuo, ma non saremo in grado di giudicarlo definitivamente per tutte le situazioni e tutti i compiti possibili. Un esame dell'intelligenza che permetta in età giovanile di giudicare per quale professione o prestazione un individuo sia adatto, è soltanto utopia, a meno che non si tratti di prestazioni tecniche relativamente semplici, o di sole proprietà dell'apparato psicofisico. Solo i successi e gli insuccessi che si producono nel corso dell'esistenza e che avvengono talvolta in modo completamente inaspettato, permettono un ulteriore giudizio»[904].

Definire l'idea di intelligenza è molto importante, inoltre, anche per delineare il concetto di demenza, intesa proprio come disturbo dell'intelligenza. In primo luogo Jaspers afferma che è necessario distinguere tra le "premesse dell'intelligenza", il "patrimonio intellettuale" e "l'intelligenza propriamente detta"[905]: «Sono *premesse* necessarie dell'*intelligenza* la capacità di fissazione e la memoria, il grado di affaticamento, il meccanismo dei fenomeni motori e del linguaggio etc.»[906]. Tali capacità sono state spesso identificate con l'intelligenza stessa, dal momento che molto spesso i disturbi legati ad esse non permettono all'intelligenza di svilupparsi e di emergere: ma in questi casi la causa non è da ricondurre all'intelligenza in sé, ma ad un disturbo legato ad una specifica funzione, che ha poi come conseguenza un inadeguato sviluppo dell'intelligenza. Invece, per "patrimonio intellettuale" si intendono le "conoscenze" vere e proprie, spesso anch'esse

---

[900] Jaspers nell'edizione del 1913 dedica il quinto capitolo, *Das Ganze des Seelenlebens: Intelligenz und Persönlichkeit*, ad alcune riflessioni sull'intelligenza, con riferimento anche al suo scritto del 1910 (cfr. Id., *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 234-241). Dalla quarta edizione l'argomento è ripreso e posto nella sezione dedicata alla "Psicologia delle prestazioni", come si può riscontrare anche nella traduzione italiana (cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 168-242). Per il paragrafo dedicato all'intelligenza cfr. *ibidem*, pp. 233-242, alle quali faccio riferimento.

[901] *Ibidem*, p. 233.

[902] *Ibidem*, p. 241.

[903] Cfr. *ibidem*, p. 241.

[904] *Ibidem*, pp. 241-242. Per approfondire l'esame dell'intelligenza da parte di Jaspers e le caratteristiche da lui considerate, anche alla luce dell'influenza di Bleuer, cfr. *ibidem*, pp. 241-242. Jaspers distingue tra l'esame vero e proprio e in qualche modo definitivo dell'intelligenza e la possibilità di individuare doti ulteriori che possono orientare le scelte di vita.

[905] Cfr. *ibidem*, p. 233.

[906] *Ibidem*, p. 233.

impropriamente scambiate per l'intelligenza in sé, se non altro perché si pensa dipendano dalla capacità di apprendimento, che sembra legata al quoziente intellettivo. In realtà, però, Jaspers sottolinea come l'apprendimento sia determinato anche da altri fattori, per esempio gli interessi individuali, il contesto circostante, il percorso educativo e scolastico e così via: «Dalla presenza di un vasto patrimonio intellettuale si può dedurre l'esistenza di quelle capacità necessarie per l'acquisizione di quanto è riproducibile in modo puramente mnemonico. Ma esiste tuttavia una grande indipendenza tra l'intelligenza propriamente detta (capacità di giudicare) e la semplice capacità di apprendere. Si possono imparare forme di pensiero molto complicate, e tale capacità di apprendere viene spesso scambiata con l'intelligenza»[907]. In realtà, però, tale analogia non è supportata neppure dal punto di vista scientifico, perché «in psicopatologia il confronto del patrimonio di cognizioni con le scarse capacità esistenti in un determinato momento, può essere talvolta la prova di un deficit acquisito, piuttosto che di una deficienza mentale congenita, nella quale le cognizioni e le capacità mentali stanno generalmente in un rapporto più comprensibile. La scarsità di cognizioni è generalmente un segno di deficienza mentale, mentre al contrario, la ricchezza di cognizioni non è, di per sé stesso, un segno di intelligenza»[908]. Definire l'intelligenza è, dunque, molto complicato, dato che essa si manifesta in modo vario e multiforme, comprendendo diverse capacità e prestazioni che intervengono con modalità differenti secondo le circostanze e le peculiarità di ciascun individuo. Jaspers distingue, innanzi tutto, tra la «*intelligenza pratica*, che in ogni momento, dalle innumerevoli possibilità, sa scegliere cosa sia la cosa giusta e si adatta rapidamente ai nuovi compiti»[909], e la «*intelligenza teorica*, che in certi momenti si comporta in modo tale da sembrare deficiente, ma che in un lavoro tranquillo è capace di prestazioni corrette, giuste e veramente fruttuose»[910]. Dal punto di vista strettamente clinico, però, l'intelligenza viene analizzata secondo parametri relativi alle specifiche funzioni, per esempio la "capacità di giudizio", il "modo di pensare", la "capacità di cogliere l'essenziale", a partire dai quali si può in qualche modo cogliere la relazione che l'individuo stabilisce con le proprie "idee" e con i propri "punti di vista"[911].

Una definizione generale dell'intelligenza non sembra dunque possibile, dal momento che più che una chiarificazione esaustiva si potrà ottenere sempre e soltanto un'analisi circoscritta a determinate caratteristiche della stessa. Già nel *Referat* del 1910 l'intenzione di Jaspers era stata quella di focalizzare l'attenzione sull'utilità che l'esame dell'intelligenza può avere al fine di comprendere determinati disturbi mentali: è su questi ultimi che egli si concentra anche nella *Psicopatologia generale*, dove tratta anche della demenza, considerandola proprio tra i disturbi dell'intelligenza. Quest'ultima è intesa come "disposizione intrinseca permanente", mentre la demenza come "deficit permanente"[912]. A quest'ultimo proposito egli distingue la "debolezza mentale congenita" dalla "debolezza acquisita per un processo morboso": nel primo caso si tratta di un disturbo spesso legato ad "oscillazioni della produttività", ovvero di un disturbo, spesso transitorio, che provoca fasi di depressione o di "ipomania". Infatti, quando si manifesta un calo di produttività, reso evidente dalla difficoltà di concentrazione, dalla scarsa attenzione o dalla cattiva efficienza intellettuale, il soggetto non riesce più a cogliere pienamente il significato di ciò che lo circonda e si chiude in se stesso, concentrandosi su di sé e sul proprio lavoro, senza più

[907] *Ibidem*, p. 233.
[908] *Ibidem*, pp. 233-234.
[909] *Ibidem*, p. 235.
[910] *Ibidem*, p. 235.
[911] Cfr. *ibidem*, p. 235. Come infatti specifica Jaspers, «chi di fronte ad un compito difficile dichiara di non capire o di non saper fare una cosa, ci sembra più intelligente di colui che si ferma su un dettaglio secondario, o trova delle scuse o si inquieta. Inoltre, accanto alla capacità di giudicare, sono caratteristiche la *spontaneità* e l'*iniziativa*. Qualcuno può, se sollecitato, dimostrarsi molto abile nei suoi giudizi, mentre se lo si abbandona a se stesso può restarsene apatico e torpido» (*ibidem*, p. 235).
[912] Cfr. *ibidem*, p. 236.

riuscire ad averne, però, una visione d'insieme. In questi soggetti vengono meno, in altri termini, le cosiddette "idee spontanee", che rappresentano certamente un fulcro significativo della vita individuale e le permettono di interagire con la collettività. Al contrario, si può verificare anche un eccesso di produttività e di attività creativa, dovuto ad un'alterazione non tanto dell'intelligenza ma proprio della capacità strettamente produttiva, per cui si assume un atteggiamento caratterizzato dalle ipomanie[913]. Tali "oscillazioni di produttività" sono legate alla demenza perché «da questa riduzione della produttività in presenza di un'intelligenza riproduttiva e concreta, attraverso una serie di attitudini decrescenti, si giunge ai gradi più bassi della debolezza mentale, passando per la stupidità e la ristrettezza mentale. I primi gradi si chiamano debolezza mentale, quelli medi imbecillità, quelli più gravi idiozia. Si tratta di uno sviluppo più povero della vita psichica in tutte le direzioni, di una scarsa differenziazione, che può essere intesa come una variazione della disposizione umana verso le regioni inferiori alla media. Al livello più basso la vita psichica somiglia sempre più a quella animale. Gli istinti necessari alla vita hanno sempre uno sviluppo normale, ma tutta l'esperienza resta bloccata su singoli eventi sensoriali, non si apprende nulla di nuovo, non si afferrano altri concetti, per cui non è possibile alcuna attività che richieda l'elaborazione di un piano»[914]. Pertanto, la vita dei soggetti affetti da "demenza mentale congenita" è sostanzialmente limitata all'associazione casuale di sensazioni per lo più circoscritte alla vita quotidiana.

Differente è, invece, la "demenza acquisita per un processo morboso", nell'ambito della quale Jaspers distingue due forme, la "demenza organica" e la "demenza schizofrenica"[915]. Sebbene dal punto di vista psicologico non sia possibile distinguere la demenza congenita da quella organica, tuttavia è possibile operare una distinzione su altri piani, dai quali emergono differenze che riguardano non solo le prestazioni danneggiate ma anche il decorso della malattia: «La demenza organica acquisita, nei suoi diversi tipi, si deve distinguere tanto dalla debolezza mentale congenita quanto dal deterioramento schizofrenico. Il processo organico in genere distrugge principalmente, per un vasto raggio le premesse della intelligenza, ossia la memoria e la capacità di fissazione, spesso anche l'apparato del linguaggio»[916]. Ciò è quanto si vede, per esempio, nei casi di demenza senile, in cui il paziente sembra avere dimenticato la propria vita e, sebbene il suo atteggiamento e le sue maniere rispecchino per buona parte le abitudini acquisite prima della malattia, egli manifesta chiare difficoltà nell'articolazione verbale e dunque una certa fatica a farsi comprendere. Inoltre, «in altri casi di demenza arteriosclerotica, paralitica ed in gradi elevati di demenza epilettica, il processo cerebrale determina il decadimento graduale dell'intera intelligenza»[917]: ne deriva un declino delle facoltà critiche, così come della capacità di comprensione, per cui i malati si ritrovano in balia delle loro percezioni, sostanzialmente privi di contatto con la realtà e di qualsiasi spirito di iniziativa, cosa che nei peggiori casi conduce anche a veri e propri stati vegetativi.

A differenza di quanto avviene nell'ambito delle "debolezza mentale congenita", nelle demenze organiche è tipica l'assenza di ogni consapevolezza del proprio disturbo: «Solo quando il processo organico si limita essenzialmente alle premesse dell'intelligenza (memoria ecc.), si ha un'intensa coscienza della malattia (per es. nella arteriosclerosi). In contrasto con la demenza paralitica, la demenza senile e quella arteriosclerotica sono accompagnate inizialmente da un vivo senso del proprio regresso»[918]. Nella "demenza organica" emerge, poi, la grande difficoltà di distinguere l'intelligenza dalla personalità, e dunque di differenziare i disturbi relativi ai due ambiti: ciò è ancora più evidente nella "demenza schizofrenica" (che corrisponderebbe alle "*demenza praecox*"), che proprio per

[913] Cfr. *ibidem*, pp. 236-239.
[914] *Ibidem*, p. 236.
[915] Cfr. *ibidem*, pp. 238-239.
[916] *Ibidem*, p. 238.
[917] *Ibidem*, p. 238.
[918] *Ibidem*, p. 238.

questo è ancora più difficile da cogliere attraverso l'esame dell'intelligenza. Infatti, in casi di demenza di questo tipo, spesso diagnosticata proprio agli "internati" nei manicomi, non è escluso che l'intelligenza resti inalterata e che si tratti, piuttosto, di vere e proprie disfunzioni della personalità; per questo sarebbe importante, anche per una diagnosi più precisa, riuscire a differenziare meglio tra le qualità proprie della personalità e quelle dell'intelligenza. Nella demenza schizofrenica «non si trova alcun deficit della memoria e delle altre premesse dell'intelligenza, alcuna perdita delle cognizioni, ma soltanto un'alterazione del pensiero e delle azioni, che si indica generalmente con i termini di insulso ed ebefrenico. Si tratta di un deficit del senso dell'essenziale, per lo meno di ciò che è essenziale nel mondo comune, oggettivo, empirico, reale. Gli schizofrenici sono stati caratterizzati per la loro mancanza di contatto con la realtà, e ad essi sono stati contrapposti i paralitici, che, pur con gravissimi deficit, mantengono tuttavia un contatto con la loro realtà […]»[919]. Tuttavia, al di là delle incertezze relative ad una più netta distinzione tra intelligenza e personalità, «la differenza tra l'organico e lo schizofrenico è certa: il primo è pur sempre naturale in tutta la sua rovina mentre il secondo è alienato. Negli schizofrenici si aggiunge in molti casi una perdita della spontaneità, un distacco crepuscolare, che può essere interrotto solo con una sollecitazione esterna, ma allora in modo veramente sorprendente»[920].

Quest'ultima tipologia corrisponde alla descrizione del tipo di demenza studiata e approfondita soprattutto da Kraepelin, che l'aveva identificata come "*demenza praecox*": tale malattia diventerà oggetto di ulteriori approfondimenti soprattutto grazie al contributo di Eugene Bleuler (1857-1939), il quale, nel 1911, la denominerà "schizofrenia", avviando studi più approfonditi e focalizzati, soprattutto, sulla "scissione" della personalità e sui disturbi ad essa connessi[921].

La descrizione della demenza risulta molto complessa in quanto, come si è visto già nell'ambito di questa prima riflessione di Jaspers, implica sfumature diverse che non ne rendono sempre possibile la classificazione. Tuttavia, al di là di ogni sua possibile schematizzazione, che comporterebbe comunque complicate questioni di natura medica che qui, ovviamente, non sarebbe possibile affrontare, le prime riflessioni in merito di Jaspers risultano in qualche misura utili e funzionali sia per chiarire alcuni aspetti metodologici che per un più diretto confronto con la concezione della malattia di Kraepelin, al quale, tra l'altro, egli stesso rimanda in più occasioni. È adesso opportuno, pertanto, approfondire alcuni aspetti nosologici e metodologici della psichiatria e della psicopatologia di Jaspers e di Kraepelin attraverso un'analisi, per così dire, parallela e comparata della *Psicopatologia generale* e del *Trattato di psichiatria*[922]. Se Griesinger si era maggiormente concentrato sull'interpretazione sintomatologica della malattia, Kraepelin ne ha approfondito, invece, l'aspetto clinico, con il preciso scopo di conferire

---

[919] *Ibidem*, p. 239.

[920] *Ibidem*, p. 239. Jaspers distingue i deficit legati all'intelligenza dalle alterazioni di altra natura (cfr. *ibidem*, p. 240).

[921] Cfr. *ibidem*, p. 237. Per la demenza e le sue molteplici interpretazioni storiche rimando a J. Garrabé, *Histoire de la Schizophrénie*, Paris, Seghers, 1992 (in questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di M. Alessandrini: *Storia della schizofrenia*, Roma, Magi, 2001). Jaspers analizza, nei riferimenti appena segnalati, la demenza in relazione, più in generale, ai disturbi dell'intelligenza. Egli riprende poi il concetto di schizofrenia nelle parti successive della *Psicopatologia*, quelle relative alla nosologia, come mostrerò a breve. Inoltre, la schizofrenia è trattata anche nei suoi studi patografici, tra i quali rimando a *Genio e follia*, cit.
Per approfondire il passaggio dalla *demenza praecox* alla schizofrenia cfr. E. Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin, Springer, 1955 (traduzione italiana, a cura di C. Mainoldi: *Trattato di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1967); E. Bleuer, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig/Wien, Deuticke, 1911 (traduzione italiana, a cura di A. Schiacchitano: *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, Sacile (PN), Polimnia, 2017); H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 134-139.

[922] Se non diversamente specificato, faccio qui riferimento alla già ricordata traduzione della settima edizione, a cura di G. Guidi, sotto la direzione di A. Tamburini.

scientificità ad un metodo descrittivo che riteneva in grado di comprendere, per quanto possibile, l'intero processo della malattia[923].

Allo stesso modo di Griesinger, anche Kraepelin è inserito nella cosiddetta corrente "descrittiva"[924] che Jaspers presenta, nel tentativo di tracciare una breve storia della psichiatria richiamandosi ad alcune personalità ritenute particolarmente significative, in appendice alla sua opera. Kraepelin fu un protagonista certamente innovativo rispetto ad un passato anche recente[925], in questo accompagnandosi, tra gli altri, a Wernicke che, seppur scomparso precocemente, «fu il creatore di un'opera elaborata brillantemente, forse la più importante della psichiatria per il livello intellettuale. Certamente prese la sua struttura fondamentale dalla psicologia associazionistica e dalla teoria dell'afasia, che egli arricchì con nuove scoperte e che pose su una nuova teoria generale. Ma con un modo di vedere originariamente concreto ed analitico ha arricchito la psicopatologia con molti concetti diventati più tardi ovvii, come capacità di fissazione, perplessità, delirio esplicativo, idee prevalenti ecc., con sindromi chiaramente strutturate, quali presbiofrenia ed altre. Ciò che egli dice è quasi sempre originale e stimolante, preciso e attraente»[926]. Di altra natura fu, invece, l'interesse di Kraepelin, il quale, «fondandosi su Kahlbaum, ha sostenuto con straordinaria energia l'idea dell'unità morbosa, e per un certo tempo la portò ad una validità riconosciuta. Egli fondò uno degli indirizzi più produttivi per lo studio che egli fece di intere vite di malati di mente. Il suo merito è stato quello di aver introdotto, sulla base dei lavori di Wundt, la psicologia sperimentale nella psicopatologia, e di aver fondato specialmente la farmacopsicologia e la ricerca e l'analisi della "curva di lavoro". Ma la concezione fondamentale di Kraepelin restò somaticista, concezione che egli, come la maggioranza dei medici, considera come la sola medica, e tale che non ha solo la preminenza, ma è addirittura assoluta. Le considerazioni psicologiche del suo trattato, in parte eccellenti, si può dire che le abbia fatte quasi contro voglia; egli le considera come provvisori riempitivi, finché l'esperimento, il microscopio e la provetta non avranno reso tutto indagabile oggettivamente»[927]. Jaspers mette subito a fuoco, dunque, gli aspetti per lui meno condivisibili della ricerca di Kraepelin, del quale non intende sminuire i meriti, così come non nega gli importanti risultati conseguiti dalla sua psicologia sperimentale: tuttavia, egli non ne condivide, come era già emerso nello scritto del 1910, la presunta interpretazione quantitativa della vita psichica, cioè la prospettiva in buona sostanza somaticista in virtù della quale soltanto i metodi delle scienze della natura possono garantire l'oggettività dell'indagine. Allo stesso modo, poi, egli mostra perplessità per l'impianto nosologico di Kraepelin, cioè per quelle "unità morbose" attraverso le quali egli

---

[923] Cfr. P. Hoff, *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1994.

[924] Cfr. K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 899-900.

[925] Cfr. *ibidem*, pp. 901-902. Come sottolinea Jaspers, «mezzo secolo fa Emminghaus cercò di conciliare nella sua descrizione i diversi indirizzi psichiatrici, la massa dei fatti e delle concezioni trovate fino allora. La sua "Allgemeine Psychopathologie" è tutt'ora l'opera di consultazione più adatta, quando ci si vuole orientare sulla letteratura precedente. Con le esposizioni d'insieme di Emminghaus, di Schüle e di Krafft-Ebing, potrebbe sembrare che la psicopatologia fosse giunta ad una *conclusione*. Si ha l'impressione che sulla base di queste descrizioni generali, sia avvenuto perfino in diversi ambienti della psichiatria scientifica un certo appiattimento. Le categorie erano comode; tutto ciò che si osservava poteva esservi catalogato» (*ibidem*, pp. 901-902).

[926] *Ibidem*, p. 902. Jaspers, come specifica in nota, si riferisce alla seconda edizione, del 1906, dell'opera di Wernicke *Grundriss der Psychiatrie*.

[927] *Ibidem*, pp. 902-903. In particolare Jaspers, nella parte della *Psicopatologia generale* dedicata agli "effetti del corpo e dell'ambiente sulla vita psichica", si sofferma sulla "farmacopsicologia" di Kraepelin, con specifico riguardo agli effetti delle sostanze tossiche. Egli afferma che tale «"*farmacopsicologia*" creata da Kraepelin, ha constatato differenze caratteristiche di tali modificazioni prestazionali in seguito all'assunzione di sostanze tossiche diverse. Così fu osservato che con l'alcool, inizialmente, c'è una accelerazione delle prestazioni motorie ed un immediato abbassamento di quelle inerenti l'apprensione, mentre con il tè vi è un aumento dell'apprensione e le prestazioni motorie restano immutate. Ma generalmente le relazioni sono tanto complesse che quasi tutti i risultati resistono difficilmente ad una critica severa. Il raffinamento dei metodi di indagine è andato molto più lontano che non l'acquisizione dei risultati di interesse psicopatologico generale» (*ibidem*, p. 502).

classifica le malattie. Tali critiche, tuttavia, non gli impediscono di riconoscere l'importanza del contributo di Kraepelin, la cui opera ebbe grande fortuna ed esercitò una forte opera di coesione tra le differenti posizioni della psichiatria di quel periodo. Lo stesso Jaspers d'altronde, esponendo le proprie concezioni nella *Psicopatologia generale*, rimanda spesso a Kraepelin e alle sue ricerche. Intendo di seguito soffermarmi, però, soltanto su alcuni aspetti della nosologia di Kraepelin non sempre condivisi da Jaspers, al fine di confrontare brevemente le due modalità di classificazione del disturbo mentale.

Il concetto di "nosologia"[928] viene qui fuori con preciso riferimento alla vita psichica, la cui analisi è estremamente problematica in quanto, come lo stesso Jaspers aveva già espresso nello scritto psicopatologico del 1910, essa può essere parimenti intesa o come aggregato di singoli elementi o come totalità: «Nel *rapporto fra il singolo e l'insieme* esistono due opinioni opposte entrambe unilaterali: secondo l'una nella vita psichica esisterebbero solo elementi, cioè singoli fatti e singoli rapporti e l'insieme dello psichico non sarebbe qualcosa di aggregato, ma solo un altro modo di esprimere i rapporti nei quali stanno i singoli fatti, oppure la penetrazione di tutti i processi psichici da parte di uno degli elementi. L'altra opinione dice che l'insieme della vita psichica sarebbe l'essenziale e la sola cosa che realmente si modificherebbe e diventerebbe anormale; isolare, mediante l'analisi, alcuni elementi come fatti singoli, sarebbe qualche cosa di artificioso»[929]. Secondo Jaspers entrambe le prospettive sono in qualche modo fuorvianti, o meglio conducono ad un'errata interpretazione della vita psichica, in quanto nel primo caso la considerazione esclusiva dei singoli elementi non permette di cogliere la visione d'insieme, così come nell'ambito della prospettiva concentrata soltanto sulla visione d'insieme, d'altra parte, i singoli elementi sembrano dileguarsi. Ciò che egli auspica, quindi, è una sorta di equilibrio tra le due tendenze, affinché ci si possa concentrare sulla peculiarità dei singoli elementi senza per questo perdere, però, lo sguardo d'insieme; non si deve ignorare, cioè, la "totalità" che, per quanto possa sembrare difficilmente indagabile, in realtà riveste un ruolo importante legato anche alla capacità dell'osservatore di sviluppare interiormente una sorta di "sentimento" capace di spingerlo verso la percezione di tale "tutto"[930]: «Si vorrebbe cogliere nel suo insieme tutta l'anima nella sua pienezza attuale e nell'intero corso temporale della sua vita. Il fenomeno di tutta una vita, l'idea di un uomo, questa individualità empirica, devono diventare accessibili»[931]. Proprio per superare tale limite, secondo il quale la totalità risulta difficilmente indagabile con i metodi delle scienze naturali, Jaspers approfondisce come tale concetto di "insieme" possa eventualmente assumere, per così dire, una "forma empirica": «L'insieme è veduto e pensato *biologicamente*, non con un significato restrittivo di indagine particolare, ma nel senso di una *concezione dell'uomo come un insieme vitale*, in quanto l'uomo, pur non essendo un totale accadere biologico, lo ha come base e condizione costante della sua natura. Per un periodo di tempo egli vive limitato nelle fasi biologiche della propria età; nella propria singolarità temporanea è una particolarità entro l'umanità in generale; è colpito da processi morbosi, nei quali svariate manifestazioni si raggruppano in un intero processo biologico»[932]. In questo senso, allora, "l'insieme", osservato da un punto di vista empirico, viene determinato attraverso tre aspetti, il primo dei quali riguarda l'"unità morbosa", dal momento che l'"insieme" è, prima di tutto, la "malattia determinata": «L'essere malato si plasma in svariate malattie, che hanno un nome specifico. In secondo luogo l'uomo è un insieme, come il corpo che egli è attualmente, cioè questa unità corpo-anima, in cui appare il suo *tipo*, nel quale ancora dormono le sue possibilità, finché non saranno sviluppate; egli

[928] Jaspers pone la nosologia, cioè "la sintesi del quadro morboso", all'interno della quarta parte, dedicata alla "vita psichica come un tutto" (cfr. *ibidem*, pp. 605-661). Per quanto riguarda l'edizione del '13 cfr. Id., *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 257-293.
[929] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 597-598.
[930] Cfr. *ibidem*, pp. 597-598.
[931] *Ibidem*, p. 598.
[932] *Ibidem*, pp. 598-599.

è caratterizzato in modo speciale, infine è unico. In terzo luogo l'uomo è un insieme lungo tutto il *corso della propria vita*: ciò che egli è, è tenuto insieme nel tempo, è delimitato e plasmato dal tempo; l'evoluzione della sua natura mostra ciò che egli è»[933]. Pertanto, è chiaro che l'obiettivo di ogni indagine psichica è quello di rintracciare la malattia alla quale ci si riferisce, ovvero l'"unità morbosa" che si delinea nel momento in cui viene effettuata una determinata "diagnosi": tale indagine rimanda, dunque, alla "nosologia". Il secondo aspetto riguarda, poi, l'"insieme del tipo", la descrizione psico-fisica e anche spirituale del soggetto, e tale obiettivo si persegue attraverso la "eidologia". Infine, il terzo aspetto concerne l'"insieme del corso della vita", che viene delineato tramite la "biografia". Ecco perché secondo Jaspers la "totalità" viene indagata empiricamente attraverso le tre scienze della "nosologia", dell'"eidologia"[934] e della "biografia"[935]: «I metodi sono gli stessi per tutti i tre compiti: raccolta dei dati reali di ogni singola vita umana in un psico-biogramma (metodo psicografico). Configurazione di questo materiale sia dal punto di vista dell'unità morbosa diagnosticabile, sia dal punto di vista delle caratteristiche stabili, sia dal punto di vista di una evoluzione della vita coerente, estesa nel tempo. Presupposto del ricercatore è una visione che scopra concretamente l'unità nella multiformità delle manifestazioni, e cioè la visione nosologica, eidologica, biografica»[936].

Jaspers sottolinea come queste scienze siano indissolubili, dato che «sono ramificazioni di una sola. L'unità morbosa è da cercare solo sulla via dell'indagine biografica ed eidologica; perché è collegata con la natura di tutto l'uomo. La biografia include in sé l'essere malato; nessun individuo è colto esattamente se non si conosce il suo essere malato. Per la comprensione del tipo occorre la conoscenza biografica e nosologica, perché esso appare attraverso tutta la vita e il modo delle sue malattie»[937]. La "totalità" in sé e per sé rimane sempre un fine irraggiungibile, in quanto mai completamente oggettivabile, «ma sulla via per la quale si cerca il tutto come tale, si trovano ancora una volta nuove categorie, che sono specifiche ed hanno un carattere generale e che, a loro volta, muovono la conoscenza di quel tutto che si cerca, anche se non si raggiunge mai»[938].

Il problema è, però, che questi "indirizzi" di ricerca non vengono utilizzati insieme, ma solitamente se ne predilige soltanto uno, che ai tempi di Kraepelin era, per esempio, quello "nosologico". Infatti, Kraepelin pensava di raggiungere l'unità morbosa attraverso la nosologia, mentre Jaspers è molto scettico in tal senso, consapevole che la "ricerca del tutto" assume poi la «forma di una nuova conoscenza particolare»[939], dato che la totalità in sé non si può cogliere. In particolare, «nella *nosologia* non si raggiunge alcuna unità morbosa, ma dalla idea di tale unità sono tratte fuori, con la preferenza che si dà ad elementi particolari, alcune unità relative, di volta in volta le migliori possibili per gli scopi diagnostici. La presenza dell'idea mostra contemporaneamente la mancanza della realizzazione concreta delle conoscenze ricercate in suo nome. Nella *eidologia* le varietà sono colte contemporaneamente in forme particolari e determinate, in tipi misurabili e non come classi di modi di essere. La varietà come un tutto è colta ed indirettamente è raffigurata mediante una multiforme apprensione di tipi, ed essa stessa, come totalità, per così dire, recede. Nella *biografia* per giungere alla visione dell'insieme si elaborano i punti di vista della figura temporale, dell'età e delle forme del corso vitale, ed i punti di vista della scelta (prima esperienza, crisi e così via)»[940].

---

[933] *Ibidem*, p. 599.
[934] Per l'eidologia cfr. *ibidem*, pp. 662-718.
[935] Per la biografia cfr. *ibidem*, pp. 719-757.
[936] *Ibidem*, p. 599.
[937] *Ibidem*, p. 599.
[938] *Ibidem*, p. 600.
[939] *Ibidem*, p. 600.
[940] *Ibidem*, p. 600. Per approfondire l'analisi di Jaspers relativamente alla "concezione della vita psichica come un tutto" cfr. *ibidem*, pp. 597-604. Interessante, in questa parte, la delineazione di "tipi ideali" come strumento di conoscenza.

La difficoltà che si manifesta nel mettere in relazione il singolo elemento con la totalità, così come nella scelta metodologica, si deve certamente alla problematicità insita nel concetto stesso di malattia. Nei capitoli precedenti è stata spesso sottolineata la difficoltà di delineare in modo unilaterale la malattia: nonostante tale consapevolezza, però, dal punto di vista clinico si è sempre cercato di rintracciare l'"unità morbosa", cioè di capire la relazione esistente tra i singoli elementi che, combinandosi tra loro, danno origine al disturbo. Dal punto di vista psichiatrico, e in particolar modo nella prospettiva diagnostica, si pone ora la necessità, anche per individuare l'intervento terapeutico più adeguato, di definire la malattia: da una parte vi sono i sostenitori della "psicosi unica", a partire dalla quale le diverse forme di disturbo possono trasformarsi le une nelle altre; dall'altra, invece, vi è chi crede nell'originaria differenziazione dei disturbi e ne ricerca l'"unità morbosa", ipotizzandone la radice eziologica, osservandone la sintomatologia, il decorso e le eventuali manifestazioni somatiche. Tuttavia, la multiformità dei disturbi psichici non permette in ogni caso una così netta e rigida definizione dei quadri clinici, vista anche la varietà e l'ampiezza dello spettro eziologico (per esempio, possono esserci forme patologiche che si sovrappongono, o casi più rari che non rientrano in alcun quadro di riferimento generale). Pertanto, piuttosto che definire 'malattia', in modo netto, qualunque disturbo psichico, sarebbe più opportuno quantomeno parlare di 'punti di vista' volti a 'caratterizzare' la malattia: in questa prospettiva, nelle epoche più recenti si è tentato di studiare le malattie delineandone, per esempio, i "complessi sintomatici", attraverso i quali si è poi cercato di fissare le "strutture psicologiche fondamentali" dei processi psichici anormali, le loro cause o la loro descrizione anatomica[941]. Una classificazione per "complessi sintomatici", che è quella proposta da Jaspers, rimanda alla distinzione in "tipi" della quale egli stesso aveva discusso già nello scritto del 1910. Anche nella *Psicopatologia generale* egli rimane convinto che neanche delineare i disturbi attraverso i "complessi sintomatici" debba rappresentare una prospettiva assoluta, che rischierebbe inevitabilmente di trasformarsi in una rigida classificazione per "unità morbose", ma debba rimanere soltanto un modo per orientarsi in un ambito così complesso e delicato. Infatti, anche questo metodo, con i suoi tre diversi orientamenti o, meglio, 'punti di vista', non permette di classificare in modo esaustivo tutti i disturbi psichici: «Né le *forme psicologiche fondamentali*, né la *teoria delle cause* (eziologia), né i *reperti cerebrali*, hanno condotto a raggruppamenti di unità morbose, nelle quali si potessero classificare tutte le psicosi. *Kahlbaum* e, dopo di lui *Kraepelin*, hanno percorso vie nuove, per giungere, nonostante tutto, a delle unità morbose. Kahlbaum stabilì due esigenze fondamentali: in primo luogo il *decorso* dell'intera psicosi doveva essere considerato come la base essenziale per stabilire le forme morbose, in secondo luogo, mediante una osservazione clinica *generale*, si doveva prendere come base il quadro d'insieme della psicosi. Se egli, ponendo l'accento sull'evoluzione della malattia, creava un nuovo punto di vista accanto ai tre precedenti, con la seconda esigenza riuniva *tutti i punti di vista*. Per la formazione delle unità morbose questi non devono contrapporsi, ma cooperare»[942]. Il merito di Kahlbaum fu, oltre quello di avere differenziato i diversi disturbi, superando la concezione della "psicosi unica", anche l'avere spostato l'attenzione sullo "sviluppo" della malattia, cioè sul suo "decorso", e questo fu il metodo poi seguito anche da Kraepelin, il quale si lasciò dietro anche le incertezze di Kahlbaum, definendo in modo più chiaro il concetto di "unità morbosa", oramai da intendersi come l'elemento fondamentale per lo sviluppo del metodo clinico-descrittivo di cui egli stesso si fece promotore. Jaspers riporta il concetto kraepeliano di "unità morbosa", secondo cui i «quadri morbosi che hanno le *stesse cause, le stesse forme psicologiche fondamentali, lo stesso sviluppo e decorso, lo stesso esito e lo stesso reperto cerebrale*, che quindi concordano nel quadro generale, sono le vere, naturali unità morbose. Per trovare tali unità è necessaria l'osservazione clinica in tutte le direzioni. Specialmente utile appare studiare gli *esiti* delle

[941] Cfr. *ibidem*, pp. 605-608.
[942] *Ibidem*, p. 608.

malattie: un tempo serviva di norma il presupposto che le malattie che guarivano completamente e quelle che non guarivano, fossero di natura diversa; in secondo luogo Kraepelin supponeva che la conoscenza della struttura psicologica degli stati terminali facesse conoscere già nei lievi accenni al principio della psicosi la forma psicologica fondamentale del processo morboso. Il risultato di queste ricerche è stato quello di stabilire *i due grandi gruppi di malattie* che comprendono tutte le psicosi che non si possono spiegare come conseguenze di processi cerebrali: la *psicosi maniaco-depressiva*, nella quale si fondevano sia la follia circolare dei francesi che le perturbazioni affettive, e la *demenza precoce* nella quale si fondevano la catatonia e l'ebefrenia di Kahlbaum e la pazzia originaria (*Verrücktheit*) propriamente detta. Accanto a ciò tutte le altre anormalità meno gravi furono considerate come psicosi degenerative»[943]. Jaspers sintetizza così la concezione psichiatrica di Kraepelin e il suo modo di studiare e di classificare i disturbi mentali, che emergono in modo chiaro già dall'analisi del suo *Trattato di psichiatria*, del quale intendo evidenziare ancora qualche aspetto.

Kraepelin ha avuto, come si è visto, un ruolo sicuramente significativo nell'organizzazione della clinica di Heidelberg, ma in realtà la sua influenza in ambito psichiatrico non si limitò soltanto alla realtà della clinica, ma fu di portata molto più ampia e oggetto non solo di numerosi apprezzamenti ma anche di molte critiche. In particolare, come dice chiaramente Jaspers, egli diede un importante contributo all'aspetto nosologico, come si evince anche dal *Trattato di psichiatria*, che rappresenta in qualche modo la sintesi delle sue concezioni; una sintesi, però, sempre *in fieri*, perché, come dimostrano le varie edizioni, esso fu ripetutamente aggiornato nel corso della vita di Kraepelin, per cui rappresenta anche una testimonianza della sua maturazione scientifica, nell'ambito della quale egli, pur restando "fedele" alle originarie concezioni di base, mostra, specie a proposito della definizione della malattia, alcuni rilevanti cambiamenti di prospettiva, come emerge proprio guardando alla concezione della demenza.

Come ho già accennato, la sua opera fu pubblicata per la prima volta nel 1883, come *Compendio di psichiatria*, per poi assumere, nelle successive edizioni, la denominazione di *Trattato di psichiatria*, al quale vennero progressivamente apportate diverse modifiche. Tale opera è molto importante per capire la prospettiva di Kraepelin, perché non solo lì egli definisce la metodologia utilizzata e delinea il concetto di "unità morbosa", ma in qualche modo mostra e argomenta anche l'impostazione clinico-descrittiva adottata. Sebbene la prima edizione consista in un unico volume, le successive sono invece diversamente articolate, in quanto lo stesso Kraepelin ha poi preferito suddividere l'opera in due volumi, un primo dedicato alla *Psichiatria generale* e un secondo alla *Psichiatria speciale*[944].

Nel primo volume egli analizza, nell'ambito di una visione ampia e complessiva, il fenomeno della pazzia, e il primo aspetto che tratta riguarda l'eziologia di tale disturbo, rispetto alla quale distingue principalmente tra "cause esterne", a loro volta suddivise in quelle di natura somatica e in quelle di matrice psichica, e "cause interne", vale a dire la "predisposizione generale" e quella "individuale"[945]. Successivamente egli analizza le "manifestazioni" della pazzia, distinguendo tra le "alterazioni del processo di percezione", i "disturbi dell'attività intellettiva", i "disturbi della vita sentimentale" e i "disturbi della volizione e della condotta"[946]. Quindi, seguendo lo sviluppo del disturbo, Kraepelin pone l'accento sul "decorso", sugli "esiti" e sulla "durata" dello stesso[947]. Infine, le ultime parti

[943] *Ibidem*, p. 609.
[944] In questa sede faccio riferimento alla già ricordata traduzione italiana della settima edizione, a cura di G. Guidi, sotto la direzione di A. Tamburini: *Trattato di psichiatria*, vol. I: *Psichiatria generale*, vol. II: *Psichiatria speciale*, Milano, Vallardi, 1906/1907.
[945] Cfr. E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, vol. I: *Psichiatria generale*, cit., pp. 10-101.
[946] Cfr. *ibidem*, pp. 102-253.
[947] Cfr. *ibidem*, pp. 254-270.

del volume sono dedicate alla "diagnosi" della malattia e al suo "trattamento", e qui emerge con maggiore chiarezza, accanto all'approccio somatico, anche quello psichico[948].

Il secondo volume, dedicato alla "psichiatria speciale", approfondisce, poi, la classificazione nosologica, concentrandosi sulle diverse malattie allora conosciute. Kraepelin raggruppa i disturbi secondo queste presunte "unità morbose"[949].

Nell'*Introduzione* al primo volume[950], prima di soffermarsi sulla "psichiatria generale", Kraepelin chiarisce gli obiettivi della ricerca, delineando, dopo un breve *excursus* storico, la propria concezione della psichiatria, intesa come «la scienza che tratta delle malattie mentali e della loro cura: il suo scopo è quello di conoscere scientificamente la natura dei disturbi psichici»[951]. Tale conoscenza scientifica ha rappresentato una conquista lenta e complessa perché, nonostante alcune prime feconde intuizioni dei medici dell'età antica, che avevano collegato la pazzia ad alcuni disturbi somatici (soprattutto alla febbre e agli umori), a partire dal Medioevo la considerazione della malattia mentale fu sempre più separata dalla prospettiva medica e rimase a lungo in balia delle interpretazioni filosofiche, religiose e, soprattutto, magico-superstiziose, così che «solo quando si cominciarono a costruire gli asili per alienati e che questi furono sottoposti ad una sorveglianza medica, si iniziò una dottrina veramente scientifica sulla pazzia»[952]. La "vera scienza psichiatrica" è, per Kraepelin, quella fondata, sulla base dell'esperienza clinica, da Esquirol: una tendenza che, però, incontrò ulteriori ostacoli, rappresentati, per esempio, dalle teorie moralistico-teologiche diffuse, in Germania, soprattutto per opera degli *Psychiker*. Tuttavia, sottolinea ancora Kraepelin, oramai nessuno più dubita della pertinenza medica dei disturbi mentali, dei quali si riconosce anche la base somatica, dovuta ad "un cambiamento più o meno fine della corteccia cerebrale"[953].

L'indagine sulla pazzia deve essere condotta con metodi scientifici e al suo interno risulta di massima importanza l'osservazione del malato, attraverso la quale si può cogliere nel modo più ampio la varietà delle forme cliniche: «Noi dobbiamo imparare a scegliere a poco a poco nella immensa varietà delle singole osservazioni tutto ciò che è metodico ed essenziale, giungendo così a limitare e dividere quelle forme che hanno tra loro un punto di contatto»[954]. Si tratta, però, di un processo molto complesso, dal momento che «quadri morbosi, che nella loro essenza sono molto diversi l'uno dall'altro, possono mostrare nella loro manifestazione esterna la più grande simiglianza, mentre sappiamo che stati morbosi, che dapprincipio appaiono dissimili od anche in contrasto, non sono che manifestazione di uno stesso processo morboso»[955]. Il primo passo che permette di avere una qualche padronanza del quadro morboso, e che quindi rappresenta uno dei compiti fondamentali del medico, è la capacita di stilare una "prognosi" della malattia, cioè di definirne le modalità di sviluppo, così da iniziare a "dominare scientificamente e praticamente il quadro morboso". Tuttavia, tale obiettivo in psichiatria (a differenza di quanto di solito avviene in altri ambiti della medicina) non è facilmente raggiungibile, dal momento che le malattie mentali non mostrano un decorso lineare ma hanno una durata molto lunga durante la quale non è sempre possibile stabilire in modo rigoroso le connessioni tra le diverse manifestazioni del disturbo, che possono essere anche sporadiche o dislocate

[948] Cfr. *ibidem*, pp. 309-374.
[949] Egli descrive in modo analitico i seguenti disturbi: la "pazzia infettiva", la "psicosi da esaurimento", gli "avvelenamenti", le "psicosi tirogene", la "demenza precoce", la "demenza paralitica", la "pazzia nelle malattie organiche del cervello", la "psicosi maniaco-depressiva", la "paranoia", la "pazzia epilettica", le "nevrosi psicogene", gli "stati psicotici originari", la "personalità psicopatica" e gli "arresti di sviluppo psichico" (cfr. E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, vol. II: *Psichiatria clinica*, cit.).
[950] Cfr. E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, vol. I: *Psichiatria generale*, cit., pp. 1-9.
[951] *Ibidem*, p. 1.
[952] *Ibidem*, p. 1.
[953] Cfr. *ibidem*, p. 2.
[954] *Ibidem*, p. 2.
[955] *Ibidem*, pp. 2-3.

cronologicamente in modo non perfettamente logico-consequenziale[956]. Tuttavia, nonostante le difficoltà dovute proprio a questi "andamenti ingannatori" del decorso, è su questo che ci si deve concentrare ed è in tale direzione che Kraepelin imposta, dunque, la sua concezione psichiatrica. La stessa cautela deve essere adottata anche nell'indagine eziologica e in quella anatomica, anch'esse ambiti piuttosto incerti e spesso facilmente fuorvianti: «Nello stabilire le *cause* della malattia si deve usare una precauzione speciale. Il profano è facilmente inclinato a dare la responsabilità dell'insorgenza della pazzia ad un avvenimento qualunque […]. La esperienza clinica però insegna che il significato causale di tali influenze esterne è pressoché nullo, e spesso avviene anche che le prime manifestazioni della pazzia vengano scambiate con le cause di quella»[957]. Inoltre, «le medesime cause debbono dare nello sviluppo delle forme morbose mentali, i medesimi effetti; quando, come succede spessissimo, tale legge presenta delle eccezioni, o le cause o gli effetti non dovevano essere veramente uguali»[958].

Tali dubbi e incertezze possono essere chiariti soltanto con l'osservazione, che può servire per comprendere le dinamiche dei disturbi mentali, permettendone anche un'adeguata distinzione: «Quando saremo riusciti con le osservazioni cliniche a formare gruppi morbosi, con cause, manifestazioni e decorso ben certi e sicuri, allora sarà nostro compito di *approfondire lo studio delle singole forme morbose*»[959]. In passato tale "approfondimento" è avvenuto con particolare riferimento all'"anatomia patologica", ma non sono stati raggiunti risultati esaustivi, perché «la nostra scienza è finora insufficiente a spiegarci i mutamenti di struttura istologica di quelle regioni che sembrano essere delegate alle manifestazioni psichiche più elevate. Ed anche dove l'osservazione anatomica ha già scoperto cambiamenti profondi ed estesi, è molto difficile sceverare il risultato di ciò che è generale da quel che è individuale, in modo da poter distinguere il quadro anatomico dello stato e del decorso di una malattia»[960]. L'arretratezza delle conoscenze anatomiche ai fini dello studio dei disturbi psichici era stata evidenziata pure da Griesinger, ma Kraepelin aggiunge e sottolinea anche il distacco dalla prospettiva fisiologica, sostenendo che «se pure si potesse avere una conoscenza maggiore sulle alterazioni della corteccia dei pazzi e se si potesse anche avere la prova dei cambiamenti nella forma e nella funzione, tutto ciò ci lascerebbe sempre al buio sui rapporti che passano tra simili alterazioni e le manifestazioni morbose psichiche […]»[961]. Le conoscenze somatiche e le dinamiche fisiologiche non sono in grado di chiarire, quindi, tutte le dinamiche psichiche. In tal senso, le "manifestazioni psichiche" devono essere analizzate a prescindere dai processi somatici e dalle variazioni della corteccia, che Kraepelin è convinto ci siano, benché sia consapevole che non sono sufficienti a spiegare la complessità della realtà psichica[962].

Le "manifestazioni psichiche" devono essere studiate considerando il "fatto psichico" e il "fatto somatico", dei quali si deve riconoscere il collegamento, senza però pretendere di operare ulteriori confronti tra la loro natura ma concentrandosi, piuttosto, sulle relazioni che intercorrono tra loro, dal momento che a partire da lì può essere poi abbozzato il

---

[956] Cfr. *ibidem*, p. 3. Kraepelin specifica: «Vediamo infatti da una parte molte forme incurabili che decorrono per tutta la vita con cangiamenti successivi, mentre in altri gruppi morbosi vediamo che la malattia percorre la sua parabola con attacchi limitati e molto distanti tra loro, oppure con la completa cessazione per lungo tempo di qualunque sintomo; sicché l'intima connessione di ogni singolo attacco o di ciò che vi si aggiunge di nuovo, non può venire compresa se non con una esatta conoscenza di tutto quel che è avvenuto» (*ibidem*, p. 3).
[957] *Ibidem*, p. 4.
[958] *Ibidem*, p. 4.
[959] *Ibidem*, p. 4.
[960] *Ibidem*, p. 4.
[961] *Ibidem*, p. 5.
[962] Cfr. *ibidem*, p. 5: «Tutte le forme della follia sono fondate molto probabilmente sopra vasti disturbi della corteccia, e ben difficilmente esse sono dovute ad alterazioni di ristretti campi della corticalità. Le operazioni sul cervello che ci hanno indicato quale sia la distribuzione delle localizzazioni cerebrali, non sono confrontabili né per il loro carattere, né per la loro estensione alle fini ed estese deviazioni, che sono, come dobbiamo credere, la base dei disturbi mentali».

"quadro morboso". La via che Kraepelin sembra prediligere riguarda, allora, proprio l'osservazione dell'interazione tra psichico e somatico, da cui si potrebbero derivare le leggi che la regolano: uno strumento che, a suo dire, può aiutare in questo percorso è la nascente "psicologia sperimentale", probabilmente in grado di delineare una "fisiologia della psiche" che «servirà a scomporre nei loro più semplici elementi le manifestazioni più complicate; ed in questa scomposizione della vita psichica normale troveremo gli elementi per poter giudicare e spiegare i diversi disturbi morbosi; di più, in adatti casi, potremo col metodo psicologico giungere ad esplorare più esattamente i diversi stati morbosi»[963].

La "psicologia scientifica" dischiude la strada ad una migliore comprensione eziologica della pazzia, evidenziando in modo più preciso il ruolo delle influenze esterne, così come quello delle eventuali predisposizioni interne. Una maggiore conoscenza eziologica è a sua volta d'aiuto, poi, non solo per la cura della malattia ma anche per la sua prevenzione. Rimangono, tuttavia, certamente rilevanti le problematiche effettive legate alla scienza psichiatrica del tempo, a partire da uno dei suoi primi compiti, vale a dire la "profilassi" della pazzia: «Esiste un punto che dà a tutte le malattie mentali un posto speciale fra le altre, e questo è il loro straordinario significato *sociale*. La pazzia è in ogni modo, la malattia più grave di qualunque altra: di più il malato di mente non è capace, in generale, di prender cura di sé stesso, non si può perciò farlo agire come egli vuole, ma ha bisogno invece di sorveglianza e cura per parte di altri»[964]. Ancora una volta si conferma, dunque, il significato sociale della malattia mentale, un aspetto che ne ha influenzato la storia e che continua a caratterizzarla, legandola, certamente più di altri disturbi, a questioni riguardanti l'ordine pubblico, come dimostrano anche l'antica questione dei manicomi e le non poche problematiche giuridiche che la riguardano[965]. Tuttavia, nonostante queste e altre difficoltà, Kraepelin è assolutamente convinto dell'orientamento scientifico che caratterizza la psichiatria dei suoi tempi e che egli stesso vuole contribuire a rafforzare, dal momento che essa «è una scienza giovine, sulla via di sviluppare, e con aspri combattimenti deve adagio adagio conquistarsi quel posto a cui ha diritto per il suo valore scientifico e pratico. E la vittoria le arriderà certamente, perché combatte con le medesime armi che hanno servito tanto bene per le conquiste nelle altre branche della scienza medica: l'osservazione clinica, il microscopio e l'esperimento»[966]. Tali considerazioni delineano in modo adeguato la concezione scientifica della psichiatria sostenuta da Kraepelin e in qualche modo anticipano la metodologia che egli intende seguire e che risulta evidente nell'articolazione del secondo volume dell'opera, dove egli traccia i diversi quadri morbosi.

Nella parte introduttiva di questo secondo volume[967], dedicata alla "classificazione dei disturbi psichici", Kraepelin, sulla scia di Kahlbaum, motiva la scelta di suddividere i disturbi in un certo modo e chiarisce il metodo seguito per distinguere le diverse forme patologiche: «Il primo oggetto della conoscenza medica dei disturbi psichici deve essere naturalmente la *determinazione del concetto e dei limiti delle forme morbose*. Per la soluzione soddisfacente di questo problema noi dovremo avere da un lato una nozione precisa dei cangiamenti nelle condizioni anatomo-fisiologiche della corteccia cerebrale, dall'altro delle morbose manifestazioni psichiche ad essi connesse. Solo allora noi saremo in grado di dedurre dalle alterazioni della vita psichica i relativi fondamenti anatomo-patologici, e quindi le cause dell'intero processo morboso e viceversa»[968]. Tuttavia, egli ha già ricordato le lacune di tale prospettiva, che allo stato non permettono di avere conoscenze sufficientemente chiare, né si illude che possa essere la sua indagine a sciogliere i nodi ancora irrisolti, anzi, una maggiore specificità dell'indagine potrebbe

[963] *Ibidem*, p. 6.
[964] *Ibidem*, p. 7.
[965] Cfr. *ibidem*, pp. 7-9.
[966] *Ibidem*, p. 9.
[967] Cfr. E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, vol. II: *Psichiatria clinica*, cit., pp. 1-9.
[968] *Ibidem*, p. 1.

comportare, semmai, un aumento delle incertezze[969]. Tuttavia, sebbene non sia possibile procedere ad una classificazione rigorosa, non per questo non è utile tentare di stabilire un quadro generale quantomeno "approssimativo".

Kraepelin, dunque, al fine di stabilire un quadro nosologico possibile e ragionevole, analizza i diversi criteri di indagine fino a quel momento utilizzati, al fine di mostrarne l'inadeguatezza e i limiti. La sua disamina muove dal criterio anatomico, rispetto al quale aveva già mostrato forti perplessità, che ora ribadisce approfondendone alcuni aspetti ritenuti particolarmente problematici: «Sembrerebbe a prima vista, specialmente riferendoci alle esperienze forniteci dalla Medicina interna, che la base più sicura per la suddivisione delle forme morbose psichiche dovesse essere fornita dall'*anatomia patologica*. Purtroppo però la speranza di reperti anatomici caratteristici è, per la maggior parte dei disturbi psichici, ancora molto lontana dal realizzarsi. Anche là dove ora noi possiamo già riscontrare grossolane alterazioni cerebrali, manchiamo assolutamente della conoscenza precisa dei rapporti tra i fatti anatomici e le manifestazioni cliniche, in modo che solo eccezionalmente possiamo osare di pronunziare al tavolo anatomico una probabile congettura sullo stato psichico durante la vita. A causa dell'insufficienza dei nostri mezzi d'esame e delle nostre cognizioni anatomo-patologiche, come anche per la difficoltà di collegare i processi morbosi somatici a quelli psichici, tutti i tentativi fatti finora per una classificazione anatomo-patologica delle alterazioni psichiche hanno naufragato»[970]. Il limite del criterio anatomico è dato, insomma, non solo dalle lacune della scienza anatomica ma anche dalla difficoltà di cogliere tutte le interazioni e le connessioni tra i processi somatici e quelli psichici.

Non meno problematica è, poi, l'analisi condotta secondo parametri eziologici, che, sebbene sia stata spesso considerata, soprattutto al tempo di Kraepelin, come una delle più efficaci, a suo dire non è priva di evidenti incertezze: «Certo noi conosciamo già oggi alcune cause, l'influenza delle quali si manifesta con caratteri clinici ben determinati, sicché quelle possono da questi venire dedotte. Ci riferiamo qui specialmente alle varie forme di avvelenamento, ad alcune malattie somatiche, a lesioni del capo, forse anche ad alcune violente emozioni e infine alle forme gravi della degenerazione ereditaria, la essenza e il meccanismo d'azione della quale non ci sono, nell'immensa maggioranza dei casi, ancora ben note. Per contro le cause della pazzia sono completamente oscure per noi, come l'apprezzamento sincero della esperienza giornaliera ci fa senz'altro confessare. Ciò non dipende solo da circostanze esterne […] ma ha la sua ragione di essere nella natura stessa dei disturbi psichici. Per solito noi abbiamo da fare con malattie di cui le cause essenziali risiedono nella predisposizione o in sconosciuti stati interni dell'individuo; e disgraziatamente appunto l'investigazione e l'analisi della personalità psichica e somatica sono ancora all'inizio. Si deve infine tener conto che le cause delle alterazioni psichiche agiscono associate le une con le altre, e anche per questo motivo non è quasi mai possibile osservare con chiarezza i rapporti intimi delle manifestazioni, come forse avviene nell'insorgere di una malattia infettiva»[971]. Il criterio eziologico risulta, quindi, anch'esso insufficiente, e questo per la natura stessa delle malattie mentali, che, a differenza di molte

[969] A proposito della difficoltà di delineare con precisione gli stati morbosi e la loro netta cesura rispetto a quelli normali cfr. *ibidem*, pp. 1-2. Come sottolinea Kraepelin: «Noi vediamo nella stessa Medicina interna i gruppi morbosi più caratteristici, le malattie acute da infezione, confondersi a poco a poco per mezzo di una quantità di casi non "ben pronunciati" "abortivi" "misti", con altre "specie morbose", in modo che non sempre vi è perfetta corrispondenza tra i reperti batteriologici e i reperti clinici. A ciò si aggiunga che grandi gruppi di alterazioni psichiche hanno essenzialmente origine dalla predisposizione morbosa; la caratteristica personale adunque farà valere qui la sua influenza nel più alto grado, e dovrà aumentare la molteplicità clinica dei quadri morbosi. Infine noi dobbiamo tener conto della circostanza che le singole parti del cervello non hanno tutte le stesse funzioni. Non solo la specie e la intensità dei cangiamenti patologici, ma anche la loro sede speciale sarà perciò probabilmente in istato di generare una serie di lievi gradazioni nel costituire gli stati psicopatici» (*ibidem*, p. 2).

[970] *Ibidem*, p. 2.

[971] *Ibidem*, pp. 2-3.

patologie di altro genere, dipendono non soltanto da possibili influenze esterne ma anche da profondi processi interiori che riguardano la personalità e le dinamiche più intime, delle quali spesso non si conoscono le radici. Inoltre, molte malattie mentali sono provocate dall'azione simultanea di più cause le cui connessioni spesso sono ancora sconosciute.

Infine, Kraepelin prende in considerazione la prospettiva clinica: «Molto più frequentemente le alterazioni psichiche sono state classificate a seconda dei loro *caratteri clinici*, giacché appunto i sintomi della pazzia colpiscono più che ogni altra cosa agli occhi dell'osservatore. Questo modo di procedere conduce dapprima, con una certa necessità, a un eccessivo apprezzamento dei singoli sintomi, alla tendenza a raccogliere in una forma tutti i casi morbosi, ai quali è comune una qualsiasi marcata alterazione. Così ha avuto origine la maggior parte dei nostri concetti clinici abituali. Fu dato il nome di *malinconia* a tutti gli stati di animo tristi o angosciosi; di *mania* agli stati di eccitazione, di *paranoia* alle malattie che presentavano deliri e disturbi psico-sensoriali, e via di seguito. Ma certo doveva a poco a poco mostrarsi la differenza intima tra le alterazioni psichiche, che pur di tempo in tempo offrono gli stessi caratteri clinici. Si vide inoltre che nel decorso dello stato caso si presentavano successivamente sintomi i quali differivano di molto gli uni dagli altri e sembravano anzi formare addirittura un'antitesi. Da ciò derivò la necessità, riconosciuta chiaramente da Kahlbaum, di distinguere le *sindromi* dalle *forme morbose*. Le prime possono ritrovarsi uguali, o almeno molto simili, nelle più diverse forme di malattie. Una diagnosi scientifica però non deve mai limitarsi a caratterizzare la sindrome, ma deve stabilire la malattia alla quale il quadro sintomatico appartiene»[972]. A tal fine Kraepelin distingue, nell'ambito delle malattie somatiche, i "fenomeni generali", che accompagnano sempre la malattia, dai "fenomeni caratteristici", che sono peculiari di un determinato processo morboso, mentre un "posto intermedio" è occupato dagli attributi patologici che si ritrovano in determinate malattie, così come dalle vere e proprie alterazioni psichiche[973]. La definizione di un quadro generale dal punto di vista clinico può essere valida, però, soltanto se viene sempre tenuta in considerazione la totalità complessiva e se viene posta adeguata attenzione allo sviluppo delle malattie: «Solo il quadro *complessivo* del caso clinico, presente in tutto il suo decorso dal principio alla fine, può fornire la guida per l'analisi clinica e per la valutazione dei fenomeni morbosi»[974]. In questo senso, assumono rilievo, per esempio, i sintomi che compaiono nelle fasi finali della malattia, così come risultano significative le osservazioni degli stati permanenti: «Ad ogni modo noi dovremo attribuire tanto maggiore importanza ad un singolo sintomo, quanto più sicure sono le conclusioni che esso ci permette di trarre sulla causa e sull'esito del caso in discorso. In questa direzione dovrà svolgersi la dottrina della sintomatologia»[975]. In questo modo Kraepelin illustra anche il criterio sintomatologico e, nonostante le incertezze relative alla conoscenza delle dinamiche interne, mostra anche una qualche fiducia circa la possibilità di classificare i disturbi per tale via: «Se in uno dei tre domini della pazzia, quelli cioè della anatomia patologica, della eziologia, della sintomatologia noi possedessimo la conoscenza assolutamente completa di tutti i particolari, non solo ci sarebbe possibile rinvenire in ciascuno di essi una suddivisione idonea e definita delle psicosi, ma anche - e questo intanto forma soprattutto la base delle nostre ricerche scientifiche - *ci sarebbe possibile mettere in relazione tra loro queste tre classificazioni*. I casi morbosi originati da cause realmente simili dovrebbero offrire sempre le stesse manifestazioni e lo stesso reperto anatomico; le apparenti eccezioni, che noi incontriamo adesso frequentemente, derivano solo dalla imperfezione delle nostre cognizioni»[976]. Così, muovendo dall'interazione dei tre metodi analizzati, Kraepelin elabora una nosologia in virtù della quale «la classificazione clinica

[972] *Ibidem*, p. 3.
[973] Cfr. *ibidem*, p. 4.
[974] *Ibidem*, p. 4.
[975] *Ibidem*, p. 4.
[976] *Ibidem*, p. 5.

delle alterazioni psichiche dovrà basarsi per la suddivisione, *contemporaneamente* su tutti i tre mezzi di aiuto, ai quali si deve aggiungere ancora l'esperienza acquistata sul decorso, sull'esito e sulla terapia. Quanto più grande sarà la somiglianza tra le forme ottenute nelle varie classificazioni, tanto maggiore sarà la sicurezza che esse rappresentino realmente particolari stati patologici»[977]. A suo dire è questo, dunque, il modo di procedere, l'unico compatibile con lo stato attuale, ancora tutto sommato limitato, della scienza psichiatrica del tempo e utile anche per le non meno importanti finalità pratiche e terapeutiche.

Pertanto, insistendo sull'importanza della prognosi, strettamente connessa all'osservazione del decorso della malattia, Kraepelin può fissare la propria nosologia, che qui è bene riportare direttamente: «La classificazione da me seguita tratta in primo luogo le forme di pazzia, originate da *cause esterne*. Ad esse appartengono le alterazioni psichiche dovute a *malattie infettive*, le *psicosi* da *esaurimento*, in quanto esse sono generate di regola da gravi lesioni somatiche, ed infine gli *avvelenamenti*. Agli avvelenamenti da cause esterne si collegano le *autointossicazioni* per alterazioni del ricambio materiale; di queste ultime noi oggi non conosciamo, a dir vero, gli stati consecutivi alle *lesioni della tiroide*. Io credo però che esista una serie di punti di appoggio per dovere accettare il concetto che anche altre forme di pazzia, e particolarmente la *dementia praecox* e la *paralisi progressiva*, dipendano da autointossicazioni, l'essenza e l'origine delle quali è certo ancora interamente sconosciuta, quantunque per la paralisi abbiamo da registrare, come remota causa, la infezione sifilitica. In un secondo gruppo ho riunito le forme dipendenti da *malattie cerebrali*. Qui hanno in parte influenza le cause esterne […]. Al contrario le cause più profonde delle forme demenziali familiari […] e del gruppo più esteso delle malattie cerebrali […] ci sono ancora completamente oscure: sembra che esse dipendano da stati somatici interni. Queste ultime alterazioni stanno in stretta relazione con i cambiamenti dovuti all'età, esse segnano perciò il punto di passaggio a quelle psicosi di cui consideriamo come base i *processi regressivi*. A queste forme appartengono le alterazioni psichiche dell'età d'involuzione nel più stretto senso e quindi le singole forme della vera *demenza senile*. Per quanto questi quadri clinici siano diversi, non è possibile almeno per ora, segnare fra di essi nette linee di confine. […] Il gruppo delle psicosi involutive ci conduce poi a quelle forme di pazzia, l'origine delle quali sembra sempre più essere determinata da *predisposizioni morbose*. Senza dubbio qui oltre alle influenze nocive ed esaurienti della vita, ha anche gran parte la originaria capacità di resistenza. Sembra però che ciò avvenga in grado ancora più elevato in quella graduale trasformazione patologica del complesso della personalità psichica che noi chiamiamo *paranoia*. Lo stesso può dirsi indubbiamente per la *pazzia maniaco-depressiva*. […] la vera causa non si deve trovare in azioni esterne, ma nella predisposizione patologica speciale dell'individuo. Lo stesso si dica in misura ancor più spiccata di quella malattia, che si distingue da tutte le altre per la periodicità del suo decorso, cioè l'*epilessia*. Anche qui ha soprattutto importanza la predisposizione morbosa; pure la malattia può essere acquisita per certi determinati processi patologici […]. […] Questi fatti danno all'epilessia un posto intermedio tra le auto-intossicazioni, le malattie cerebrali e i disturbi psichici congeniti. […] il gruppo di malattie da noi oggi chiamate epilessia non rappresenta molto probabilmente una unità clinica, ma è invece un concetto complessivo […]. Meno dubbio è l'aggruppamento clinico di quelle forme di pazzia che possono venire determinate da *azioni emotive*. In tali forme noi abbiamo sempre una congenita eccitabilità emotiva e dobbiamo dunque presupporre una particolare disposizione patologica. Se questa si manifesta durevolmente, in modo che anche motivi insignificanti siano sufficienti a produrre fenomeni morbosi rilevanti, noi ci troviamo di fronte al quadro della *predisposizione isterica*. […] Con questo ultimo gruppo noi siamo entrati nel vasto campo della *pazzia degenerativa*. […] Qui, dove noi incontriamo le figure più diverse di predisposizione patologica, è impossibile intraprendere la delimitazione di determinate

[977] *Ibidem*, p. 5.

entità cliniche. […] Il gruppo degli *"stati morbosi originari"* abbraccia quelle predisposizioni morbose che sono caratterizzate da alterazioni più circoscritte, e che spesso si sviluppano solo poco a poco, o che si presentano solo di tempo in tempo. Indichiamo per contro come *"personalità psicopatiche"* le particolari forme morbose di sviluppo dell'insieme della personalità psichica, che abbiamo motivo di ritenere come l'espressione della degenerazione. […] L'ultimo gruppo della lunga serie è formato da quegli stati che rappresentano essenzialmente un *arresto di sviluppo psichico*. Il quadro clinico corrisponde qui ancor meno che nel gruppo precedente ad una vera malattia, ma corrisponde solo ad uno sviluppo incompleto della personalità psichica»[978]. Il lungo citare risulta utile nella misura in cui restituisce con chiarezza gli esiti nosologici della ricerca kraepeliniana. Ne vengono fuori, a livello generale, l'ampio utilizzo del metodo clinico-descrittivo, focalizzato anche sull'osservazione del decorso della malattia, e una visione per certi versi "deterministica" della stessa, ora intesa come una sorta di "processo naturale"[979] che va colto a partire dall'interazione tra "causa, lesione e sintomatologia" e che si sviluppa sempre in modo determinato, per cui ogni "eccezione" parrebbe dovuta solamente ad un difetto delle conoscenze del medico e del ricercatore[980].

Per quel che riguarda i diversi "quadri clinici", con preciso riferimento anche alle successive argomentazioni di Jaspers, si deve porre l'attenzione sulla polarizzazione stabilita da Kraepelin tra la psicosi maniaco-depressiva e la *demenza praecox*.

La psicosi maniaco-depressiva, caratterizzata da stati di esaltazione e di depressione e per questo poi definita anche "follia circolare", è stata, dal punto di vista storico, una delle malattie più difficili da determinare in modo sistematico, visto che le prime descrizioni in qualche modo esaustive risalgono al ventesimo secolo e si devono soprattutto agli allievi di Esquirol[981]. Kraepelin contribuisce alla chiarificazione di questa forma patologica, che però in qualche modo rivoluziona, in primo luogo scorporando la malinconia propria dell'età involutiva dagli altri disturbi dell'umore. Infatti, egli inserisce la malinconia nel quadro morboso dei disturbi psichici dell'età involutiva, presenile e senile, e proprio l'"età di esordio" è considerata una novità in ambito psicopatologico. Essa è caratterizzata da un mutamento della sfera dell'affettività, che risulta caratterizzata da sensazioni negative, da stati di depressione e di ansia, spesso accompagnati da deliri di persecuzione e di colpa. Il suo decorso è lento e solitamente uniforme, con una discreta percentuale di guarigione, sebbene non manchino, nel suo sviluppo, tendenze suicide[982].

Gli altri disturbi affettivi vengono considerati da Kraepelin, invece, come forme della psicosi maniaco-depressiva, che «abbraccia da un lato l'intero campo della così detta *pazzia periodica e circolare*, dall'altro la *mania semplice* distinta per lo più dalla prima. […] Quello che mi fa assumere questo atteggiamento nella questione è l'osservazione che tutti i quadri patologici esposti, malgrado le molte differenze esteriori, si compongono tutti degli stessi tratti fondamentali. Se si conoscono questi, si sarà sempre in grado, facendo astrazione da alcune difficoltà pratiche, di stabilire con essi se il singolo quadro morboso appartenga al grande gruppo della psicosi maniaco-depressiva e di ottenere così una serie di punti di appoggio per la speciale importanza clinica e prognostica del caso. Dall'altro lato, come io credo, è assolutamente impossibile di ritrovare dei limiti ben definiti fra i singoli quadri morbosi tenuti finora distinti. Dalla semplice "mania", numerose osservazioni con 2, 3, 4 attacchi in tutta la vita, conducono quasi impercettibilmente a forme periodiche e da queste noi giungiamo alla pazzia circolare, per mezzo di quei casi nei quali stati depressivi anteriori o posteriori sempre più evidenti, offuscano a poco a poco

[978] *Ibidem*, pp. 6-9.
[979] A proposito della concezione, di Kraepelin, della malattia come "processo naturale" cfr. P. Hoff, *Geschichte der Psychiatrie*, cit., p. 13. Per Kraepelin, in generale, cfr. *ibidem*, pp. 12-13.
[980] Per approfondire la prospettiva clinico-descrittiva di Kraepelin e la sua ricezione cfr. A. Civita. *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 80-101.
[981] Cfr. *ibidem*, pp. 85-86.
[982] Cfr. *ibidem*, p. 85.

il quadro puro della mania, o nei quali la lunga serie degli attacchi viene interrotta inopinatamente da uno stato depressivo. […] D'altra parte mi sembra certo che tutti questi quadri morbosi siano strettamente collegati fra loro, segnatamente perché noi abbastanza spesso li vediamo cambiarsi direttamente l'uno nell'altro. […] Tutti questi motivi mi spingono a considerare l'insieme delle forme cliniche della psicosi maniaco-depressiva come una unità e a presentare i singoli quadri morbosi e i modi di decorso come manifestazioni diverse di un processo morboso comune»[983]. Kraepelin riconosce, dunque, un sostrato comune che, seppur non sempre esplicitato, sembra comprendere tanto l'aspetto depressivo del disturbo quanto quello maniacale: da qui derivano, poi, le diverse modalità di manifestazione, che però appaiono spesso difficili da distinguere in modo netto e preciso. Dal punto di vista clinico egli considera questa patologia contraddistinta da un decorso segnato da "attacchi" che possono anche prolungarsi nel tempo e che possono manifestarsi attraverso forme depressive o di esaltazione, provocando spesso disturbi dell'attenzione, idee deliranti, fughe di idee o veri e propri arresti ideativi, e spesso anche disturbi motori. Non mancano, però, neppure i cosiddetti "stati misti" (come per esempio la "mania con furore", l'"eccitazione con depressione" o lo "stupore maniacale"), che Griesinger aveva già individuato in relazione ai deliri, dove si alternano stati depressivi e maniacali e che solitamente sono tipici delle fasi di transizione attraverso le quali si passa dalla depressione alla mania o viceversa. Dal punto di vista della prognosi Kraepelin è convinto che tale patologia sia guaribile, e che solo raramente essa sfoci in una forma di demenza cronica, cosa che solitamente avviene in seguito all'insorgenza di altri disturbi[984].

Se la psicosi maniaco-depressiva non implica un deterioramento delle capacità intellettuali, diversa è l'evoluzione della *demenza praecox*, oggi conosciuta, secondo la denominazione stabilita da Bleuler nel 1911, come schizofrenia, che viene trattata da Kraepelin in modo nuovo rispetto al passato: infatti, egli amplia l'accezione di Morel e considera parte della *demenza praecox* anche i disturbi catatonici descritti da Kahlbaum[985] e l'ebefrenia studiata da Hecker.

Ripercorrendo brevemente alcuni aspetti storici riguardanti l'idea di demenza, va detto che una delle prime descrizioni della *demenza praecox* viene spesso attribuita a Bénédict-Augustin Morel (1809-1873), che l'ha analizzata nel suo intero decorso, dalla prima insorgenza, al pieno sviluppo e fino al completo decadimento. Egli non solo descrive le diverse fasi della malattia, con precisi riferimenti agli stati emotivi che la caratterizzano, ma individua anche gli atteggiamenti tipici che ne derivano, come per esempio la facilità di suggestionarsi, la stereotipia di molte funzioni (anche linguistiche) e alcune forme di negativismo. Negli *Studi clinici* degli anni 1851-1852 egli propone già una significativa descrizione dei pazienti affetti da tale disturbo, sottolineando il disfacimento al quale esso inevitabilmente conduce, una vera e propria degenerazione che poi nel *Trattato delle malattie mentali*, del 1860, egli definisce proprio come "demenza precoce", intendendola come condizione in cui tutte le facoltà mentali all'improvviso si "immobilizzano"[986]. Tale concezione si comprende anche alla luce della cosiddetta "teoria della degenerazione"[987] elaborata proprio da Morel e secondo la quale vi è una vera e propria "deviazione patologica", appunto la degenerazione, che si sviluppa fino al completo disfacimento e alla morte. Tale disturbo non sollecita l'interesse soltanto scientifico ma anche quello

[983] E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, vol. II: *Psichiatria clinica*, cit., pp. 407-408.
[984] Per approfondire l'analisi della psicosi maniaco-depressiva cfr. *ibidem*, pp. 407-482. Si vedano anche A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 85-92; M. Schmidt-Degenhard, *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, cit., pp. 86-102.
[985] Per quanto riguarda la classificazione di Kahlbaum, con particolare riferimento alle parafrenie, psicosi connesse con lo sviluppo fisiologico, e ai disturbi catatonici, legati all'attività motoria, si veda J. Garrabé, *Storia della schizofrenia*, cit., pp. 68-76.
[986] Cfr. J. Garrabé, *Storia della schizofrenia*, cit., pp. 45-49.
[987] Per approfondire la "teoria della degenerazione" cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 99-107.

antropologico, alla luce delle cause che possono provocarlo: del resto, ciò non stupisce, se si pensa alle ricerche antropologiche dalle quali Morel fu comunque molto influenzato. La radice eziologica della degenerazione è varia, perché può avere cause interne ed esterne: per esempio può insorgere per avvelenamenti di vario genere, così come per l'influenza dell'ambiente sociale, oppure potrebbe venire fuori da motivazioni interiori, come per esempio una predisposizione genetica o un'alterazione innata. Ancora, essa può trasmettersi per via ereditaria o può anche essere determinata da una malattia cosiddetta "morale", senza escludere, infine, i casi in cui le disfunzioni fisiche e quelle psichiche agiscono insieme. La malattia degenerativa per antonomasia è proprio la malattia mentale[988]. Del resto, tale concetto di "degenerazione" si allinea, con le dovute differenze, alla concezione della demenza, che appunto viene vista come un graduale disfacimento delle facoltà intellettive[989].

La concezione della demenza di Kraepelin è piuttosto complicata e si lega ad alcune influenze del passato, soprattutto alla classificazione di Kahlbaum, sebbene essa poi subisca evidenti variazioni nel corso delle diverse edizioni del *Trattato di psichiatria*. In realtà, fino alla terza edizione non si notano grandi differenze rispetto alla classificazione del passato, ma a partire dalla quarta si cominciano a vedere alcune novità, poi divenute più evidenti nella quinta. Nella settima edizione, che è quella qui presa in esame, si può cogliere, pertanto, la nuova suddivisione nel frattempo introdotta da Kraepelin, che raggruppa sotto l'accezione di *demenza praecox* diversi disturbi con caratteristiche a suo dire simili. Per quanto, come si è visto, il concetto di *demenza praecox* non costituisca di per sé una novità, certamente innovativa è, invece, l'accezione che adesso esso assume nell'ambito della classificazione kraepeliniana: «Col nome di *dementia praecox* ci sia permesso di riunire provvisoriamente una serie di quadri morbosi la cui comune caratteristica è costituita dall'esito in *particolari stati di debolezza mentale*. Sembra veramente che tale sfavorevole esito non avvenga sempre inesorabilmente, però esso è talmente frequente che noi fino ad una ulteriore dilucidazione delle questioni cliniche che attendono ancora la loro soluzione, dobbiamo mantenere il nome usuale. […] Io non posso dubitare in seguito ai fatti clinici e anatomici, di avere a che fare in tale forma morbosa con gravi alterazioni della corteccia cerebrale, che di regola sono capaci solo di un parziale regresso. Se però il processo morboso sia sempre lo stesso è, allo stato attuale delle nostre conoscenze, assai incerto. Per maggiore chiarezza è forse utile anzitutto distinguere nella *demenza praecox* tre gruppi principali, i quali però senza alcun dubbio sono collegati l'uno all'altro da graduali passaggi. Distingueremo perciò le tre forme: *ebefrenica*, *catatonica*, *paranoide*. La prima di queste è quella forma che io già antecedentemente avevo descritto con il nome di *dementia praecox*; la seconda corrisponde alla catatonia, mentre la terza comprende sia la demenza paranoide, come alcuni casi che venivano per lo innanzi collocati tra le forme di paranoia e che conducono rapidamente ad un alto grado di debolezza psichica. Tutto il campo della *dementia praecox* corrisponde essenzialmente a quei quadri morbosi che venivano indicati precedentemente col nome di "processi demenziali"; io proporrei che si adottasse il nome di *dementia praecox*, perché anche la paralisi (progressiva) e la demenza senile, come pure tutta una serie di altri processi morbosi, possono essere compresi sotto il nome di processi demenziali»[990]. La concezione della *demenzia praecox* viene in tal modo ampliata da Kraepelin e in questo senso si capiscono i dubbi espressi da Jaspers già nel saggio del 1910, dato che così l'idea di

[988] Per la teoria della degenerazione di Morel e il suo sviluppo successivo, con particolare riferimento alla prosecuzione delle ricerche in tal senso ad opera di Valentin Magnan (1835-1916) e alle influenze che essa ebbe su Griesinger e poi su Kraepelin, si veda E.H. Ackerknecht, *Breve storia della psichiatria*, cit., pp. 102-109. Inoltre, per la "disputa franco-prussiana sulla teoria della degenerazione" si veda J. Garrabé, *Storia della schizofrenia*, cit., pp. 49-65.

[989] Cfr. P. Hoff., *Kraepelin and degeneration theory*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 2008, 258, pp. 12-17.

[990] E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, vol. II: *Psichiatria clinica*, cit., pp. 143-144.

demenza finiva di fatto per comprendere aspetti molto diversi, aumentando il rischio di inopportune confusioni concettuali. Tuttavia, è anche vero che Jaspers limita la demenza a "disturbo dell'intelligenza" quando tratta dell'utilizzo dei test di intelligenza: la concezione che poi egli stesso maturerà risulterà in realtà assai più complessa e, tra l'altro, influenzata dalle novità nel frattempo apportate da Bleuler, il quale, parlando di "schizofrenia", avallerà i dubbi jaspersiani in merito alla possibilità di una netta distinzione tra le funzioni della personalità e quelle dell'intelligenza.

Tuttavia, prima delle novità apportate da Bleuler, la concezione di Kraepelin assunse grande rilievo nel panorama psichiatrico del tempo. Dal punto di vista diagnostico, la *demenza praecox* è contraddistinta dalla perdita "dell'unità interna", cioè dell'equilibrio e della coerenza tra le facoltà intellettive, emotive e volitive, che comprende differenti forme di alterazione di alcune funzioni. Se alcuni aspetti, come per esempio la percezione delle impressioni esterne e il senso di orientamento, non sembrano particolarmente alterati, diversa, invece, è la situazione dell'attività sensoriale, che appare molto compromessa ed è spesso contraddistinta da stati di allucinazione che provocano nei malati non poca inquietudine. Inoltre, chi soffre di questo disturbo presenta gravi alterazioni non tanto della coscienza, che riesce in parte a mantenersi stabile, né della memoria, quanto dell'attenzione e dell'interesse per il mondo circostante. Assai alterato risulta anche il "decorso ideativo", che appare sempre più disordinato, così come la capacità critica dei pazienti, che può anche venire a mancare completamente, provocando l'insorgere di idee deliranti. Caratteristico degli stati demenziali è, anche, l'"ottundimento emotivo", un vero e proprio disturbo della volontà che spesso si accompagna a stati di tristezza, di ansia o di esaltazione: esso assume principalmente due forme, caratterizzandosi o come mancanza di volontà o come tendenza a trasformare gli impulsi motori in azioni.

Per quel che riguarda la differenziazione delle forme di *demenza praecox*, Kraepelin specifica che la forma "ebefrenica" è caratterizzata da un'insorgenza molto precoce, di solito nell'età dello sviluppo, ed è caratterizzata, nella maggior parte dei casi, dall'ottundimento emotivo, dal delirio e dal progressivo disfacimento delle facoltà intellettuali. La forma catatonica si distingue, invece, per il decorso caratterizzato dall'alternanza di stati depressivi e maniacali, ai quali seguono spesso, però, condizioni di demenza e di disgregazione mentale. La forma paranoide si differenzia, infine, per la forte presenza di deliri e di allucinazioni: a differenza dalla paranoia vera e propria, in questo caso l'esito consiste in un progressivo disfacimento, accompagnato dall'attenuarsi delle forme deliranti[991].

Nell'ottava edizione del *Trattato di psichiatria* (dalla quale Jaspers riprende la definizione di demenza riportata nello scritto del 1910), Kraepelin, tra le diverse modifiche apportate, rivede la suddivisione delle forme di *demenza praecox*, che ora circoscrive all'ebefrenia, alla catatonia e alle demenze paranoidi, da distinguere in modo netto dalla paranoia (segnata dal "delirio di interpretazione"). Egli ammette, tra l'altro, l'esistenza di psicosi deliranti allucinatorie che non vanno considerate all'interno della *dementia praecox*[992].

La suddivisione della *demenza praecox* proposta da Kraepelin, della quale non è possibile qui, ovviamente, approfondire tutti gli aspetti e le evoluzioni, è molto importante

[991] Per approfondire il concetto di *demenza praecox* di Kraepelin cfr. *ibidem*, pp. 143-231; e anche Id., *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, cit. pp. 21-31. Si veda, inoltre, A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 92-96. Per un'analisi critica a proposito dell'idea di *demenza praecox* nelle diverse edizioni del *Trattato*, fino alla settima, cfr. E. Kraepelin, *Dementia Praecox I*, a cura di G. e P. Kantzas, Pisa, Ets, 1989.

[992] Per questo rimando all'ottava edizione: E. Kraepelin, *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, cit., con particolare riguardo ai riferimenti di Jaspers, nello scritto del 1910, al primo volume, *Allgemeine Psychiatrie*, cit., pp. 515-533. Si veda anche J. Garrabé, *Storia della schizofrenia*, cit., pp. 77-91.

per la successiva classificazione di Bleuler[993], il quale, pur adottando categorie nosologiche diverse, riprende l'articolazione di Kraepelin nelle tre psicosi, ebefrenica, catatonica e paranoide. In questo senso, la *demenza praecox* di Kraepelin[994] pare in qualche modo 'anticipare' l'idea odierna di "schizofrenia"[995].

Jaspers non intende screditare tale riflessione di Kraepelin a proposito della *demenza praecox* e tuttavia le loro posizioni sono per certi aspetti molto distanti, non solo dal punto di vista strettamente medico-scientifico, ma più in generale. Per Kraepelin la perdita dell'unità interiore, che porta al disfacimento delle facoltà intellettuali, caratterizza la demenza come una malattia in qualche modo coerente e della quale, quindi, non c'è molto altro da capire; per Jaspers, invece, essa risulta davvero incomprensibile[996]. La sua riflessione si pone, allora, su un altro piano, visto che se da una parte egli aveva cercato di circoscrivere alcuni aspetti psichici in qualche modo indagabili attraverso i metodi di misurazione dell'intelligenza, dall'altra aveva presto maturato la consapevolezza dell'effettiva impossibilità di ogni netta separazione tra personalità e intelligenza, impossibilità strettamente legata, poi, anche all'incomprensibilità della malattia. Qui emerge, allora, una differenza, se si vuole, concettuale e metodologica rilevante: ciò che non è spiegabile causalmente è, per la psichiatria scientifica di impostazione kraepeliniana, qualcosa che non può neanche essere indagato fino in fondo, in quanto fondamentalmente incoerente e privo di senso. Per Jaspers, invece, le malattie che non possono essere spiegate e che presentano tratti enigmatici e difficili da interpretare sono espressione di aspetti più profondi e incomprensibili della natura umana, aspetti mai del tutto oggettivabili ma non per questo privi di senso: al contrario, essi esprimono la peculiarità della natura umana, che per la sua complessità è destinata a rimanere in parte enigmatica. Proprio perché molti processi psichici non sono di fatto spiegabili né facilmente delimitabili, la nosologia proposta da Jaspers non può seguire la divisione in rigide "unità morbose" ma si articola, piuttosto, guardando ai diversi "complessi sintomatici".

Tale proposta muove proprio dalla critica alla classificazione di Kraepelin, della quale peraltro Jaspers sottolinea le novità e i meriti rispetto alla tradizione, riconoscendo allo stesso Kraepelin anche l'originaria intenzione di non volere proporre una distinzione chiusa e dogmatica. Tali "quadri morbosi", infatti, «sono formati, per lo meno nell'intenzione, dall'osservazione del quadro generale e dell'evoluzione, e mantengono vivo, con la loro *duplicità* e la lotta per i confini, un lavoro di indagine che se non è servito molto per la delimitazione delle malattie, ha portato però ad altri risultati preziosi. Nella costituzione dei due gruppi deve esserci un nucleo stabile di verità, diverso da quello di tutti i raggruppamenti precedenti. La sua esposizione si è imposta in tutto il mondo - ciò che non è riuscito a nessuna precedente classificazione delle psicosi non riconosciute come organiche - ed oggi è teoricamente indiscussa. Inoltre tutti gli sforzi diagnostici si sono intensificati. La tranquillità di una definitiva e comoda rubricazione diagnostica è del tutto superata. L'idea della unità morbosa è stata ed è restata un ideale che ha messo in moto la ricerca psichiatrica»[997]. Tuttavia, per quanto il modello di Kraepelin possa fungere, per la ricerca psichiatrica, soltanto da "orientamento", tale metodo comporta una certa

[993] Per quanto concerne Bleuler e la schizofrenia si veda anche A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., pp. 133-141.
[994] Per ulteriori approfondimenti sulla *demenza praecox* si vedano anche: E. Kraepelin, *Dementia Praecox and Paraphrenia*, edited by R.M. Barclay, Chippenham, Thoemmes Press, 2002 (traduzione parziale da E. Kraepelin, *Psychiatrie*, vol. IV, parte II, sezione sulle demenze endogene. La prima traduzione inglese è: Edinburgh, Livingstone, 1919; l'opera è stata poi ristampata, con un'introduzione storica: New York, Robert E. Krieger Publishing, 1971); A. Jablensky / M.A. Woodbury, *Dementia praecox and manic-depressive insanty in 1908: a Grade of Membership analysis of the Kraepelinian dichotomy*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 1995, 245, pp. 202-209.
[995] Per approfondire la storia dell'idea di *demenza praecox* (poi schizofrenia) cfr. H. Schott / R. Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, cit., pp. 391-402.
[996] Cfr. A. Civita, *Psicopatologia. Un'introduzione storica*, cit., p. 95.
[997] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 610.

problematicità e solleva non poche obiezioni. In primo luogo, «la diagnosi in base al quadro generale si può fare solo se la malattia da diagnosticare si conosce già prima. Ma in base al quadro generale non si possono *trovare* malattie nettamente delimitabili, ma solo tipi, che nei casi particolari presentano ovunque delle "transizioni". L'esperienza insegna che frequentemente esistono casi, dei quali si conosce l'intera biografia e che tuttavia rendono impossibile e inconclusiva una discussione per classificarli in una psicosi maniaco-depressiva o in una demenza precoce»[998]. Inoltre, «*un esito uguale non è una prova per l'identità delle malattie*. Da un lato le più diverse affezioni cerebrali organiche esitano in stati demenziali simili. Dall'altro lato non c'è ragione di credere che la stessa malattia debba guarire in un caso e non in un altro»[999]. Infine, «*l'idea della unità morbosa* non può essere *mai realizzata* nel caso particolare. Perciò la conoscenza della coincidenza regolare delle stesse cause con gli stessi fenomeni, evoluzione esito e reperto cerebrale, *presuppone una completa* conoscenza di tutte le singole coincidenze, conoscenza che sta in un futuro straordinariamente lontano»[1000]. Tali obiezioni di Jaspers, già in qualche modo rintracciabili anche nello scritto del 1910, fanno sì, in definitiva, che egli preferisca affidarsi ad una distinzione basata sui "complessi sintomatici della vita psichica" che formano «tipi generali nell'ambito delle unità morbose»[1001].

5.3 *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie*): le radici del pluralismo metodologico dell'*Allgemeine Psychopathologie*

Durante il tirocinio presso la clinica di Heidelberg Jaspers maturò la percezione che vi fosse un atteggiamento di fondo non del tutto condivisibile nell'approccio psichiatrico praticato nella clinica, e questo non certo perché mancassero gentilezza e umanità nei confronti dei malati, rispetto ai quali, al contrario, vigeva una più che apprezzabile "clemenza psichiatrica", ma per altre motivazioni che proverò a riassumere brevemente. Il clima della clinica era sereno e animato da un atteggiamento filantropico, tuttavia Jaspers vi riscontrava limiti inevitabilmente imposti dalle concezioni metodologiche adottate, ancora sostanzialmente ispirate al cosiddetto "dogma somatico" di Griesinger e all'impostazione clinico-descrittiva di Kraepelin[1002]. Egli riassume così la sensazione che ebbe entrando a far parte di quella importante comunità: «Preso da ogni dato di fatto e da ogni metodo, cercavo di conquistare tutto quanto mi si offriva. La vastissima bibliografia psichiatrica di un periodo di oltre un secolo si rivelò in gran parte un mucchio di chiacchiere senza fondamento. Vi si scopriva qualche perla quando un autore comunicava osservazioni reali con chiarezza di concetti e di espressioni. Spesso si parlava delle stesse cose con parole diverse, per lo più imprecise. Alcune scuole usavano ciascuna la propria terminologia. Pareva che parlassero più lingue e ci fossero variazioni fino al gergo delle singole cliniche. A quanto pareva, non esisteva una comune psichiatria scientifica che tenesse uniti gli studiosi e valesse per tutti. Nelle periodiche presentazioni di pazienti e discussioni nella cerchia dei medici mi pareva talvolta che si ricominciasse sempre da capo, altre volte che si accogliessero i singoli casi in un paio di miseri generi, o si dimenticasse continuamente

[998] *Ibidem*, p. 611.
[999] *Ibidem*, p. 611.
[1000] *Ibidem*, p. 612.
[1001] *Ibidem*, p. 625. Per approfondire l'analisi nosologica di Jaspers e i diversi "complessi sintomatici" che egli individua cfr. *ibidem*, pp. 625-661. In merito alle "distinzioni fondamentali nel campo generale delle malattie psichiche" cfr. *ibidem*, pp. 615-624.
[1002] Per quanto riguarda l'atmosfera generale della clinica, con precisi riferimenti alle terapie adottate e ai metodi seguiti, cfr. K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 27-28. Tra l'altro, Jaspers ricorda anche l'interesse lì mostrato per problemi di natura sociologica e giuridica, come per esempio dimostrano lo studio di Wilmanns sui vagabondi e le riunioni periodiche organizzate anche per i medici, ad Heidelberg, da un'associazione psichiatrico-forense (cfr. *ibidem*, p. 28).

ciò che si era detto. Per quanto rimanessi spesso soddisfatto da ciò che imparavo, altrettanto spesso avevo l'impressione che non si facesse un passo avanti»[1003]. Jaspers avverte subito, dunque, i limiti di un'impostazione scientifica che, cercando di cogliere più elementi possibili, rischiava invece di divenire spesso inconcludente e di disperdersi in innumerevoli teorie che, spesso in contraddizione tra loro, apparivano sempre più astratte e distanti dalla realtà. Questo, però, era solamente una conseguenza dovuta ad un errore basilare e assai più profondo che scaturiva da un'errata considerazione dell'oggetto di indagine: «A me sembrava che quella confusione concettuale avesse un fondamento nella natura delle cose. Oggetto, infatti, della psichiatria è l'uomo e non solo il suo corpo, anzi questo è il meno, ciò che conta è la sua anima, la sua personalità, lui stesso»[1004].

In tale scarsa attenzione per l'"uomo intero" e in questa esaltazione del dato organico Jaspers scorge, dunque, il limite della psichiatria scientifica dei suoi tempi ed è in questa direzione che decide di offrire il proprio contributo critico. L'occasione si crea quando, nel 1911, Wilmanns, insieme all'editore Springer, probabilmente ritenendo validi i suoi primi scritti psicopatologici[1005], in quegli anni già noti, gli propone di scrivere una *Psicopatologia generale*: «La proposta mi sbigottì ma mi conferì ad un tempo lo slancio e la baldanza di coordinare almeno i dati di fatto e di promuovere con tutte le mie forze la coscienza metodica. Tanto più che mi sentivo sorretto dallo spirito della Clinica e dal comune patrimonio. A rigore in quell'ambiente non era difficile scrivere una Psicopatologia generale. Era venuto il momento di svolgere quel compito. Ed io ebbi l'incarico di assumerne l'attuazione»[1006]. Sono queste le radici della *Allgemeine Psychopathologie* di Jaspers, il cui nucleo concettuale, però, non va rintracciato soltanto a partire dall'esperienza compiuta presso la clinica ma anche negli studi filosofici ai quali il giovane psicopatologo si era da sempre dedicato: «Le mie proprie indagini e riflessioni su quanto si era detto e fatto in psichiatria mi avevano portato su vie allora nuove. Per due passi essenziali la spinta mi venne dai filosofi. Della fenomenologia di Husserl, da lui stesso chiamata da principio psicologia descrittiva, adottai il metodo e la sostanza, rifiutando però il suo ulteriore sviluppo fino alla visione dell'essere. Descrivere la vita interiore dei malati come fenomeno nella coscienza mi parve possibile e proficuo. Non solo illusioni dei sensi, ma anche idee folli, modi della coscienza dell'io e dei sentimenti si potevano fissare attraverso le autodescrizioni dei malati con tale chiarezza che in altri casi erano sicuramente riconoscibili. La fenomenologia divenne un metodo di indagine. Dilthey aveva contrapposto alla psicologia teoricamente esplicativa un'altra "psicologia descrittiva e analitica". Io accolsi questo compito, chiamai la materia "psicologia comprendente" ed elaborai i procedimenti, già in uso da gran tempo e di fatto applicati da Freud in maniera singolare, mediante i quali, a differenza dei fenomeni direttamente vissuti, si possono afferrare i collegamenti genetici dei fatti psichici, le relazioni tra i significati, i motivi. Di tutto ciò andai cercando la giustificazione metodica e l'ordinamento oggettivo. Una grande quantità di spunti psicologici noti e disordinati venne a trovare, mi parve, insieme con la descrizione di dati di fatto, la giusta collocazione metodica»[1007]. Così Jaspers ricostruisce le radici dei nuclei concettuali della sua opera, chiarendo sia il suo modo di procedere che le fonti che lo hanno guidato nella stesura di quella che certamente rimane una delle sue opere più significative, se non altro per l'originalità con la quale ci si approccia all'uomo intero.

Ma, al di là delle fonti consultate e delle dichiarazioni dello stesso Jaspers, le basi di tali innovazioni metodologiche si scorgono già nello scritto del 1910 (ancor prima, dunque, che gli venisse 'commissionata' la *Psicopatologia*), dove egli, come si è avuto modo di

[1003] *Ibidem*, pp. 28-29.
[1004] *Ibidem*, p. 29.
[1005] Per una visione complessiva degli scritti psicopatologici di Jaspers si rimanda a KJG I/3, cit.
[1006] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 30.
[1007] *Ibidem*, pp. 30-31.

vedere, aveva già assunto un atteggiamento problematico in merito alla metodologia psichiatrica, prospettando l'introduzione di un metodo basato sulla "comprensione" e sull'"immedesimazione" e proponendo una nosologia che, più che per rigidi "quadri morbosi", procedesse per "tipi". Un ulteriore progresso in tal senso si ha, poi, con lo scritto, del 1913, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, dove Jaspers definisce probabilmente per la prima volta in forma esplicita il metodo del "comprendere", focalizzandosi sulle sue articolazioni interne e, soprattutto, delineando un'importante distinzione tra le connessioni della vita psichica, che distingue in "causali" e "comprensibili". A tale distinzione sarà dedicato proprio un capitolo della *Psicopatologia generale*[1008], nel quale, tra l'altro, è lo stesso Jaspers a rimandare a questo suo scritto[1009]. Alla luce di tali considerazioni e di alcuni chiarimenti bibliografici, intendo qui analizzare brevemente alcuni aspetti metodologici particolarmente rilevanti che risultano dall'opera *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)* e attraverso i quali è possibile fare emergere ulteriori elementi riguardanti la genesi concettuale del metodo psicopatologico proposto da Jaspers.

Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)[1010] preannuncia, infatti, un argomento centrale poi ampiamente trattato nella *Psicopatologia generale*, ovvero l'importanza delle "connessioni" nell'ambito della vita psichica. Ciò è conforme, d'altra parte, alle convinzioni generali di Jaspers, che, come si è visto, aveva sempre mostrato un certo scetticismo rispetto all'idea di una netta suddivisione dei fenomeni psichici in "quadri morbosi", considerandoli troppo complessi e intimamente connessi perché si potesse classificarli e analizzarli senza tenere conto delle loro fondamentali interazioni. Al contrario, tali "connessioni" permettono di superare l'eccessiva staticità e chiusura data da una classificazione rigorosa e di cogliere, invece, le infinite sfumature della vita psichica compresa, per quanto possibile, nella sua autentica pienezza.

Già nello scritto del 1910 Jaspers aveva prospettato l'esigenza di considerare un'altra "serie di metodi" che non si focalizzassero soltanto sulla descrizione oggettiva ma permettessero anche un'"immedesimazione" e dunque una "comprensione" dell'esperienza vissuta del malato. Adesso tale postulato viene esplicitato in modo chiaro attraverso la distinzione tra "comprendere" e "spiegare" e, quindi, tra le connessioni che vi fanno riferimento: «Le connessioni *comprensibili* sono qualcosa di assolutamente diverso rispetto alle connessioni *causali*. Per esempio, noi *comprendiamo* un'azione a partire da determinati

[1008] Nella prima edizione della *Psicopatologia generale* Jaspers approfondisce, rispettivamente nel terzo e nel quarto capitolo, l'analisi delle connessioni "comprensibili" e di quelle "causali" (cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 145-232). In questa sede faccio particolare riferimento alla prima parte, *Die Zusammenhänge des Seelenlebens: I. Die verständlichen Zusammenhänge* (pp. 145-152), della quale esiste una traduzione italiana, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, a cura di S. Achella, in K. Jaspers, *Scritti Psicopatologici*, cit., pp. 115-126. Questi capitoli sono stati poi ampliati e in qualche modo riarticolati (e rinominati utilizzando anche le espressioni "Psicologia comprensiva" e "Psicologia esplicativa") a partire dalla quarta edizione, che rimane successivamente invariata ed è dunque consultabile nella traduzione italiana K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., pp. 326-596).

[1009] Jaspers chiarisce, dal punto di vista metodologico, la differenza tra le "connessioni causali" e quelle "comprensibili", e a tal proposito rimanda proprio a questo suo primo scritto *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)* (cfr. K. Jaspers, *Le connessioni comprensibili*, in Id., *Scritti psicopatologici*, cit., p. 116).

[1010] K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1913, 14, pp. 158–263; poi ripubblicato in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 329-412. Il testo è stato recentemente edito anche in KJG I/3, cit., pp. 383-479 e a tale edizione faccio qui riferimento. Per ulteriori chiarimenti sul testo e per i riferimenti bibliografici essenziali, oltre che per una sua più puntuale contestualizzazione nello scenario psichiatrico del tempo, rimando anche ai commenti dei curatori della KJG I/3 (cfr. *ibidem*, pp. 544-551). Da loro si apprende, per esempio, che il testo arrivò in redazione il 26 novembre 1912 e la sua pubblicazione, avvenuta poco dopo, fu seguita direttamente dal direttore della rivista, Alzheimer (cfr. *ibidem*, pp. 544-545).

motivi, *spieghiamo* un movimento in modo causale attraverso gli stimoli nervosi. Noi *comprendiamo* come da emozioni insorgano stati d'animo, *da* stati d'animo scaturiscano determinate speranze, fantasie e paure, noi *spieghiamo* il venir fuori e lo svanire di disposizioni della memoria, di affaticamento e di rilassamento etc. La comprensione dello psichico a partire da altro psichico si chiama anche *spiegazione psicologica*, e i ricercatori scientifico-naturali, che hanno a che fare soltanto con ciò che è sensorialmente percepibile e con spiegazioni causali, manifestano una comprensibile e giustificata avversione rispetto alla spiegazione psicologica, se essa da qualche parte deve *sostituire* il loro lavoro. Le connessioni comprensibili dello psichico sono chiamate anche *causalità dall'interno*, e dunque contrassegnano l'insormontabile abisso che sussiste tra queste connessioni chiamate causali in modo soltanto figurato e le vere connessioni causali, vale a dire la *causalità dall'esterno*. L'*analisi comprendente* e l'*analisi esplicativo-causale* si intrecciano nella ricerca dell'uomo in un modo certamente molto complicato, ma nella più esatta riflessione metodologica certamente in modo assolutamente visibile e chiaro»[1011]. Questo è l'*incipit* con cui Jaspers apre lo scritto, delineando così per la prima volta la teoria della "spiegazione psicologica" e dando ulteriore impulso, quindi, al suo cosiddetto "pluralismo metodologico".

Distinguendo tra il metodo della spiegazione e quello della comprensione, Jaspers intende concentrarsi sulle connessioni della vita psichica, che egli chiama, rispettivamente, "causali" e "comprensibili" e che vuole cogliere specificandone le differenze anche attraverso il resoconto di casi concreti in qualche modo in grado di attestare se la cosiddetta "spiegazione psicologica" sia valida o meno. L'intenzione è proprio quella di trovare più "materiale" possibile a supporto di questa nuova concezione metodologica. Tuttavia, prima di esaminare i diversi tipi di "connessione" riscontrandoli nei diversi casi concreti, come poi farà riferendosi soprattutto alla *demenza praecox* e rimandando anche ad un'ampia letteratura secondaria, secondo Jaspers è necessario chiarire alcuni aspetti metodologici[1012].

In questo scritto, che qui intendo rileggere soltanto schematicamente e nella prospettiva della *Allgemeine Psychopathologie*, viene infatti delineata in modo più esplicito la differenza tra "*Erklären*" e "*Verstehen*" (sulla quale tornerò, con qualche riferimento storico, anche nel capitolo successivo), intesi come forme diverse della "*Beschreibung*", cioè della descrizione dei fatti indagati: essa può svilupparsi "dall'esterno", cioè attraverso la spiegazione causale, o "dall'interno", dunque per il tramite dell'immedesimazione e della comprensione. Tale differenza genera anche un approccio diverso nell'ambito dello studio delle interazioni della vita psichica, ovvero di quelle "connessioni" che, in base al metodo seguito, potranno essere intese come "causali" o come "comprensibili". Infatti, come poi egli stesso chiarisce bene anche nella *Allgemeine Psychopathologie* del '13, «nella scienza della natura cerchiamo di cogliere *un* solo tipo di connessioni: le connessioni causali. Attraverso le osservazioni cerchiamo le *regole* degli accadimenti. Ad un livello superiore troviamo delle *leggi* e in alcuni ambiti della fisica e della chimica raggiungiamo l'ideale di poter esprimere matematicamente queste leggi causali in *equazioni* causali. *Anche* nella psicopatologia inseguiamo gli stessi scopi. Troviamo *singole* connessioni causali di cui non possiamo neanche conoscere la regolarità […]. Troviamo *regole* […]. Però solo raramente troviamo delle *leggi* […] e non possiamo mai formulare delle equazioni causali come avviene nella fisica o nella chimica. Ciò presupporrebbe una totale *quantificazione* dei processi studiati, il che nell'ambito della vita psichica, la cui *essenza* resta sempre *qualitativa*, *per principio* non è mai possibile senza perdere l'oggetto proprio della ricerca, e cioè la vita psichica. Mentre nella scienza della natura possono essere trovate *solo* connessioni causali, nella psicologia il conoscere viene soddisfatto nel cogliere

[1011] *Ibidem*, p. 383.
[1012] Per l'applicazione dei metodi specifici a casi concreti rimando alla seconda parte dell'opera (cfr. *ibidem*, pp. 393-479).

tutt'*altro* tipo di connessioni. Lo psichico "sorge" dallo psichico in un modo per noi comprensibile»[1013].

Tale distinzione tra un'indagine condotta attraverso la categoria della spiegazione ed una che si affida, invece, alla comprensione non implica soltanto una differenza prettamente metodologica ma rimanda ad una diversa natura delle scienze che vi fanno riferimento, destabilizzando così in modo decisivo la pretesa, da Jaspers ritenuta insensata e mortificante, di considerare la psicopatologia al pari delle scienze esatte. Non vi è certamente, da parte sua, alcun atteggiamento denigratorio nei confronti di tali scienze, piuttosto egli vuole ribadire la diversa natura dell'indagine psichica, che non può essere svolta soltanto attraverso il ricorso a modelli "quantitativi" che finiscono inevitabilmente per snaturare le dinamiche "qualitative", assolutamente fondamentali quando si prende in considerazione l'individuo nella sua pienezza autentica, dunque come "*Leib*", piuttosto che come semplice "*Körper*". Non riconoscere la natura qualitativa dell'indagine psichica significa snaturare la stessa psicopatologia, alla quale invece Jaspers, proprio attraverso questa "seconda serie di metodi", vuole conferire ulteriore dignità, rendendo l'indagine, per così dire, "soggettiva" anch'essa in qualche modo scientifica. Se la spiegazione causale è, in quanto metodo delle scienze della natura, ampiamente riconosciuta e utilizzata, la comprensione, invece, intesa come metodo specifico delle scienze umane, non è altrettanto nota e praticata, ed è per questo che Jaspers intende ora discuterne, definendone in primo luogo l'articolazione e distinguendo, innanzi tutto, il "comprendere statico" dal "comprendere genetico". Lo scopo di *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, poi confermato dalla *Psicopatologia generale*, non è, dunque, meramente polemico e non intende contestare l'uso di differenti metodologie, né imporsi dogmaticamente favorendo l'una o l'altra di queste, piuttosto si propone di sviluppare una distinzione metodologica più convincente e finalizzata ad un ulteriore ampliamento complessivo della riflessione scientifica. Per questo Jaspers sceglie di utilizzare una forma, per così dire, apodittica, in modo da essere, su una questione così importante e delicata, il più possibile chiaro e conciso[1014].

Egli approfondisce, dunque, tutti quei concetti che possono fungere in qualche modo da presupposti per le sue riflessioni metodologiche. Il primo punto, "*Äußerer und innerer Sinn*", riguarda il significato del "senso esterno ed interno": in questo modo Jaspers vuole chiarire cosa si intenda per "causalità dall'interno e dall'esterno". Si deve innanzi tutto guardare alla percezione che avviene attraverso i sensi, che riguarda il rapporto con il mondo esterno e rimanda alle spiegazioni causali: qui si rintraccia l'opera della cosiddetta "causalità dall'esterno", vale a dire si conosce quanto è ritenuto oggettivo perché empiricamente verificabile. Vi è, poi, anche un altro tipo di "descrizione", che riguarda, invece, le dinamiche della vita psichica e che cerca di capire come certe disposizioni scaturiscano da determinate situazioni ed esperienze vissute, così come alcuni stati d'animo da determinate emozioni: si tratta, insomma, di svelare come "lo psichico derivi dallo psichico". Qui non è possibile procedere soltanto attraverso un tipo di spiegazione come quella che riguarda ciò che si percepisce in modo sensibile, ma è più opportuno parlare di "comprensione", cioè di "descrizione dall'interno", dato che si tratta di elementi che devono essere innanzi tutto intesi e condivisi[1015]: «Alla *percezione sensibile* sta di fronte il *vivo richiamare alla mente dello psichico*, alla *spiegazione causale* la *comprensione psicologica*. Dal momento che entrambi i modi di avvicinarsi allo psichico sono chiamati "comprendere", noi distinguiamo tra la comprensione degli stati come comprendere *statico* e la comprensione delle connessioni come comprendere *genetico*. Richiamare alla mente,

[1013] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, cit., p. 116.
[1014] K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., pp. 383-384.
[1015] Cfr. *ibidem*, p. 384.

delimitare, descrivere e ordinare gli stati psichici è il compito della *fenomenologia*, mentre il compito assolutamente diverso della psicologia comprendente è intendere in modo convincente le connessioni psichiche»[1016]. Jaspers aveva già approfondito l'aspetto relativo al "comprendere statico", che ora in qualche modo sviluppa facendo ricorso alla fenomenologia, alla quale aveva già dedicato lo scritto *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*[1017], precedente rispetto alla pubblicazione della *Psicopatologia generale*[1018]. Esso rappresenta, infatti, il primo momento della comprensione, che deve essere capace di "cogliere" i fenomeni psichici a partire della loro effettiva datità, dunque per quanto possibile ancor prima di guardare alle loro connessioni: «Il primo passo per un cogliere (*Erfassen*) scientifico […] è qui uno scegliere, delimitare, separare e descrivere *determinati* fenomeni psichici, che in questo modo sono resi *chiaramente presenti* e sono chiamati regolarmente con una *determinata espressione*. La presentificazione di ciò che nel malato realmente accade, di ciò che egli propriamente vive, di come gli è dato qualcosa nella coscienza […] è la fase iniziale nella quale bisogna tralasciare innanzitutto le connessioni, l'esperienza vissuta come intero, proprio dell'immaginato, del pensato che è posto alla base, delle rappresentazioni teoretiche. Solo ciò che è realmente presente nella coscienza deve essere reso presente, tutto ciò che non è realmente dato nella coscienza non è presente»[1019]. La fenomenologia rappresenta, allora, il metodo che permette di mettere in pratica ciò che poi Jaspers definisce "comprendere statico". Infatti, se in *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)* egli distingue in modo già chiaro tra il "comprendere statico" e il "comprendere genetico", tale distinzione sarà ancor meglio esplicitata nella *Psicopatologia generale*: «La parola "*comprendere*" viene usata in un senso molto ampio. Anche terminologicamente distinguiamo tra due significati completamente diversi, come il comprendere *statico* e il comprendere *genetico*. Nel capitolo sulla fenomenologia ci siamo dedicati al "comprendere *statico*", al

[1016] *Ibidem*, p. 384.

[1017] Cfr. K. Jaspers, *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*, cit. In questa sede faccio riferimento alla traduzione italiana, a cura di A. Donise, *L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia*, in Id., *Scritti psicopatologici,* cit., pp. 27-50. Per una contestualizzazione più dettagliata del metodo fenomenologico, anche in riferimento alla clinica di Heidelberg e ai lavori di Husserl, rimando alla *Nota introduttiva* di A. Donise (*ibidem*, pp. 13-25).

[1018] Per quanto riguarda la fenomenologia cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 24-93. Per le edizioni successive si veda la quarta, del 1946, Id., *Allgemeine Psychopathologie,* cit., pp. 47-129 (per la traduzione italiana cfr. Id., *Psicopatologia generale*, cit., pp. 58-167). Per un raffronto critico si veda, tra gli altri, G.E. Berrios, *Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history*, in «History of Psychiatry», 1992, pp. 303-327.

[1019] K. Jaspers, *L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia*, cit., p. 33. In questo primo scritto, sebbene vi sia un chiaro riferimento al "comprendere", l'attenzione è maggiormente focalizzata sul metodo fenomenologico e sulla distinzione tra "sintomi oggettivi e soggettivi". Lo scopo di Jaspers è attribuire anche ai sintomi soggettivi una valenza scientifica in una qualche misura obiettiva e a tale scopo egli si serve della fenomenologia, ora intesa come metodo per una psicopatologia soggettiva di sicura dignità scientifica. In seguito, poi, la concezione del "comprendere" verrà meglio esplicitata e articolata. Come lo stesso Jaspers dichiara, nella *Autobiografia filosofica*, a proposito degli obiettivi perseguiti dalla *Psicopatologia*, «ho sempre combattuto le mere parole prive di conoscenze reali, specialmente le "teorie" che tanta parte avevano nel linguaggio psichiatrico. Spiegai che le teorie psicologiche erano bensì costruite ad analogia di quelle delle scienze naturali, ma non ne avevano mai acquistato il carattere. In esse infatti veniva a mancare la progressiva evoluzione del sapere intorno a fatti fondamentali che dominano i fenomeni psichici. Prove e confutazioni nell'esperienza, attraverso una costante ricerca di istanze contrarie, non si potevano ottenere con lo studio in comune. In questo metodo, infatti, si trattava soltanto di metafore che, se mai, parevano in certo qual modo plausibili, ma erano possibili in molti modi, non concordavano mai, non erano mai radicalmente verificabili. E per errore venivano trasformate in realtà fondamentali. Io invece in ogni riflessione, e infine quindi anche in questo pensiero teoretico tentavo di scoprire l'elemento che avesse un valore positivo per la scienza. Perciò nella mia "Psicopatologia" diedi un quadro sistematico delle teorie in quanto mezzi per descrivere, mediante metafore, ciò che altrimenti rimarrebbe fuori dall'orizzonte della conoscenza. Si trattava di ottenere uno sguardo d'insieme delle immagini senza farsi schiavi di alcuna di esse» (K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 31-32).

"presentificarsi" degli *stati* psichici, al "portarsi alla datità" delle *qualità* psichiche. Nostro compito in questo terzo capitolo è il comprendere *genetico*, l'empatia, il comprendere delle *connessioni* psichiche, il derivare l'uno dall'altro dello psichico»[1020]. Tale obiettivo si ritrova, d'altra parte, anche in *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, dove Jaspers, trattando del secondo punto, "*Das genetische Verstehen*", si sofferma direttamente sul "comprendere genetico", che viene quindi qui per la prima volta abbozzato nei termini poi più ampiamente sviluppati nella *Psicopatologia generale*[1021].

Per "comprendere genetico", specifica Jaspers, si intende l'immedesimazione attraverso la quale è possibile cogliere come lo "psichico derivi dallo psichico". Quando i contenuti dei pensieri possono essere distinti in modo chiaro secondo le regole logiche, allora queste connessioni si comprendono "razionalmente". Se, invece, tali contenuti del pensiero vengono colti come manifestazioni di stati d'animo, di desideri e di paure, allora essi si comprendono in modo "psicologico o empatico". Il "comprendere razionale" conduce sempre alla conclusione che un "complesso razionale", qual è il contenuto della mente, risulta sempre comprensibile senza ricorrere ad alcuno strumento psicologico, mentre il "comprendere empatico" riporta inevitabilmente all'interno delle connessioni psichiche stesse. Pertanto, se la comprensione razionale è soltanto un aiuto per la psicologia, la comprensione empatica è, per così dire, la psicologia stessa[1022]. È importante distinguere, allora, il processo attraverso il quale si "comprendono" le derivazioni dello psichico dal modo in cui esse vengono soltanto "spiegate". Tali chiarimenti si ritrovano, ulteriormente ampliati, anche nella *Psicopatologia generale*, dove Jaspers sottolinea che «dobbiamo distinguere rigorosamente il *comprendere genetico* del derivare dello psichico dallo psichico dallo *spiegare* attraverso le connessioni causali che abbiamo ora descritto. Quello trova "soggettivamente" ciò che è comprensibile, questo "oggettivamente" ciò che è incomprensibile, ma è regolare e perciò spiegabile. Facilmente per una incomprensione si chiama il comprendere genetico anche "spiegare psicologico". Così spiego l'azione di un uomo "psicologicamente", cioè la capisco, se la riconduco ai suoi motivi, al contrario la spiego causalmente se la colgo come incomprensibile e come conseguenza di un processo del cervello osservabile. All'interno del comprendere *genetico* facciamo ancora una distinzione di fondo. Se secondo il nostro comprendere i *contenuti* dei pensieri derivano in modo intellegibile l'uno dall'altro in base alle regole della logica, allora comprendiamo queste connessioni *razionalmente*. Se però comprendiamo i contenuti di pensiero come scaturiti dagli stati d'animo, dai desideri, dai timori di colui che pensa, allora li comprendiamo solo in modo propriamente psicologico o *empatico*. Se il *comprendere razionale* conduce sempre solo all'osservazione che il contenuto di una mente è una connessione razionale interamente comprensibile senza la psicologia, il *comprendere empatico* ci conduce all'interno delle stesse connessioni psichiche. Se il comprendere

---

[1020] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, cit., p. 117.

[1021] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., p. 384. Interessanti, in questa parte, i riferimenti a Simmel, al quale Jaspers riconosce il merito di avere distinto la comprensione della "parola parlata" da quella di "colui che parla" (cfr. KJG I/3, cit., p. 545, nota 820). Per questo rimando anche a G. Simmel, *Probleme der Geschichtsphilosophie. Eine erkenntnistheoretische Studie*, Leipzig, Duncker u. Humblot, 1892. Inoltre, per quanto riguarda il "comprendere genetico", rimando anche a Max Weber, che Jaspers aveva conosciuto tramite il collega Gruhle, e in particolare a *Roscher und Knies und die logischen Probleme der Nationalökonomie*, in «Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft im Deutschen Reich», 1903, 27, pp. 2–41, 1905, 29, pp. 89–150 e 1906, 30, pp. 81–120. Per approfondire la figura e l'opera di Max Weber, oltre che per un'analisi dettagliata di tale scritto e per le possibili interazioni con il "comprendere" jaspersiano, rimando a E. Massimilla, *Presupposti e percorsi del comprendere esplicativo. Max Weber e i suoi interlocutori.* Napoli, Liguori, 2015. Per quanto riguarda Max Weber e il dibattito su *Erklären* e *Verstehen* cfr. KJG I/3, cit., pp. XXIII-XV.

[1022] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., p. 384.

razionale è solo uno *strumento* di *supporto* della psicologia, il comprendere empatico, conduce invece alla *stessa psicologia*»[1023].

Alla luce, quindi, della centralità che viene così ad assumere la psicologia, il terzo punto di *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, vale a dire "*Verstehende Psychologie und Leistungspsychologie*", è destinato a tracciare la distinzione tra la "psicologia comprendente" e la "psicologia delle prestazioni"[1024], espressioni che Jaspers riprende anche nella *Psicopatologia generale* proprio per rimarcare la differenza tra la "psicologia soggettiva" e la "psicologia oggettiva"[1025].

L'espressione "psicologia comprendente", concepita da Jaspers forse in corrispondenza con quella weberiana[1026] di "sociologia comprendente", non deve essere confusa, quindi, con la "psicologia delle prestazioni", che è invece sostanzialmente legata alla fisiologia e segue, dunque, le regole della spiegazione causale. Non vi è, tuttavia, alcun rapporto antagonistico tra le 'due psicologie', che perseguono obiettivi completamente diversi e sono da collocare, quindi, su differenti piani di indagine e di intervento. Nello specifico, la "psicologia delle prestazioni" segue il metodo sperimentale, si pone obiettivi ben identificati e i risultati che raggiunge sono sempre "misurabili", cioè verificabili empiricamente: infatti, l'esame delle prestazioni avviene attraverso la somministrazione di "compiti" i cui risultati, una volta eseguiti tali compiti, sono oggettivamente valutabili in base a criteri standard prestabiliti. Questo è quanto in parte avviene con i test di intelligenza ai quali si è fatto riferimento: l'intelligenza, intesa da questa prospettiva, è, infatti, una "prestazione" e in quanto tale viene "misurata" con gli strumenti delle scienze naturali, sebbene poi essa, quando è invece considerata nel senso più ampio e dinamico sopra accennato, si possa indagare anche con metodi più prossimi al "comprendere". In realtà, "misurare" una prestazione è un obiettivo comunque difficile da realizzare, dato che non tutte le "prestazioni" sono facili da cogliere in senso empirico. Infatti, esse possono dipendere o essere influenzate da vari fattori, così che si tende a facilitarne l'analisi scomponendo le prestazioni complesse in prestazioni più elementari: si trovano, così, le cause della loro comparsa e si elaborano, poi, teorie fondate sui nessi causali osservati. Espressione di questa "psicologia delle prestazioni" sono anche gli studi sulla memoria, sulla percezione, sulla coscienza e sulla capacità di lavoro. Si è venuta a creare, in altri termini, la struttura di una "psicologia fisiologica" assai distante da qualsiasi tentativo di utilizzare la comprensione e, al contrario, strettamente ancorata alla spiegazione dei nessi causali. Proprio perché il suo obiettivo è legato all'indagine causale, tale psicologia, detta anche "oggettiva", è in grado di conseguire risultati straordinariamente precisi, al contrario di quanto invece ottengono la cosiddetta "psicologia soggettiva" e, per altri versi, la stessa fenomenologia. Allo stesso modo in cui il nesso causale sfugge alla "psicologia

---

[1023] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, cit., pp. 117-118.

[1024] Cfr. KJG I/3, cit., pp. 545, nota 825.

[1025] A partire dalla quarta edizione della *Psicopatologia generale* Jaspers utilizza come sottotitoli dei capitoli dedicati al "comprendere", alle "connessioni comprensibili" e alle "relazioni causali della vita psichica" le espressioni "psicologia comprensiva" e "psicologia esplicativa". Per l'edizione tedesca del 1946 cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 250-470, per quella italiana Id., *Psicopatologia generale*, cit., pp. 326-596. Inoltre, egli dedica un capitolo specifico alla "psicologia delle prestazioni" (cfr. Id. *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 130-187 e Id., *Psicopatologia generale*, cit. pp. 168-242). Come ho avuto modo di dire poco sopra, l'articolazione di queste parti nella prima edizione era leggermente differente e nei titoli non compariva la denominazione "psicologia", differenziata secondo gli ambiti di indagine. L'influsso della psicologia su Jaspers fu molto forte ma probabilmente divenne ancora più esplicito dopo la pubblicazione della *Psychologie der Weltanschauungen* (Berlin, Springer, 1919; traduzione italiana, a cura di V. Loriga: *Psicologia delle visioni del mondo*, Roma, Astrolabio, 1950). A proposito della psicologia, colta nelle sue interazioni con la dimensione psichiatrica, e per l'analisi dei "tipi" sviluppata nella *Psicologia delle visioni del mondo* si veda anche W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., p. 75.

[1026] Cfr. KJG I/3, cit., p. 545, nota 824. Interessante, inoltre, sempre per il rapporto con Weber, la lettera di Jaspers ai genitori nella quale racconta di avere conosciuto Max Weber tramite il collega Gruhle (cfr. *Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, cit., pp. 49-51).

soggettiva", la "psicologia oggettiva" non è in grado di cogliere alcun nesso fenomenologico né alcuna relazione comprendente. La "psicologia oggettiva" e la "psicologia soggettiva" devono essere delineate, dunque, come due differenti prospettive di indagine, ognuna delle quali va valorizzata in relazione allo specifico campo di applicazione: il più grande errore che si può commettere, allora, è quello di non considerare questi due metodi nella loro specificità e complementarietà[1027].

Nel quarto punto dello scritto, "*Die Evidenz des genetischen Verstehens und die Herkunft derselben*", Jaspers si sofferma sull'"evidenza del comprendere genetico" e sulla sua origine. Servendosi anche delle testimonianze della tradizione, egli sostiene che non sempre ogni "evidenza" può essere spiegata e giustificata, anzi. La "psicologia comprendente" si basa proprio sulle esperienze che si distaccano dai contesti completamente impersonali e dunque più facili da contestualizzare e da interpretare. L'evidenza propria della "psicologia comprendente" si ottiene a partire dalla relazione tra persone e non può essere, pertanto, provata induttivamente né verificata attraverso il metodo sperimentale. La sua capacità di porsi come evidenza, e quindi la sua forza persuasiva, è, per così dire, insita in essa stessa. Proprio l'accettazione di tale evidenza costituisce il prerequisito della "psicologia comprendente", allo stesso modo in cui accettare e riconoscere l'esistenza della realtà esterna e delle sue esplicazioni causali è il prerequisito delle scienze naturali. L'evidenza del comprendere genetico riguarda, quindi, la cosiddetta "psicologia dell'immedesimazione"[1028].

Assodato, dunque, che non è possibile dimostrare l'origine dell'evidenza del comprendere, Jaspers, nella quinta parte del lavoro, "*Evidenz des Verstehens und Wirklichkeit, Verstehen und Deuten*", problematizza tale questione, riflettendo, poi, sulle differenze tra "comprendere" e "interpretare". Il giudizio sulla realtà di una connessione comprensibile non si fonda soltanto sull'evidenza di ciò che ogni volta si dà, ma anche sul materiale oggettivo costituito dai contenuti linguistici, dalle creazioni intellettuali, dagli atteggiamenti e così via, che vengono compresi individualmente ma rispetto ai quali permane sempre una certa incompletezza. La comprensione dei singoli processi effettivi rimane, quindi, più o meno un'interpretazione che soltanto in rari casi può raggiungere un maggiore livello di completezza. Se le "connessioni comprensibili" divengono più "evidenti" grazie al confronto con la realtà, le regole causali, invece, sono ottenute in modo induttivo e culminano in teorie empiriche che spiegano la realtà. Al contrario, le "correlazioni geneticamente comprensibili" sono "correlazioni ideal-tipiche"[1029], cioè sono evidenti di per sé e per questo non vengono acquisite in modo induttivo: il loro scopo non è, dunque, costruire una teoria rigorosa, ma comprendere in modo più profondo le dinamiche dei processi psichici e le loro connessioni[1030].

Nel sesto punto dello scritto, "*Grenzen des Verstehen, Unbeschränktheit des Erklärens*", Jaspers chiarisce un'altra differenza sostanziale tra i due approcci, parlando, per dir così, del "limite" della comprensione e della "illimitatezza" della spiegazione.

[1027] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., pp. 384-385.

[1028] Cfr. *ibidem*, pp. 385-386.

[1029] Emerge qui la concezione "idealtipica" di Jaspers, che rappresenta un elemento importante nell'ambito della sua impostazione metodologica, come si è visto anche in riferimento alla costruzione nosologica della *Psicopatologia generale*. Il richiamo all'"idealtipo" presente in questo primo scritto è un'ulteriore testimonianza della propedeuticità metodologica che questo lavoro costituisce rispetto alla successiva *Psicopatologia* e rimanda, ancora, al legame con Weber (per questo si veda KJG I/3, cit., p. 545, nota 830).

[1030] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., pp. 386-387. A proposito di "comprensione e interpretazione", nella *Allgemeine Psychopathologie* Jaspers specifica che «parliamo di comprendere nella misura in cui ciò che viene compreso trova la sua piena espressione attraverso movimenti, espressioni, esternazioni linguistiche, azioni. Parliamo di interpretare quando servono solo punti di appoggio esigui per supportare di una certa probabilità le connessioni già altrimenti comprese nel caso precedente» (K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, cit., pp. 118-119).

Introdurre tale discrimine non vuole comportare, però, una netta separazione tra fisico e psichico, anche perché egli non crede che il comprendere sia da applicare in modo esclusivo al mentale e la spiegazione causale, invece, soltanto all'ambito fisico. Non vi è, cioè, da parte di Jaspers l'intenzione di escludere la spiegazione causale dall'indagine sui processi mentali, che talvolta possono anche essere semplicemente "spiegati", e non necessariamente "compresi". Si è visto, infatti, che la spiegazione causale ha ottenuto risultati soddisfacenti in alcune ricerche psicofisiologiche, come per esempio quelle sullo sviluppo della percezione sensoriale o quelle sulla dipendenza della funzione del linguaggio da alcuni centri cerebrali. Non è neanche escluso, tra l'altro, che gli stati psichici, dopo essere stati "resi presenti" alla coscienza attraverso il metodo fenomenologico, possano essere anche spiegati anche in modo causale. Inoltre, mentre la spiegazione causale non pare soggetta a limiti e potrebbe in teoria svilupparsi all'infinito, il comprendere incontra evidenti limiti nella costituzione stessa della vita psichica: sarebbe un errore, infatti, pensare che l'intera vita psichica possa essere del tutto accessibile alla comprensione, mentre è assai più probabile, invece, che una parte più o meno considerevole ne resti sempre in una qualche misura esclusa.

Pertanto, questi due metodi non devono essere visti come antagonisti perché, anche se agiscono su piani diversi, tra loro vi è una qualche reciprocità ed entrambi sono importanti per la ricerca psicopatologica, nella misura in cui, ognuno dalla propria prospettiva, permettono di cogliere la complessità del mentale[1031]. A questo proposito, nella *Allgemeine Psychopathologie* Jaspers sottolinea: «*Comprendere* e *spiegare* rappresentano quindi delle vie di conoscenza completamente diverse. Ma per questo esse non sono prive di *relazioni* reciproche. La *causalità*, come abbiamo imparato, non ha limiti, essa non termina mai; al contrario delle connessioni causali, le connessioni *comprensibili* indicano semplicemente un *plus*, a cui non è mai concesso, in alcun luogo, di ostacolare il pensiero causale, lo spiegare»[1032].

Tuttavia, quasi a volere evitare che la sua posizione venisse in qualche modo fraintesa, Jaspers, nel settimo punto del primo scritto psicopatologico, "*Arten des kausalen Erklärens in der Psychologie*", esplicita meglio le modalità attraverso le quali la spiegazione causale può essere impiegata in ambito psicologico. La prospettiva causale ricerca in modo induttivo precise regole di coerenza ed è contraddistinta dal succedersi di nessi di cause ed effetti, sebbene nello studio del mentale ci si focalizzi più spesso sulla ricerca delle cause. Data l'estensione e la complessità della vita psichica, non stupisce, quindi, che vi possano essere varie tipologie di spiegazione, ogni volta conformi alla specificità di ciascuna ricerca e agli obiettivi da perseguire, e che quindi la spiegazione causale risulti in genere importante anche in ambito psichico. Si tratta, in altri termini, di connettere gli eventi psichici, per quanto possibile, utilizzando anche questa metodologia, senza però considerarla, ora, in modo assoluto ed esclusivo. Del resto, la personalità dell'individuo, insieme infinito di "connessioni comprensibili", è spesso colta anche con l'ausilio della spiegazione causale, che deve però confrontarsi e fare i conti anche con la realtà inconscia di tale individualità[1033].

Non è da sottovalutare, infatti, l'aspetto legato dell'inconscio, sul quale Jaspers riflette, riferendosi proprio al comprendere, nell'ottavo punto di tale saggio, "*Verstehen und Unbewußtes*". Non è facile stabilire, infatti, quali siano i limiti della coscienza, fino a che livello sia possibile indagare la vita psichica e con quali mezzi. La fenomenologia e la psicologia comprendente sembra rimangano per lo più nell'ambito della coscienza e in ogni caso mostrano limiti precisi. Ciò non significa, però, che esse non abbiano fatto progressi

[1031] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., pp. 387-388.
[1032] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, cit., p. 120.
[1033] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., p. 388.

notevoli, nel senso che man mano hanno messo in luce aspetti dello psichico e dell'inconscio prima trascurati o sconosciuti; si tratta, però, di un processo sempre *in fieri*, dove risulta difficile, se non impossibile, stabilire l'eventuale limite. Anche all'interno di ciò che viene ritenuto inconscio si devono fare, però, alcune distinzioni: Jaspers insiste, a questo proposito, sulla differenza tra l'inconscio cosiddetto "inavvertito", cioè che può sempre in qualche modo diventare, attraverso la psicopatologia comprendente e l'indagine fenomenologica, patrimonio dell'esperienza vissuta, e l'inconscio destinato, invece, a rimanere comunque "extra-cosciente", e dunque non indagabile[1034]. Tale differenza si ritrova anche nella *Psicopatologia generale*, dove Jaspers preferisce parlare di "meccanismi extra-coscienti", anche per evitare equivoci e per distinguersi dalle teorie freudiane e psicoanalitiche in genere, teorie molto distanti, a proposito della concezione dell'inconscio, dalla sua, dal momento che ritenevano che tutto potesse teoricamente diventare accessibile alla coscienza[1035]. Come sottolinea nella sua opera psicopatologica principale, «i *meccanismi extra-coscienti* sono aggiunti mentalmente alla vita psicologica cosciente, essi sono in linea di principio extra-coscienti e in quanto tali non verificabili, e sono sempre teoretici. […] Se *questi* concetti si spingono, seppure solo teoreticamente, nell'extra-cosciente, la fenomenologia così come la psicopatologia comprendente si arrestano invece alla *coscienza*. Ma non è comunque veramente chiaro in base a questi modi di considerare, dove siano i *confini della coscienza*. Essi piuttosto guadagnano sempre più terreno, avanzando sempre più oltre i confini esistenti. La fenomenologia descrive i modi dell'esistenza psichica, precedentemente del tutto *inavvertiti*, e la psicologia comprendente coglie le connessioni psicologiche fin qui *inavvertite* […]. Così ogni psicologo fa esperienza su se stesso che la sua vita psichica si chiarisce sempre di più, che ciò che è inavvertito gli diventa cosciente e che non sa mai di sicuro se è giunto al limite ultimo. È assolutamente sbagliato metter via questo inavvertito – che attraverso la fenomenologia e la psicologia comprendente da *inavvertito* viene reso *saputo* – insieme a ciò che è veramente inconscio, a ciò che è per principio *extra-cosciente*, non avvertibile mai. L'inconscio, come inavvertito, è realmente oggetto di esperienza vissuta. L'inconscio come ciò che è extra-cosciente non è realmente oggetto di esperienza vissuta. Facciamo bene abitualmente a chiamare l'inconscio nel primo senso anche *inavvertito*, mentre nel secondo senso *extra-cosciente*»[1036].

Emergono con maggiore chiarezza, quindi, i compiti della "psicologia comprendente", alla quale Jaspers accenna brevemente nel nono punto dello scritto, "*Die Aufgaben der verstehenden Psychologie*". Qui egli specifica, innanzi tutto, come la "psicologia comprendente" abbia gli importanti compiti di estendere la comprensione a fenomeni prima considerati "insoliti" o addirittura sconosciuti e di individuare le connessioni comprensibili degli stati psicotici[1037]. I medesimi compiti vengono riproposti, tra l'altro con una scelta lessicale assai simile, anche nella *Psicopatologia generale*, dove Jaspers specifica che «la psicopatologia *comprendente* ha due compiti. Essa vuole *estendere* la nostra comprensione a connessioni per noi completamente *insolite*, lontane e addirittura ad un primo sguardo del tutto inconcepibili […]. In secondo luogo vuole conoscere le connessioni comprensibili, in sé uguali ovunque negli stati psichici condizionati da *meccanismi abnormi* […]. In

[1034] Cfr. *ibidem*, pp. 389-389.
[1035] A proposito della critica alla psicoanalisi, così come per la relazione medico-paziente e per il ruolo della psicologia e della patografia nell'ambito teorico e terapeutico delle malattie mentali, rimando a W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., pp. 70-78, dove vengono riportati anche appunti e testimonianze inedite conservate nel lascito.
[1036] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, cit., pp. 122-123.
[1037] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., p. 390.

entrambi i casi la psicopatologia comprendente cerca di estendere la comprensione a fenomeni fin qui *inavvertiti*, a processi che non si consumano al centro della coscienza»[1038].

Infine, Jaspers conclude questa prima sezione del saggio introducendo un decimo punto, "*Verstehen und Werten*", nel quale propone una riflessione, condotta anche alla luce di una breve ricostruzione storica, sul comprendere. L'invito è, innanzi tutto, quello di evitare, per così dire, qualunque tipo di valutazione: infatti, sebbene sia un dato di fatto che tutte le connessioni geneticamente comprensibili vengano di fatto valutate in modo positivo o negativo (mentre si tende ad escludere da tale valutazione, invece, tutto ciò che risulta "incomprensibile"), la psicologia scientifica deve però mantenere un certo rigore ed evitare, quindi, qualsiasi tipo di valutazione, limitandosi piuttosto a cogliere e a riconoscere le connessioni comprensibili soltanto in quanto tali. Occorre, in altri termini, cercare di evitare i giudizi, sebbene essi siano spesso, per così dire, automatici e dunque inevitabili.

Jaspers sottolinea, infine, di avere voluto qui presentare in una forma per quanto possibile organica una più ampia riflessione sul comprendere, soffermandosi in modo particolare sulle "connessioni comprensibili" e cercando di evitare derivazioni, per così dire, "extrascientifiche" che, come è spesso avvenuto in passato, avrebbero inevitabilmente falsato l'intero argomentare, rendendolo di fatto inutilizzabile anche rispetto al fine che egli stesso si era preposto[1039].

La pubblicazione del saggio *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)* ebbe, in linea di massima, una ricezione piuttosto positiva: la distinzione tra connessione causale e connessione comprensibile venne ripresa anche da altri studiosi, come dimostra, per esempio, la scelta di Karl Frankhäuser, il quale, pubblicando una ricerca sulla "causalità psichica", faceva riferimento proprio a Jaspers; così come quella di van Hoop, che utilizzava in modo esplicito proprio tale differenziazione jaspersiana a proposito delle connessioni. Tuttavia, lo scritto fu anche oggetto di diverse critiche, tra le quali quella mossa da Ludwig Binswanger, il quale non condivideva, invece, proprio tale differenziazione tra connessioni causali e connessioni comprensibili, anche perché già i concetti di "comprensione psicologica" e di "causalità biologica" gli apparivano limitativi e, soprattutto, responsabili dello slittamento della "causalità psicologica" su un piano ora divenuto secondario. Jaspers non replicò, scegliendo di aspettare la pubblicazione della *Psicopatologia generale*, edita di lì a poco, che avrebbe in qualche misura potuto rispondere in modo più ampio e argomentato anche a tali obiezioni[1040].

[1038] K. Jaspers, *Psicopatologia generale (1913). Le connessioni comprensibili*, cit., p. 126. Dopo avere delineato i compiti della psicopatologia comprendente, Jaspers illustra (nella prima edizione) l'articolazione della sezione dedicata al comprendere: «Nella prima parte trattiamo la psicopatologia comprendente *in generale*; nella seconda parte le *connessioni comprensibili nei meccanismi abnormi*. Nella terza parte considereremo una *specifica* connessione comprendente, particolarmente importante, l'*atteggiamento del malato rispetto alla malattia*» (*ibidem*, p. 126; cfr. K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, cit., pp. 145-188).

[1039] Cfr. K. Jaspers, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)*, cit., pp. 390-393.

[1040] Per ulteriori dettagli e maggiori ragguagli bibliografici cfr. KJG I/3, cit., pp. XVIII-XIX. Si veda anche L. Binswanger, *Bemerkungen zu der Arbeit Jaspers' Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie)*, in «Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse», 1913, 1, pp. 383–390. A proposito di Binswanger, al di là delle divergenze metodologiche e contenutistiche, è toccante il ritratto che egli traccia di Jaspers psichiatra: «Tra gli alienisti tedeschi, Karl Jaspers è una figura unica nel suo genere, non paragonabile a nessun'altra. Egli non ha diretto nessun istituto statale o privato, non ha mai detenuto una cattedra di psichiatria, né ha mai esercitato una vasta attività psichiatrica privata. In massima parte, egli ha raccolto il suo materiale di osservazione e di esperienza clinica come assistente in un'unica clinica universitaria. […] Ancor prima di lasciare la clinica, egli ha stupito il mondo psichiatrico con un'esposizione sistematica dell'ambito complessivo della psicopatologia generale sorprendentemente matura, ottimamente documentata dal punto di vista clinico e metodologicamente ponderata, che ha rappresentato qualcosa di completamente nuovo all'interno della letteratura psichiatrica, e nei trent'anni trascorsi dalla sua comparsa, non ha trovato sostituti e ancor meno è stata superata» (L. Binswanger, *Karl Jaspers e la psichiatria*, cit., p. 41). Interessante è anche, come dirò, la corrispondenza tra Jaspers e Binswanger. Infine, a proposito del ruolo esercitato da Jaspers in ambito psichiatrico si veda H. Witter,

Ma, al di là di ogni più specifica valutazione in merito e della controversa fortuna dell'opera, *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie)* rappresenta certamente una significativa testimonianza di come le radici del pluralismo metodologico[1041] di Jaspers siano da rinvenire proprio nei primi scritti psicopatologici[1042], e in questo in particolare. I tempi per la genesi concettuale e per l'edizione della *Allgemeine Psychopathologie* erano, insomma, oramai pienamente maturi.

In questo senso, Jaspers ha già ben chiari gli obiettivi da perseguire attraverso tale opera: «La "Psicopatologia" doveva presentare con chiarezza concettuale ciò che si sa, come lo si sa e ciò che non si sa. Il pensiero critico fondamentale esigeva che si comprendesse per quali vie si manifesta un dato oggettivo, del quale sia possibile l'indagine. […] Per la Psicopatologia occorreva tentare un'apertura, la più ampia possibile nel senso scientifico. Il principio della mia "Psicopatologia" era dunque stabilito: sviluppare e ordinare le conoscenze sul filo dei metodi, coi quali si acquisiscono; conoscere il conoscimento e con ciò chiarire le cose. Ma questo significava, a un tempo, che le indagini metodologiche come tali sono indifferenti fin tanto che i metodi non conducono ad effettive conoscenze. […] Mi proposi pertanto di non accogliere nella mia "Psicopatologia" disquisizioni logiche esclusivamente astratte. Si dovevano esporre solo quando rivelassero subito il loro valore con un evidente corredo di conoscenze. Ogni metodo acquista valore soltanto con un contenuto reale, con quanto, cioè, esso consente di osservare. La tendenza fondamentalmente empirica del libro esigeva che evidenza ed effettività fossero le condizioni per vedere in qualcosa una conoscenza psicopatologica. Nello stesso tempo però ne doveva emergere l'eterogeneità dei fatti stessi. […] Perciò il lettore dell'opera doveva non soltanto imparare la materia, ma imparare a pensare come ed entro quali limiti questa materia può essere considerata effettiva. Questo principio di riflessione e sistemazione metodologica mi parve tanto più importante in quanto oggetto della psichiatria è l'uomo. Egli è diverso da tutte le cose del mondo perché nella sua totalità non può diventare oggetto come non lo può diventare il mondo nella sua totalità. Quando viene conosciuto non conosciamo lui stesso, ma qualcosa nel suo apparire. Ogni conoscenza totale dell'uomo finisce col rivelarsi un'illusione la quale ha luogo perché un modo di considerare è preso per unico, un metodo per metodo universale»[1043]. Ecco, dunque, che la *Psicopatologia generale* viene a configurarsi come un'opera che vuole offrire una molteplicità di punti di vista, evitando ogni formulazione dogmatica e, anche, qualunque speculazione eccessiva, distinguendosi, invece, per il profilo rigorosamente scientifico: in tal modo Jaspers intende comprendere l'uomo in modo più ampio e senza incorrere in forzature ermeneutiche né in riduzionismi metodologici. Tuttavia, come per i primi scritti di carattere psicopatologico, così anche nei riguardi della *Psicopatologia generale* non dovevano mancare pregiudizi e atteggiamenti in qualche modo scettici, probabilmente anche per via del contenuto sicuramente innovativo e per certi versi considerato fin troppo 'ardito' che essa presentava. Come ricorda lo stesso Jaspers, «durante la preparazione del libro il mio lavoro nella Clinica incontrò critiche severe, sia

---

Die Bedeutung von Karl Jaspers für die Psychiatrie, in F.W. Veauthier (hrsg.), *Karl Jaspers zu Ehren*, cit., pp. 103-120.

[1041] Per approfondire il pluralismo metodologico di Karl Jaspers rimando, tra gli altri, a: R.P. Warsitz, *Zwischen Verstehen und Erklären. Die widerständige Erfahrung der Psychoanalyse bei Karl Jaspers, Jürgen Habermas und Jacques Lacan*, Würzburg, Königshausen & Neumann, 1990; S. Achella, *Nota introduttiva*, in K. Jaspers, *Scritti psicopatologici*, cit., pp. 67-79; G. Cantillo, *Il pluralismo metodologico e la fenomenologia nella psicopatologia di Karl Jaspers*, in M. Anzalone, A. Donise, P.A. Masullo e F. Miano (a cura di), *Esistenza, ragione e trascendenza. Studi su Karl Jaspers*, Bologna, Il Mulino, 2020, pp. 15-38; J.E. Schlimme, *Karl Jaspers und Psychopathologie und Psychotherapie*, in H. R. Yousefi / W. Schüßer / R. Schulz / U. Diehl (hrsg.), *Karl Jaspers. Grundbgegriffe seines Denkens*, Reinbek, Lau Verlag & Handel KG, 2011, pp. 229-250.

[1042] A proposito dei primi scritti psicopatologici e di alcuni appunti al riguardo conservati nel lascito si veda W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., pp. 62-65.

[1043] K. Jaspers, *Autobiocigrafia filosofica*, pp. 32-34.

amichevoli, sia ostili. Le une e le altre lo favorirono. Il critico più severo fu Gruhle. Quando nelle riunioni si presentava qualcosa di mio pareva non volesse lasciar passare nulla. Io ne ero molto agitato ma quelle critiche furono uno stimolo fecondo»[1044]. Oltre a quelle di Gruhle e di altri psichiatri già largamente accreditati, non mancarono neppure le critiche di molti colleghi coetanei di Jaspers, che lo accusarono, per esempio, di "relativismo", e questo perché egli non abbracciava una sola teoria scientifica, avvalendosi, invece, di punti di vista diversi: un atteggiamento che agli occhi degli studiosi più 'ortodossi' appariva, contrariamente alle intenzioni dell'autore, come una forma nichilismo e di sfiducia nei confronti della scienza[1045]. Diversa fu, invece, la relazione con Nissl, che, come ho già avuto modo di sottolineare, Jaspers stimava molto, nonostante le evidenti differenze di vedute. Il primo approccio tra i due era avvenuto in occasione della tesi di dottorato di Jaspers, *Nostalgia e delitto*, sulla quale Nissl aveva espresso un giudizio positivo, di fatto accettandolo anche come tirocinante presso la clinica. Il confronto con Nissl fu per Jaspers assai formativo e stimolante, forse anche per l'iniziale diffidenza che questi aveva talvolta manifestato verso alcune innovazioni metodologiche proposte dal più giovane studioso, sulle quali, però, fu poi sempre pronto a ricredersi, al cospetto di risultati soddisfacenti e condivisibili, così come avvenne, per esempio, nel caso del metodo fenomenologico applicato ai casi di *demenza praecox*[1046]. Così, quando ebbe pronte le bozze della *Psicopatologia*, Jaspers si sentì in dovere di mostrarle dapprima proprio a Nissl, che tra l'altro era il suo direttore e colui che ne aveva reso possibile la formazione presso quella importante clinica: «Per più di un giorno lo vidi aggirarsi con le bozze nella tasca del camice bianco. A me non disse una parola. Ma da Wetzel seppi che con lui aveva parlato del libro: "grandioso! supera di molto Kraepelin"»[1047].

Ma dopo la pubblicazione della *Psicopatologia generale* non fu soltanto Nissl a restarne positivamente colpito, come si vede, per esempio, anche dalla reazione di Oswald Bumke[1048], il quale definì il libro molto "insolito" e capace di conquistare subito e in un sol colpo un posto permanente nella storia della scienza. Si trattava di un'opera che, a dire di Bumke, costituiva contemporaneamente una conclusione e un nuovo inizio, dal momento che Jaspers superava, di fatto eliminandoli, i "pregiudizi" che avevano a lungo ostacolato il progresso della psicopatologia e, nel contempo, definiva in modo chiaro i presupposti fondamentali della nuova psichiatria[1049].

[1044] *Ibidem*, p. 35. Jaspers ricorda la critica di Gruhle ad uno dei suoi lavori di argomento fenomenologico: «Una sera presentai l'abbozzo di un articoletto sull'indirizzo fenomenologico in psichiatria, vale a dire sui miei esperimenti e progetti. Gruhle sgretolò, si può dire, tutto. Allora, sicuro di essere sulla via giusta, scrissi in pochi giorni l'articolo, esposi ogni cosa con maggiore chiarezza e presentai il manoscritto a Gruhle, il quale con mia grande sorpresa e gioia si dichiarò d'accordo» (*ibidem*, p. 35).

[1045] Cfr. *ibidem*, pp. 35-36.

[1046] Per il rapporto tra Jaspers e Nissl si veda *ibidem*, pp. 36-38. Interessante il confronto tra i due in occasione dell'inizio del tirocinio di Jaspers, quando Nissl, non senza una certa ironia, mostrò qualche stupore dinanzi alla richiesta di Jaspers di iniziare il tirocinio in biblioteca, per rendersi conto del materiale scientifico disponibile a proposito delle tematiche psichiatriche.

[1047] *Ibidem*, p. 37.

[1048] Cfr. O. Bumke, *Psychologie und Psychiatrie*, in «Klinische Wochenschrift», 1922, I, pp. 201–204.

[1049] Per quanto riguarda la testimonianza di Bumke faccio riferimento alla "storia dei lavori" di Jaspers contenuta in W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., pp. 79-82. Il riferimento alla recensione di Bumke della prima edizione della *Allgemeine Psychopathologie* (pubblicata in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1914, 9, p. 50) si trova a p. 79. In questa sezione sono raccolte, inoltre, altre recensioni dei testi di Jaspers, soprattutto della *Psicopatologia* e degli scritti patografici. Lo stesso Bumke recensisce la terza edizione della *Psicopatologia*, del 1923 (in «Klinische Wochenschrift», 1924, 3, p. 169), sostenendo che non è possibile trattare di psichiatria in senso scientifico senza avere letto e "affrontato" tale testo (cfr. *ibidem*, p. 79). Tra le altre recensioni si possono ricordare almeno: quella di J.H. Schultz della terza edizione del 1923 (in «Zeitschrift für angewandte Psychologie», 1926, 27, p. 433), il quale sottolinea la "svolta epocale" che tale opera ha rappresentato per la psichiatria (*ibidem*, p. 79); ancora, in occasione dei venticinque anni della *Psicopatologia generale* K. Schneider sottolinea (in «Nervenarzt», 1938, 11, pp. 281-283) l'innovazione metodologica apportata da tale opera in un contesto nel quale ci si era per lo più riferiti soltanto ai metodi delle scienze della natura (*ibidem*, p. 79); anche Gruhle, che era stato tra i critici

Non mancarono, certamente, le critiche, ma la *Psicopatologia generale* rappresentò comunque una svolta epocale[1050] per la storia della psichiatria[1051], come pure un momento fondamentale per la vita e la carriera di Jaspers[1052]. Infatti, l'entusiasmo di Nissl dopo la lettura dell'opera fu seguito da una grande attestazione di stima, dato che proprio l'illustre direttore della clinica invitò il giovane Jaspers a proseguire la sua carriera e, dunque, a prepararsi per l'abilitazione. Tuttavia, a causa dell'elevato numero di aspiranti docenti, Jaspers non si sarebbe potuto abilitare in quella sede e doveva dunque scegliere se farlo con Kraepelin a Monaco di Baviera o con Alzheimer a Breslau. L'alternativa era, altrimenti, rimanere ad Heidelberg e prendere l'abilitazione in psicologia, presso la facoltà di filosofia. Così, probabilmente pensando che in seguito sarebbe potuto eventualmente rientrare nell'ambito strettamente psichiatrico, egli decise di rimanere ad Heidelberg e, anche con l'aiuto di Weber e di Külpe, nel 1913 ottenne, con Windelband, la libera docenza in psicologia[1053]. E tuttavia questo passaggio "dal mondo della medicina al mondo filosofico dell'Università" segnò un punto di non ritorno nella carriera di Jaspers, il quale, anche per motivi di salute, non rientrò più nell'ambito psichiatrico, neanche quando gli si presentò l'occasione di succedere a Nissl. Dopo averne a lungo discusso con la moglie, che rimase sempre un importante punto di riferimento anche per le sue scelte professionali, egli concluse che le condizioni fisiche non gli avrebbero permesso di assumersi la responsabilità di dirigere una clinica: «La rinuncia mi fu molto dolorosa. Mantenere lo spirito di una clinica, in mezzo a collaboratori consenzienti, sulla linea già adottata, e svilupparlo con gli studi e con la pratica medica: questa era per me la soluzione più desiderabile. E mi pareva assai più che dovermi limitare all'insegnamento accademico con libri e carta, nell'ambito

più severi di Jaspers, esprime il proprio apprezzamento, ora con riferimento alla quarta edizione, del 1946 (in «Nervenarzt», 1947, 18, pp. 380-383), soprattutto per la grande quantità di materiale raccolto da Jaspers e per il modo in cui egli lo ha ordinato (*ibidem*, pp. 79-80). Per quanto riguarda ulteriori recensioni, sulle quali qui non è ovviamente possibile soffermarsi, nonché, più in generale, per alcune discussioni scientifiche intrattenute da Jaspers con i suoi contemporanei si veda *ibidem*, pp. 79-82. Infine, per ulteriori approfondimenti in merito alla risonanza dei lavori psicopatologici di Jaspers e alle recensioni che ne seguirono si veda anche KJG I/3, cit., pp. XXV- XXXIII.

[1050] Per quanto riguarda la rilevanza ancora oggi esercitata dalla *Psicopatologia generale*, con particolare riferimento ai testi critici editi in occasione del centesimo anniversario, cfr. L.H. Ehrlich / R. Wisser, *Karl Jaspers today. Philosophy at the Threshold of the Future,* Washington, Center for Advanced Research in Phenomenology & University Press of America, 1988; T. Fuchs / G. Stanghellini (ed.), *One century of Karl Jaspers' general psychopatholog*, Oxford, Oxford University Press, 2013 (edizione italiana: *Cent'anni di psicopatologia generale di Karl Jaspers*, Roma, L'Asino d'Oro, 2016); P. Fusar Poli, *One Century of Allgemeine Psychopathologie (1913 to 2013) by Karl Jaspers*, in «Schizophrenia Bulletin», 2013, 39, 2, pp. 268–269; H. Häfner, *Karl Jaspers. 100 Jahre "Allgemeine Psychopathologie"*, in «Nervenarzt», 2013, 11, pp. 1285-1290; S. Achella / A. Donise / S. Wagner (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. II: *Psicopatologia Generale*, 2014; D. v. Engelhardt (hrsg.), *Psychopathologie Gestern, Heute, Morgen. Zum 100. Geburstag der* «*Allgemeinen Psychopathologie*» *von K. Jaspers*, Heidelberg, Mattes, 2015.

[1051] Per l'influenza della *Psicopatologia generale* nella storia della psichiatria e della psicopatologia successiva si vedano H. Heimann, *Der Einfluss Karl Jaspers' auf die Psychopathologie*, in «Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie», 1950, CXX, pp. 1-19; W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., pp. 32-38; J. Glatzel, *Zum Problem der Krankheitseinheit in der Psychiatrie seit Jaspers*, in J.M. Burchard (hrsg.), *Psychopathologie. Neue Beiträge zu Klinik und Praxis*, Stuttgart/New York, Schattauer, 1981, pp. 133-145; M. Jäger, *Konzepte der Psychopathologie. Von Karl Jaspers zu den Ansätzen des 21. Jahrhunderts*, Stuttgart, Kohlhammer, 2016.

[1052] Molto toccante è la lettera del 20 giugno 1913 che Jaspers scrive al padre in occasione della pubblicazione della *Psicopatologia generale*. Qui egli gli riferisce come tale opera sia il risultato del suo lavoro scientifico svolto fino a quel momento e gli dice che intende mandargli il lavoro, nonostante sia consapevole che forse lo avrebbe interessato di più un'opera di argomento filosofico, sul quale, però, egli non si sente ancora pronto a scrivere. Gli confida, inoltre, di avergli dedicato il lavoro spinto da motivazioni profonde, tra le quali la consapevolezza che esso affondi le proprie radici ad Oldenburg e la certezza che proprio l'esempio paterno abbia forgiato in modo decisivo la sua personalità e il suo destino (cfr. *Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, cit., pp. 62-63).

[1053] Cfr. K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, cit., p. 47. Si veda anche K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., p. 37.

di fortuite esperienze e viaggi occasionali»[1054]. Per questo motivo la sua carriera si orientò verso la psicologia e la filosofia[1055], il che non ha mai fatto alcuna ombra, però, al suo valore di psicopatologo[1056]. E d'altra parte, la stessa *Psicopatologia generale*[1057] ne risultò ulteriormente arricchita, dal momento che egli continuò a lavorarci, e proprio sotto l'influenza filosofica[1058] poté aggiungervi contenuti certamente significativi: l'opera assunse, così, ulteriore valore scientifico sia in ambito psichiatrico che, più in generale, dal punto di vista umanistico e antropologico[1059].

La genesi e l'originalità della *Psicopatologia generale* risultano indubbiamente legate, comunque, allo "spirito della casa", cioè a quella clinica[1060] della quale Jaspers continuò sempre a sentirsi in qualche modo membro, benché essa dovesse assumere, nel corso del tempo, una nuova fisionomia: i numerosi riconoscimenti e la posizione di rilievo che l'avevano contraddistinta nel panorama scientifico internazionale lo rendevano comunque molto orgoglioso di averne fatto parte e di continuare a sentirla, con uno spirito adesso più ampio e maturo, parte importante della sua esistenza[1061].

Per quanto la popolarità di Jaspers sia stata legata, almeno in un primo momento, alle sue opere filosofiche, in realtà egli nasce, come si è visto, come psicopatologo e il suo contributo alla psichiatria fu forse per certi versi persino più incisivo e rivoluzionario di quello arrecato in ambito filosofico. In realtà, però, la peculiarità di Jaspers consiste proprio nella straordinaria capacità di sintesi tra le istanze proprie della psichiatria e una più ampia considerazione filosofico-critica, il che ne ha determinato l'indubbia originalità nell'uno come nell'altro ambito. Certamente, poi, senza la formazione prettamente medica e psichiatrica probabilmente egli non avrebbe assunto tale spiccata e originale fisionomia scientifica e intellettuale, per cui quando si discute, come spesso accade, dello Jaspers

---

[1054] *Ibidem*, p. 38.

[1055] Per approfondire la figura, l'opera e i molteplici interessi di Jaspers rimane assai utile e chiaro quanto scrive G. Cantillo nella già ricordata *Introduzione a Jaspers*.

[1056] Per approfondire la figura di Karl Jaspers, tra psicopatologia e filosofia, cfr. O. Meo, *Psicopatologia e filosofia in Karl Jaspers*, Firenze, Le Monnier, 1979; P. Ricci Sindoni, *I confini del conoscere. Jaspers dalla psichiatria alla filosofia*, Napoli, Giannini, 1980; S. Achella, *Rimanere in cammino. Karl Jaspers e la crisi della filosofia*, cit.

[1057] Per contestualizzare la *Psicopatologia* nel panorama psichiatrico del tempo si veda anche W. Schmitt, *Die Psychopathologie von Karl Jaspers in der modernen Psychiatrie*, in U.H. Peters (hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Band X: *Ergebnisse für die Medizin (2). Psychiatrie*, Zürich, Kindler, 1980, pp. 46-62. Con più specifico riferimento alla scienza psicopatologica si veda anche C. Scharfetter, *Allgemeine Psychopatologie: eine Einführung*, Stuttgart, Thieme, 2002 (traduzione italiana, a cura di A. Vicari: *Psicopatologia generale*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2018).

[1058] Interessanti, a proposito del percorso compiuto da Jaspers e della sua *Psicopatologia generale*, le testimonianze dei suoi colleghi, per le quali si vedano almeno: R. Gaupp, *Brief an Karl Jaspers*, in K. Piper (hrsg.), *Offener Horizont. Festschrift für Karl Jaspers*, München, Piper, 1953, pp. 149-154; H.W. Gruhle, *Psychopathologie und akademischer Unterricht*, in K. Piper (hrsg.), *Offener Horizont. Festschrift für K. Jaspers*, München, Piper, 1953, pp. 155-168.

[1059] Per una più dettagliata ricognizione delle diverse edizioni della *Psicopatologia generale*, con qualche riferimento anche ad alcuni inediti conservati nel lascito di Jaspers, rimando a W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., pp. 65-69. Significativo, per esempio, è l'appunto, rinvenuto nel lascito e relativo alla terza edizione del 1923, nel quale viene ulteriormente richiamata l'importanza del metodo fenomenologico. Così come interessante è l'annotazione relativa alla quarta edizione del 1946 (da questo momento il testo rimane, come ho avuto modo di ricordare, sostanzialmente invariato fino alla nona edizione del 1973), in realtà già pronta nel 1942 ma poi pubblicata dopo la guerra: qui Jaspers ribadisce la differenza, fornendo anche qualche esempio, tra il metodo esplicativo-causale e quello della comprensione. Infine, rilevanti sono alcuni passaggi tratti dall'epistolario con Kurt Schneider (del quale dirò qualcosa in seguito) dedicati a discussioni metodologiche di rilievo, con specifico riferimento proprio alle fonti del comprendere di cui Jaspers parla nella quarta edizione dell'opera (*ibidem*, pp. 66-69).

[1060] Per ulteriori approfondimenti a proposito del contesto della clinica ai tempi di Jaspers, con qualche riferimento ad alcuni documenti appartenenti al suo lascito, cfr. W. Schmitt, *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, cit., pp. 42-44.

[1061] Cfr. K. Jaspers, *Rede auf Heidelberg*, cit., p. 47.

"esistenzialista" o di quello "storico-politico"[1062] non si deve mai dimenticare neppure la radice medico-psichiatrica della sua vita personale e, soprattutto, professionale: «Strano, se ci ripenso. Ciò che feci allora controvoglia e costretto dal mio male, cioè la definitiva scelta della Facoltà filosofica, fu in realtà l'imbocco della via che mi era predestinata. Fin da ragazzo ero avvezzo a filosofare. Alla medicina e alla psicologia mi ero dedicato per motivi filosofici. Dal fare della filosofia la mia professione mi aveva trattenuto un certo rispetto dinnanzi alla vastità del compito. E in quel momento non ero ancora del parere di occuparmene. […] Il destino così doloroso sul momento a causa della necessaria rinuncia fu realmente la fortuna che mi aprì il campo delle mie possibilità: cioè, negli anni successivi, la filosofia. Ma restai fedele alle fatiche della mia giovinezza: la "psicopatologia" non mi trovò mai indifferente. Il ricordo della comunione spirituale nella Clinica di Heidelberg mi accompagnò per tutta la vita»[1063].

[1062] Per quanto riguarda la poliedricità degli interessi jaspersiani si vedano, per esempio, P.A. Schilpp (hrsg.), *Karl Jaspers*, Stuttgart, Kohlhammer, 1957; H. Gottschalk, *Karl Jaspers*, Berlin, Colloquium, 1966; H. Saner, *Karl Jaspers*, Hamburg, Rowohlt, 1970; Id. (hrsg.), *Karl Jaspers in der Diskussion*, München, Piper, 1973; G.R. Carr, *Karl Jasper as an Intellectual Critic: The Political Dimension of his Thought*, Frankfurt a.M./Bern/New York, Peter Lang, 1983; L. Pareyson, *Karl Jaspers*, Genova, Marietti, 1983; K. Salamun, *Karl Jaspers*, München, Beck, 1985; J. Hersch / J.M. Lochman / R. Wiehl, *Karl Jaspers. Philosoph, Arzt, politischer Denker*, München, Piper, 1986; Y. Örnek, *Karl Jaspers – Philosophie der Freiheit*, Freiburg/München, Karl Alber, 1986: F.W. Veauthier (hrsg.), *Karl Jaspers zu Ehren*, Heidelberg, Carl Winter, 1986; D. Harth (hrsg.), *Karl Jaspers. Denken zwischen Wissenschaft, Politik und Philosophie*, Stuttgart, Metzler, 1989; K. Salamun (hrsg.), *Karl Jaspers. Zur Aktualität seines Denkens*, München, Piper, 1991; F. Miano, *Etica e storia nel pensiero di Karl Jaspers*, Napoli, Loffredo, 1993; W. Schüßler, *Jaspers zur Einführung*, Hamburg, Junios, 1995; R. Wiehl / D. Kaegi (hrsg.), Karl Jaspers. *Philosophie und Politik*, Heidelberg, Universitätverlag Winter, 1999; E. Alessiato, *Karl Jaspers e la politica*. *Dalle origini alla questione della colpa*, Napoli, Orthotes Editrice, 2012; S. Achella / S. Wagner (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, vol. I: *Fede e sapere*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, 2013; M. Deodati / F. Miano / S. Wagner (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, vol. III: *Storia e età assiale*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, 2015; M. Deodati / P. Ricci Sindoni / L. Scafoglio (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, vol. IV: *Jaspers e il Novecento*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, 2016.

[1063] K. Jaspers, *Autobiografia filosofica*, cit., pp. 38-39.

Capitolo sesto

Il *Verstehen* e l'idea di "uomo intero": il rinnovato approccio psicopatologico

Solitamente la critica ha distinto in modo forse troppo netto la riflessione dello Jaspers psicopatologo da quella, per così dire, dello Jaspers filosofo: lo scopo di questo lavoro è stato, invece, mostrare la primigenia dell'interazione tra filosofia e psichiatria, che infatti si scorge fin dalla formazione del giovane Jaspers. Tuttavia, è vero che tale interazione si coglie in modo ancora più chiaro nelle successive edizioni e rivisitazioni della *Psicopatologia generale*, nelle quali si riflette non soltanto la progressiva evoluzione e maturazione del pensiero jaspersiano ma anche il 'passaggio' scientifico e accademico di Jaspers dalla psichiatria alla filosofia al quale ho accennato a conclusione del capitolo precedente. In questo senso, mi pare opportuno concludere questo lavoro mostrando i più significativi punti di interazione che nella *Psicopatologia generale*, nella prima edizione del '13 e poi in modo ancora più esplicito a partire dalla quarta del '46, intercorrono tra l'argomentazione psichiatrica e la riflessione filosofica di Jaspers, al fine non soltanto di ribadirne la continuità ma anche di sottolineare la maggiore consapevolezza filosofica acquisita dallo Jaspers 'maturo', il quale, perfezionando e ampliando la propria opera psichiatrica in parallelo con lo sviluppo delle tematiche di matrice filosofica, appare certamente influenzato da queste e tiene, dunque, a specificare in modo esplicito alcuni presupposti filosofici del proprio argomentare psicopatologico.

Il problema del metodo da applicare all'indagine psichiatrica è già caro al giovane Jaspers, come si è visto, ma è soprattutto a partire dalla sopra ricordata edizione del '46 che egli avverte in modo più esplicito l'esigenza di specificare le fonti filosofiche che ne hanno guidato la riflessione sul metodo, permettendogli di pervenire così, in ambito psichiatrico, al già ricordato "pluralismo metodologico". Proprio nell'edizione del '46, allora, assume ancora più centralità il *Verstehen*, considerato non come metodo esclusivo ma come necessaria integrazione rispetto all'*Erklären*. In questa sede dapprima contestualizzerò brevemente l'argomentazione metodologica intorno alla "comprensione" e alla "spiegazione" nello scenario storico-filosofico, ovvero nell'ambito del più ampio dibattito sui rapporti tra *Naturwissenschaften* e *Geisteswissenschaften*, facendo breve riferimento ad alcuni snodi fondamentali del celebre *Methodenstreit* sviluppatosi in Germania tra la fine dell'Ottocento e la prima parte del Novecento. Successivamente, attraverso una breve analisi comparativa di alcuni passaggi fondamentali della prima e della quarta edizione dell'*Allgemeine Psychopathologie*, proverò a mettere in luce l'importanza di tale discussione 'metodologica' anche per l'evoluzione dell'opera jaspersiana, soffermandomi su eventuali analogie e variazioni che è possibile scorgere rivisitando l'opera. Tale prospettiva serve a dischiudere non soltanto l'aspetto metodologico della psicopatologia ma la stessa visione jaspersiana dell'uomo e della vita, sintetizzabile a grandi linee in quello che il filosofo di Oldenburg definisce l'"uomo intero", cioè l'individuo inteso nella sua poliedricità e totalità, caratteristiche essenziali che anche la psicopatologia ha il dovere di cogliere e di salvaguardare, rispettando così, nelle sue svariati declinazioni, l'irriducibile complessità dell'uomo e della vita. La prospettiva filosofica, insomma, permette di trattare il malato mentale non soltanto come un paziente ma anche e soprattutto come un individuo considerato nella sua irriducibile ed inviolabile complessità, di cui anche la malattia non rappresenta che uno dei tanti aspetti possibili.

6.1 Il dibattito su oggetto e metodo delle scienze umane tra Otto e Novecento

Uno dei grandi temi della filosofia contemporanea, vale a dire la questione dell'oggetto e del metodo delle scienze umane (o dello spirito, o della cultura, secondo le più diffuse variabili linguistiche), viene fuori, in modo più esplicito e diretto, con l'opera

di Wilhelm Dilthey, il quale, lungo l'intero corso della sua complessa e articolata parabola speculativa, ha avvertito l'oramai inderogabile urgenza di fondare scientificamente il sapere intorno all'uomo, affrancandolo, però, da ogni prospettiva riduzionistica, per lo più di matrice positivistica, che pretendeva di ricondurlo *tout court* a quello proprio delle scienze della natura. A partire da lì, poi, diversi importanti intellettuali hanno affrontato tale questione da prospettive diverse e con esiti spesso eterogenei rispetto a quelli maturati, seppure in modo sempre critico e problematico, piuttosto che semplicemente dogmatico e sistematico, dallo stesso Dilthey: Windelband, Rickert e soprattutto Weber (ma si potrebbe dire anche di molti altri, per esempio Droysen, Simmel, Cassirer, i neopositivisti e così via) hanno certamente contribuito in modo significativo a tale dibattito, suscitando questioni ancora oggi in parte, per così dire, aperte e problematiche. Si trattava di definire, innanzi tutto, l'effettiva possibilità di conseguire una qualche forma di sapere intorno all'uomo che fosse autenticamente scientifica; inoltre, occorreva differenziare tale sapere da quello proprio delle *Naturwissenschaften*, che in periodo positivista aveva in qualche modo preteso di rappresentare l'unico modello epistemologico possibile; infine, era necessario cercare di fissare, per tale tipo di sapere rivolto all'uomo, un metodo efficace e adeguato. Tutte questioni, come si vede, di grande complessità e dunque oggetto di non poche discussioni, tanto da costituire il nucleo del cosiddetto *Methodenstreit* che ha caratterizzato in modo pregnante quel periodo fondamentale della cultura filosofica europea che rimane compreso, in linea di massima, tra l'ultimo quarto del diciannovesimo secolo e (almeno) la prima metà del successivo.

Dilthey era interessato a conseguire una fondazione autonoma delle scienze dello spirito in una prospettiva, però, antiriduzionistica nel senso appena accennato (dunque sostanzialmente antipositivistica). Egli riscontrava nel kantismo (nella rilettura operata, per esempio, da Helmholtz) una forma di possibile oltrepassamento dei limiti del positivismo, convinto com'era che comunque la scienza rigorosa, per dirla con Husserl, non fosse l'unica forma possibile di conoscenza autentica: in questo senso, per esempio, egli sottolineò continuamente il grande significato dell'arte e della religione come cifre espressive specifiche dell'umano, in particolare di quello che egli soleva chiamare l'"uomo intero", cioè quello ad un tempo capace di "rappresentare", di "sentire" e di "volere".

Dilthey, seguendo da questo punto di vista la lezione di Trendelenburg, riteneva fondamentale, nell'ambito di una più avveduta considerazione della filosofia, l'aspetto storico, di contro a quello più sistematico di matrice (per esempio) hegeliana, che in qualche modo aspirava al conseguimento di una verità in una qualche misura ritenuta definitivamente accertata e conseguita[1064]. La considerazione della fondamentale dimensione storica della filosofia, come delle altre forme di espressione dell'uomo (ciò che Dilthey, specie nell'ultimo decennio di vita, riassumerà in buona parte sotto il termine di "*Weltanschauungen*"), assume fin dall'inizio un ruolo centrale nell'elaborazione della speculazione diltheyana, assai articolata e complessa ma sostanzialmente sempre centrata sul grande tema della fondazione autonoma delle *Geisteswissenschaften*. E, d'altra parte, Dilthey aveva avuto la fortuna di venire a diretto contatto, soprattutto nel periodo della formazione universitaria a Berlino, anche con importanti esponenti della cosiddetta 'Scuola storica'[1065], dai quali aveva mutuato, per l'appunto, l'idea della costitutiva storicità di ogni sapere intorno all'uomo e quella dell'individualità come cifra caratteristica di tale universo di riferimento, in opposizione al modello positivistico che, invece, rintracciava nella uniformità e nella standardizzazione dei dati, per lo più perseguita attraverso il metodo

[1064] Per quanto riguarda l'importanza di Trendelenburg per la formazione dell'idea diltheyana di filosofia come sapere fondamentalmente storico è utile vedere J. Wach, *Die Typenlehre Trendelenburgs und ihr Einfluss auf Dilthey*, Tübingen, Mohr, 1926, e M. Ermarth, *Wilhelm Dilthey: The Critique of Historical Reason*, Chicago/London, The University of Chicago Press, 1978, specie le pp. 59-62.

[1065] Per questo si veda almeno T. Kornbichler, *Deutsche Geschichtsschreibung im 19. Jahrhundert. Wilhelm Dilthey und die Begründung der modernen Geschichtswissenschaft*, Pfaffenweiler, Centaurus-Verlagsgesellschaft, 1986.

esplicativo-causale, l'unica via di accesso a qualsivoglia forma di sapere scientifico, dunque anche di quello umanistico.

E tuttavia la prospettiva storica individualizzante sostenuta dai maestri berlinesi doveva essere suscettibile, per Dilthey, di ulteriori sviluppi, perché potesse divenire effettivamente praticabile una fondazione rigorosa e per molti versi autonoma delle *Geisteswissenschaften*, come dire il tema centrale del suo intero argomentare[1066]. Si trattava di coniugare, in buona sostanza, l'istanza, di derivazione kantiana, tesa a procedere ad una adeguata fondazione gnoseologica del sapere intorno all'uomo con l'esigenza di storicizzazione del medesimo evidenziata dai maestri berlinesi e rispetto alla quale persino il filosofo di Königsberg, a dire di Dilthey, era stato in una qualche misura manchevole: è questa, per usare un'espressione dello stesso Dilthey, la celebre "critica della ragione storica" con la quale egli, fin dagli anni giovanili (se ne trovano tracce almeno a partire dagli appunti personali del '59), ha inteso in qualche modo ampliare il criticismo kantiano in una prospettiva storica[1067].

Dilthey sosteneva (ma non da solo, certamente) che se da una parte il positivismo aveva reso in qualche misura possibile sfuggire all'astrattezza e alla dogmaticità inevitabilmente astorica dei sistemi idealistici, dall'altra, però, l'assolutizzazione del metodo esplicativo-causale proprio delle *Naturwissenschaften* che lì si sosteneva rischiava di mistificare, fino a stravolgerlo, il dato dell'individualità storica, che invece costituisce l'ineludibile punto di riferimento delle *Geisteswissenschaften*: occorreva dunque rimediare a tale plausibile quanto grave rischio, e ciò appariva possibile affiancando all'*Erklären*, supposto come metodo delle scienze della natura, il *Verstehen*, che invece pareva (seppure, come dirò, non senza problemi) rendere effettivamente praticabile in modo ad un tempo rigoroso ed adeguato la conoscenza scientifica del mondo storico-umano. È proprio questa la direzione ben presto assunta, e poi costantemente mantenuta e perseguita, dall'itinerario teoretico e storiografico della riflessione diltheyana.

Nell'importante opera del 1875 intitolata *Über das Studium der Geschichte der Wissenschaften vom Menschen, der Gesellschaft und dem Staat*, Dilthey si poneva in modo ora più esplicito il problema della fondazione delle scienze dello spirito, sebbene tale scritto dovesse ancora risultare più direttamente segnato da talune influenze di matrice positivista[1068]: egli poneva lì, cioè, il problema delle scienze dello spirito ma senza ancora avere più distesamente elaborato la prospettiva che tenderà, già a partire dalla *Einleitung in die Geisteswissenschaften*, del 1883, a differenziare in modo più preciso i due gruppi di scienze.

Si può dire, utilizzando una schema storiografico oramai ampiamente accreditato e utile a rendere in poche righe la complessità dell'argomentare diltheyano, che durante gli anni '80 del diciannovesimo secolo (assumendo come fulcro fondamentale dell'intero

---

[1066] Si vedano, per questo, ma i rimandi a tal proposito potrebbero essere innumerevoli, le illuminanti pagine della *Einleitung in die Geisteswissenschaften*. *Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. I: *Einleitung in die Geisteswissenschaften. Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte*, hrsg. B. Groethuysen, Leipzig, Teubner, 1922, pp. XVI-XVII (traduzione italiana, a cura di G.A. De Toni, *Introduzione alle scienze dello spirito. Ricerca di una fondazione per lo studio della società e della storia*, Firenze, La Nuova Italia, 1974, p. 7).

[1067] "Critica della ragione storica" è, infatti, l'espressione che compare già negli appunti giovanili di Dilthey e che permane costante fino alle opere dell'ultimo periodo, per esempio il *Plan der Fortsetzung zum Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. VII: *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*, hrsg. B. Groethuysen, Leipzig, Teubner, 1927, pp. 191-293 (traduzione italiana: *Nuovi studi per la costruzione del mondo storico nelle scienze dello spirito*, in P. Rossi (a cura di), *Critica della ragione storica*, Torino, Einaudi, 1954, pp. 293-384).

[1068] W. Dilthey, *Über das Studium der Geschichte der Wissenschaften vom Menschen, der Gesellschaft und dem Staat*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. V: *Die geistige Welt. Einleitung in die Philosophie des Lebens*, I parte: *Abhandlungen zur Grundlegung der Geisteswissenschaften*, hrsg. G. Misch, Leipzig, Teubner, 1924, pp. 31-73 (traduzione italiana, a cura di G. Cacciatore, *Lo studio delle scienze umane, sociali e politiche*, Napoli, Morano, 1975).

periodo la già ricordata *Einleitung in die Geisteswissenschaften*[1069]) Dilthey ha esplicitato con chiarezza il tema della fondazione autonoma delle scienze dello spirito, in linea di massima individuandone e tracciandone le coordinate fondamentali. Successivamente, negli anni '90, egli ha tentato di risolvere attraverso l'analisi psicologica la complicata questione metodologica legata al *Verstehen* come strumento proprio delle *Geistewissenschaften*, cercando al tempo stesso, però, di venire fuori dalla psicologia esplicativa e sperimentale del tempo e di procedere (in verità in modo poi rivelatosi alquanto infelice) alla fondazione di una nuova psicologia analitica e descrittiva[1070].

Ma la nuova via psicologica doveva da subito rivelarsi di fatto impercorribile, e questo sia per la sostanziale insoddisfazione dello stesso Dilthey (che, d'altra parte, non era uno psicologo di formazione e di professione e si era forse, per così dire, avventurato in un progetto da questo punto di vista fin troppo ambizioso) che per le immediate quanto radicali critiche che gli vennero mosse dall'esterno, in modo particolare dal celebre psicologo Hermann Ebbinghaus[1071] e dall'influente filosofo neokantiano Wilhelm Windelband[1072]. Anche per via di tali critiche, oltre che per più che probabili incertezze dello stesso Dilthey, l'idea iniziale di potere fondare le scienze dello spirito sull'esperienza interna (anziché su quella cosiddetta esterna o sensibile, canone metodologico ampiamente riconosciuto dalle

[1069] È certo indicativo che Dilthey abbia pubblicato, in realtà, soltanto il primo volume di tale opera, cercando per l'intera vita di ultimare in una forma per lui soddisfacente il secondo, del quale sono stati poi trovati nel *Nachlaß* diversi abbozzi in stato molto avanzato, segno della difficoltà di portare a compimento il progetto iniziale. E, d'altra parte, si tratta qui di una caratteristica dell'intera opera diltheyana: nonostante i tanti scritti editi e una vita per quei tempi abbastanza lunga (Dilthey morì settantottenne ancora sostanzialmente lucido e attivo), nel suo *Nachlaß* sono stati trovati materiali assai copiosi, abbozzi di opere non compiute, riscritture di interi capitoli e molto altro ancora, segno inequivocabile di una qualche irrequietezza in ordine ai risultati raggiunti e alla difficoltà, come dirò, di procedere ad una fondazione scientifica delle scienze dello spirito senza però sacrificarne il dato costitutivo dell'individualità storica e della sua sostanziale unicità ed irripetibilità.
Per quanto riguarda il reiterato tentativo di completare il secondo volume della *Einleitung* si vedano i materiali ora raccolti nel vol. XIX delle *Gesammelte Schriften*: *Grundlegung der Wissenschaften vom Menschen, der Gesellschaft und der Geschichte. Ausarbeitung und Entwürfe zum zweiten Band der Einleitung in die Geisteswissenschaften (ca.1870-1895)*, hrsg. H. Johach e F. Rodi, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1982 (è stata di recente edita anche la pregevole edizione italiana: *Materiali per il secondo volume della* Introduzione alle scienze dello spirito. *Scritti inediti (1880-1893)*, cura di G. Ciriello, Napoli, Federico II University Press, 2017).
Per quanto concerne il tentativo diltheyano di portare a termine il progetto legato alla *Einleitung in die Geisteswissenschaften* si vedano almeno, di F. Rodi, *Genesi e struttura della "Introduzione alle scienze dello spirito" di Dilthey*, in G. Cacciatore / G. Cantillo (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Critica della metafisica e ragione storica*, Bologna, Il Mulino, 1985, pp. 187-203, e *La ricostruzione del sistema della "Introduzione alle scienze dello spirito"*, in F. Bianco (a cura di), *Dilthey e il pensiero del Novecento*, Milano, Franco Angeli, 1988[2], pp. 168-178.

[1070] Questo tentativo si raccolse attorno all'opera diltheyana probabilmente più significativa dal punto di vista psicologico, vale a dire le *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. V, cit., pp. 139-240 (traduzione italiana: *Idee su una psicologia analitica e descrittiva*, in A. Marini (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Per la fondazione delle scienze dello spirito. Scritti editi e inediti (1860-1896)*, Milano, Franco Angeli, 1985, pp. 351-446).

[1071] Ebbinghaus mosse una critica assai dura alle *Ideen* diltheyane già nel 1896, con un intervento dal titolo *Über erklärende und beschreibende Psychologie* edito sull'importante e diffusa rivista «Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane», 1895/1896, IX, pp. 161-205 (traduzione italiana: *Psicologia esplicativa e psicologia descrittiva,* in A. Marini (a cura di), *Materiali per Dilthey. Ebbinghaus, Yorck-Dilthey, Wundt, Windelband: aspetti del dibattito sulla psicologia,* Milano, Unicopli, 1979, pp. 1-56).

[1072] Windelband attaccò l'opera diltheyana anche nella *Rektoratsrede* (dunque suscitando una grande eco), non a caso intitolata *Geschichte und Naturwissenschaft*, tenuta presso l'Università di Strasburgo nel 1894 (W. Windelband, *Geschichte und Naturwissenschaft*, in Id., *Präludien*, Tübingen Mohr, 1921[6], vol. II, pp. 136-160; traduzione italiana: *Storia e scienza della natura*, in P. Rossi (a cura di) *Lo storicismo tedesco*, Torino, Utet, 1977, pp. 313–332). Dilthey tentò di rispondere alle obiezioni attraverso lo scritto *[Über vergleichende Psychologie]. Beiträge zum Studium der Individualität*, pubblicato in *Sitzungberichte der königlich preußischen Akademie der Wissenschaften* (poi in *Gesammelte Schrften*, vol. V, cit., pp. 241-316; traduzione italiana: [*Sulla psicologia comparativa]. Contributi allo studio dell'individualità*, in A. Marini (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Per la fondazione delle scienze dello spirito. Scritti editi e inediti 1860-1896*, cit., pp. 447-518).

scienze della natura) venne rapidamente meno, dal momento che questa non sembrava adeguatamente osservabile con sufficiente oggettività e con adeguato rigore scientifico. In buona sostanza, la procedura psicologica analitico-descrittiva che Dilthey aveva pensato di collocare, nell'ambito della rinnovata fondazione delle *Geisteswissenschaften*, al posto di quella esplicativo-causale (che di fatto veniva sempre più diffusamente utilizzata anche nell'ambito della psicologia sperimentale del tempo), così da potere in qualche modo accedere alla comprensione del problematico *Erlebnis*, rendendolo in qualche modo 'oggettivo', doveva mostrarsi ben presto scarsamente praticabile.

Tutto questo determinò un diverso orientamento di Dilthey, nell'ultima fase della vita, vale a dire più o meno nell'ultimo decennio (in realtà già dalla fine degli anni '90 e fino al 1911, anno della sua morte), e, dunque, la formulazione dell'importante e per molti versi anch'essa problematica *Weltanschauungslehre*[1073]. Si trattò, in un certo senso, del tentativo di trasferire la ricerca, per così dire, dall'interno all'esterno: piuttosto che cercare di cogliere introspettivamente l'*Erlebnis*, data l'accertata inadeguatezza, a tal fine, della psicologia tanto nella formulazione empirica allora corrente quanto nell'assai improbabile forma analitico-descrittiva immaginata da Dilthey, occorreva ora guardare, piuttosto, alle oggettivazioni storiche (in teoria più facilmente individuabili e riconoscibili) per via ermeneutica. Era necessario, cioè, guardare alle diverse modalità storico-culturali (in buona sostanza le *Weltanschauungen*) attraverso cui l'uomo ha, per così dire, oggettivato se stesso e la propria dimensione interiore, seppur entro certi limiti.

Va ricordato che Dilthey aveva tentato, fin dalla *Einleitung in die Geisteswissenschaften*, di rendere possibile la fondazione autonoma delle scienze dello spirito attraverso l'*Erlebnis*, la quanto mai problematica esperienza vissuta ora posta come elemento di base per la comprensione del mondo umano, incontrando difficoltà più che ragguardevoli quando si era trattato di garantire alle scienze umane, per tale tramite, una forma di plausibile oggettività: a partire da questo punto, poi, l'attenzione diltheyana andò progressivamente spostandosi verso le diverse possibilità di espressione, e dunque di successiva comprensione, dell'*Erlebnis*.

Il nesso *Erlebnis-Verstehen*, vale a dire il tentativo di comprensione dell'esperienza vissuta, è fondamentale nell'economia complessiva dell'opera diltheyana perché è posto alla base del tentativo di fondazione autonoma delle *Geisteswissenschaften*; e tuttavia è soltanto con l'introduzione dell'*Ausdruck* come elemento di mediazione, soprattutto nell'ultima fase dell'opera diltheyana, che l'accertata inafferrabilità, per così dire, oggettivo-scientifica dell'esperienza vissuta per via psicologico-introspettiva viene in una qualche misura oltrepassata (almeno questo è il tentativo diltheyano) dall'attenzione ora rivolta al processo ermeneutico che guarda, piuttosto, alle oggettivazioni storiche (che Dilthey, per certi versi, ha poi modo di rappresentare proprio attraverso le diverse tipologie di *Weltanschauungen*). Così, al nesso *Erlebnis-Verstehen* viene 'sostituito' quello *Erlebnis-Ausdruck-Verstehen*, attraverso il quale la fondazione scientifica delle *Geistewissenschaften* doveva apparire teoricamente più praticabile (ma restando pur sempre in una qualche misura problematica, come testimoniato anche dalle vicende legate alla scrittura tormentata e alla mancata edizione di molte delle opere di quest'ultimo periodo da parte dello stesso Dilthey, come ho avuto modo di accennare in precedenza). Da questo punto di vista, l'espressione doveva in qualche modo costituire il termine di

[1073] Con particolare riferimento alla *Weltanschauungslehre*, va detto che la letteratura critica è andata progressivamente crescendo soprattutto via via che venivano fuori gli inediti diltheyani cui ho fatto breve riferimento. Si vedano, per questo, almeno: G. Misch, *Vom Lebens- und Gedankenkreis Wilhelm Diltheys*, Frankfurt a.M., Schulte-Bulmke, 1947, pp. 28-32; L. Martinez Gomez, *Los Tipos de "Weltanschauung" de Guillermo Dilthey*, in «Pensamiento», 1952, 8, pp. 5-29; G. Cacciatore, *Scienza e filosofia in Dilthey*, Napoli, Guida, 1976, vol. II, specie le pp. 320 e sgg.; K. Acham, *Il contributo di Dilthey alla filosofia della scienza e all'analisi delle visioni del mondo*, in F. Bianco (a cura di), *Dilthey e il pensiero del Novecento*, cit., pp. 76-81; G. Magnano San Lio, *Forme del sapere e struttura della vita. Per una storia del concetto di* Weltanschauung. *Tra Kant e Dilthey*, Soveria Mannelli (Cz), Rubbettino, 2005.

mediazione tra l'esperienza vissuta e il successivo processo ermeneutico che intendeva farvi riferimento: «[…] le scienze dello spirito poggiano sul rapporto di *Erlebnis*, espressione e intendere. Così il loro sviluppo dipende sia dall'approfondimento degli *Erlebnisse* che dalla crescente tendenza all'esaurimento del loro contenuto, ed è nel medesimo tempo condizionato dall'estensione dell'intendere all'intera oggettivazione dello spirito e dalla penetrazione sempre più compiuta e metodica del contenuto spirituale entro le diverse manifestazioni della vita»[1074].

Così Dilthey giungeva all'elaborazione della teoria delle visioni del mondo come tentativo, critico e problematico (e non certo, per dir così, dogmatico e sistematico), di cogliere le oggettivazioni storiche mostrando ogni volta ad un tempo la loro specificità (cioè il dato legato all'irripetibilità dell'individualità storica) e il loro ripetersi, nella storia, per tipologie in qualche modo a grandi linee raggruppabili (sebbene in modo sempre soltanto, per così dire, 'provvisorio') attraverso la comparazione storica: questo rappresentava il tentativo di restare in qualche modo in equilibrio tra i possibili esiti scettico-relativistici (dati dal riconoscimento dell'unicità irripetibile di tutto ciò che è storico, dunque irriducibile all'uniformità *naturwissenschaftlich*) e ogni eventuale conclusione dogmatica e sistematica (cioè la creazione di un qualche sistema definito e definitivo, dunque sostanzialmente antistorico, di visioni del mondo). Si trattava di un tentativo complesso e non certo privo di difficoltà, che peraltro Dilthey aveva ben presenti, come mostrano anche le vicende dei suoi scritti dell'ultimo decennio.

D'altra parte, la necessità di procedere a una rinnovata lettura del sapere intorno all'uomo era scaturita dall'analisi storica comparativa che aveva portato alla constatazione della contraddittorietà dei diversi sistemi filosofici succedutisi nel corso della storia, cosa che poteva essere strumentalmente utilizzata per mostrare la sostanziale incapacità di raggiungere, in tale ambito umanistico, una qualche rassicurante stabilità: «Tra le cause che alimentano continuamente lo scetticismo una delle più incidenti è l'anarchia dei sistemi filosofici. Tra la coscienza storica della loro illimitata molteplicità e la pretesa, di ciascuno di essi, di possedere una validità universale sussiste una contraddizione, la quale sostiene lo spirito scettico in modo molto più potente di qualsivoglia argomentazione sistematica»[1075]. E, ancora, tale processo di reciproca eliminazione dei sistemi filosofici non sembrava lasciare intravedere eccessive speranze in ordine alla possibilità di raggiungere un qualunque grado di validità universale: «Sconfinata, caotica, la molteplicità dei sistemi filosofici sta dietro di noi e si propaga intorno a noi. In ogni epoca, da quando esistono, essi si sono combattuti ed esclusi reciprocamente. E non si mostra alcuna speranza di poter giungere ad una scelta tra loro»[1076]. A questo punto gli esiti ultimi dati dall'esercizio della coscienza storica si profilavano chiaramente all'orizzonte, con evidente conforto di chi sosteneva la strutturale incapacità del sapere intorno all'uomo in ordine alla possibilità di guadagnare una qualche legittimazione scientifica.

In questa prospettiva, si trattava, sostanzialmente, di risalire dalle dottrine filosofiche (ma non solo) che avevano da sempre tentato di comprendere il mondo, rimanendo ogni volta irretite in irrisolvibili contraddizioni, fino alla complessità del *Leben*, della vita, che costituisce ad un tempo il luogo d'origine e il più specifico oggetto di indagine della filosofia e delle visioni del mondo in genere: «La molteplicità dei sistemi che cercano di

---

[1074] W. Dilthey, *La costruzione del mondo storico nelle scienze dello spirito*, in P. Rossi (a cura di), *Critica della ragione storica*, cit., p. 214 (titolo originale: *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften,* in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. VII: *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*, hrsg. B. Groethuysen, Leipzig, Teubner, 1927, pp. 79-188).

[1075] W. Dilthey, *I tipi di visione del mondo e il loro sviluppo nei sistemi metafisici*, in Id., *La dottrina delle visioni del mondo*, a cura di G. Magnano San Lio, Napoli, Guida, 1998, p. 169 (titolo originale: *Die Typen der Weltanschauung und ihre Ausbildung in den metaphysischen Systemen*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. VIII: *Weltanschauungslehre. Abhandlungen zur Philosophie der Philosophie*, hrsg. B. Groethuysen, Leipzig, Teubner, 1931, pp. 75-118).

[1076] *Ibidem*, p. 169.

comprendere la connessione del mondo sta ora in evidente connessione con la vita; essa è una delle più importanti ed illuminanti creazioni della medesima, e così lo stesso sviluppo della coscienza storica, che ha esercitato un'opera tanto distruttiva nell'ambito dei sistemi importanti, dovrà esserci di aiuto per eliminare l'aspra contraddizione tra la pretesa di validità universale di ogni sistema filosofico e l'anarchia storica di questi sistemi»[1077]. La comune provenienza dalla vita (e, dunque, il loro riferirsi ad essa) spiega da un lato la somiglianza tra le diverse *Weltanschauungen* che si sono via via riproposte lungo il corso storico e, dall'altro, il fatto che nessuna di esse sia mai riuscita ad assumere l'auspicata validità universale e, dunque, duratura stabilità: la vita è tanto complessa e irriducibile da non potere mai essere pienamente ricompresa entro un qualche sistema filosofico, che semmai riesce a coglierne soltanto alcuni aspetti, lasciando però sempre fuori gran parte della medesima. Ma tale comprensione, sempre storicamente determinata, dunque parziale, è ben altro rispetto alla certezza esaustiva pretesa dalla spiegazione scientifica: «Ma sempre, nelle esperienze particolari come in quelle universali, i tipi di certezza e il carattere della formulazione delle medesime sono assolutamente diversi dalla validità universale di tipo scientifico. Il pensiero scientifico può controllare il metodo sul quale si basa la sua sicurezza, può formulare esattamente e fondare i suoi principi: il sorgere del nostro sapere dalla vita non può essere controllato nello stesso modo, e non possono essere elaborate formule sicure del medesimo»[1078]. In altri termini, la vita non si lascia mai ricondurre entro i parametri certi e ben delimitati della certezza scientifica, dunque è sostanzialmente inaccostabile con i soli metodi delle *Naturwissenschaften*; ma questo non significa, però, che di essa non si possa avere alcuna idea o comprensione, come Dilthey cercava di mostrare, seppur con le difficoltà che sopra ho brevemente richiamato, attraverso l'elaborazione della *Weltanschauungslehre*, che non è certo in grado di rendere certezze universalmente valide ma non per questo si arrende alle considerazioni del relativismo scettico, dal momento che è comunque capace di rintracciare, nelle diverse visioni del mondo, elementi in qualche modo comuni e, dunque, di relativa 'stabilità'. Ogni visione del mondo, in altri termini, è in grado di restituire alla comprensione soltanto un'esigua parte dell'enigma della vita, ma questo costituisce già in una qualche misura una forma di parziale certezza, purché non si cerchi di attribuire a nessuna di loro validità universale, cosa che non potrebbe determinare altro che lo sterile perpetuarsi del reciproco, continuo e irrisolto contraddirsi, e dunque escludersi, per esempio, dei sistemi filosofici che via via si succedono lungo il corso storico. Si tratta, dunque, di un orizzonte problematico e composito, se è vero che le scienze dello spirito cercano di comprendere ogni volta (sebbene invano) la totalità del mondo e della vita e non già (come fanno, invece, le scienze della natura) di spiegare, attraverso la ricostruzione delle relazioni causali tra i fenomeni, segmenti della realtà in qualche modo sempre parziali e circostanziati[1079].

La visione del mondo, manifestazione *kulturgechichtlich* dell'umano, non ha una dimensione esclusivamente teoretico-gnoseologica, ma è anche capace di fornire, insieme a una prima comprensione della vita e del mondo, un orientamento in grado di guidare concretamente il comportamento dell'uomo nel mondo. Si tratta anche qui, in altri termini, dell'irriducibile complessità dell'"uomo intero"', che "rappresenta", "sente" e "vuole", cioè esercita le proprie complesse funzioni vitali che si riflettono, nel loro indistricabile intreccio, all'interno di ogni *Weltanschauung*: «Le visioni del mondo non sono prodotti del pensiero. Esse non scaturiscono dalla semplice volontà di conoscere. La comprensione della realtà è un momento importante nella loro formazione, ma è, certamente, soltanto un momento. Esse vengono fuori dall'atteggiamento vitale, dall'esperienza della vita, dalla struttura della nostra totalità psichica. L'innalzamento della vita alla coscienza nella conoscenza della realtà, nell'apprezzamento della vita e nell'adempimento della volontà è

[1077] *Ibidem,* p. 172.
[1078] *Ibidem*, p. 175.
[1079] *Ibidem*, pp. 176-178.

il lento e difficile lavoro che l'umanità ha compiuto nello sviluppo delle visioni della vita»[1080]. Nei termini diltheyani, dunque, le visioni del mondo sono connessioni strutturali che indicano la complessità dell'atteggiamento dell'uomo nei confronti della vita e, in questa loro dimensione essenziale, rappresentano l'articolazione composita della vita psichica[1081]: «Questa è la struttura della visione del mondo. Ciò che nell'enigma della vita è confuso, è contenuto come un fascio di compiti, viene qui elevato ad una connessione consapevole e necessaria di problemi e soluzioni»[1082].

In una qualche misura anche per venire fuori dallo spettro del relativismo scettico, da molti individuato come l'esito ultimo dell'esercizio della coscienza storica, Dilthey tenta di raggruppare le visioni del mondo succedutesi nella storia rileggendole attraverso il metodo comparativo e rilevando in tal modo significativi punti di contatto, intersezioni, ripetizioni; ma, procedendo in tale direzione, egli vuole assolutamente evitare, però, proprio per sfuggire agli esiti ultimi di qualunque sistematizzazione definitiva, destinata inevitabilmente a cadere sotto i rilievi della critica storica, il riferimento a qualunque filosofia della storia, cioè a qualsivoglia rigida legge di formazione delle medesime. Esse costituiscono, invece, soltanto un modello interpretativo suggerito dall'analisi comparativa della coscienza storica, senza volere certo rappresentare in alcun modo, secondo Dilthey, l'ennesimo tentativo di edificare una sistematica filosofica con pretese di validità universale che la stessa coscienza storica mostrerebbe poi, per l'appunto, più o meno rapidamente come del tutto insostenibile.

L'itinerario speculativo di Dilthey, pur così complesso e articolato, si è sviluppato, dunque, attorno al nucleo fondamentale costituito dal tentativo di pervenire ad una fondazione autonoma delle *Geisteswissenschaften*. Alla differenza dell'oggetto di riferimento, rispetto a quello proprio delle *Naturwissenschaften* (il mondo storico-umano lì, il contesto fisico-naturale qui), doveva corrispondere anche un metodo differente e appropriato: così all'*Erklären* di queste ultime doveva contrapporsi il *Verstehen*, non senza le complicazioni e le difficoltà che ho brevemente accennato con le quali Dilthey ebbe a confrontarsi fino alla fine della sua lunga parabola intellettuale ed esistenziale. E tale tematica dovette essere ripresa da diversi importanti intellettuali del periodo e dei decenni immediatamente successivi, così da percorrere, con prospettive ed esiti diversificati, l'intero dibattito della filosofia contemporanea.

Windelband, nella già ricordata *Rektoratsrede* del '94, pur senza citare esplicitamente Dilthey, ne criticava fortemente la dottrina in alcuni suoi punti nevralgici. Per prima cosa, ed era un dato tutt'altro che secondario nell'economia complessiva del discorso diltheyano, egli accostava la psicologia alle scienze della natura, vanificando, dunque, uno dei presupposti fondamentali dell'impianto speculativo del filosofo di Biebrich, che invece l'aveva posta a fondamento delle scienze dello spirito, tra l'altro attribuendole un ruolo di primo piano già nella *Einleitung in die Geisteswissenschaften*. Inoltre, Windelband riconduceva la distinzione tra *Geisteswissenschaften* e *Naturwissenschaften*, vale a dire uno degli assi portanti del pensiero diltheyano, sostanzialmente a un problema di metodo: mentre le prime tenderebbero alla caratterizzazione del particolare (facendo dunque riferimento al modello delle scienze cosiddette idiografiche), le altre sarebbero volte alla conoscenza dell'universale (dunque dovrebbero riferirsi al paradigma delle scienze nomotetiche). Inoltre, Windelband aggiungeva, e non era poco, che qualunque oggetto di studio avrebbe potuto essere trattato tanto dalla prospettiva idiografica quanto da quella nomotetica, negando così di fatto la differenza 'oggettuale' individuata da Dilthey come uno degli elementi discriminanti dell'intera questione.

Se da un punto di vista più generale, dunque, Windelband aveva già fortemente messo in discussione l'innovativo paradigma scientifico diltheyano, il discorso si faceva ancora

[1080] *Ibidem*, pp. 181-182.
[1081] *Ibidem*, pp. 178-179.
[1082] *Ibidem*, p. 179.

più impegnativo e insidioso quando egli cercava in qualche modo di rimediare a quelle che riteneva essere pericolose quanto inevitabili radicalizzazioni dello storicismo diltheyano in una qualche misura sottraendo al divenire storico, nell'ambito della sua filosofia dei valori, alcuni valori ideali o norme metaempiriche, collocandoli fondamentalmente nei domini della logica (con riferimento al valore del vero), dell'etica (in relazione al valore del bene) e dell'estetica (ora guardando al bello), dunque tentando di guadagnare in tal modo una dimensione di più rassicurante fondazione e fondamento universale cui potere di volta in volta riferire i giudizi, dal momento che in tal modo ogni giudizio logico, etico ed estetico tendeva a perdere, o quanto meno a limitare, l'incerta costituzione storica per appellarsi ad una certo più rassicurante dimensione, per così dire, universale ed oggettiva (che a Dilthey, però, probabilmene sarebbe sembrata in qualche modo dogmatica ed antistorica).

Le considerazioni teoriche e metodologiche di Windelband dovevano avere, anche per il ruolo e il prestigio che gli erano riconosciuti in seno alla comunità scientifica, un effetto assai rilevante nell'ambito del dibattito relativo alla distinzione tra le *Geisteswissenschaften* e le *Naturwissenschaften* e i loro rispettivi metodi, benché Windelband non vi dedicasse certo le medesime energie intellettuali che vi aveva destinato Dilthey, volgendosi presto e con maggiore ampiezza prevalentemente agli studi di carattere più specificamente storico-filosofico. Ma all'effetto tutt'altro che trascurabile legato alle considerazioni di Windelband si aggiunse quello non meno incisivo suscitato dagli interventi del suo allievo Rickert, che già nel '92 aveva pubblicato *Der Gegenstand der Erkenntnis*[1083], lo scritto di abilitazione ispirato alle posizioni di Windelband e, più in generale, del trascendentalismo kantiano e, tra l'altro, volto a riaffermare la stabilità e la fondatezza del soggetto gnoseologico contro le tendenze in buona sostanza considerate psicologistiche e relativistiche di Dilthey (e non solo).

Rickert poneva in prima evidenza la necessità di riconoscere una qualche rassicurante oggettività al giudizio gnoseologico (e questo proprio contro le pericolose inclinazioni psicologistiche e le conseguenti possibili curvature relativistico-scettiche attribuite a Dilthey e ad altri), distinguendo nettamente tra il soggetto (rigorosamente trascendentale) e l'oggetto (riconducibile anche qui ad una serie di valori in qualche misura oggettivi) della conoscenza. Proprio in questa prospettiva egli riprendeva la critica a Dilthey e ai suoi presunti residui psicologistici anche in *Die Grenzen der naturwissnschaftlichen Begriffsbildung*[1084] e in *Kulturwissenschaft und Naturwissenschaft*[1085], dove tra l'altro procedeva alla definitiva 'sostituzione' (poi di fatto accolta anche da Max Weber) del termine *Geist* con quello di *Kultur*, finendo in qualche modo per identificare quest'ultima, in buona sostanza ma con le dovute differenze specifiche, con lo spirito oggettivo di matrice hegeliana[1086].

Anche per Rickert, dunque, i valori non potevano essere che essenze eterne, necessariamente indipendenti dal soggetto, e toccava alla filosofia tentare di classificarli (egli ne identificava fondamentalmente sei domini: logico, estetico, mistico, etico, erotico e filosofico-religioso): in questo senso essa avrebbe un compito infinito in quanto se da un punto di vista, per così dire, formale riesce ad identificare i valori, dalla prospettiva dei contenuti, invece, questi ultimi si rivelano lungo il corso storico soltanto in modo progressivo. Si può dire, dovendo anche qui in qualche modo, per ovvi motivi,

---

[1083] H. Rickert, *Der Gegenstand der Erkenntnis. Ein Beitrag zum Problem der philosophischen Transcendenz*, Freiburg i. B., Mohr, 1892.

[1084] H. Rickert, *Die Grenzen der naturwissnschaftlichen Begriffsbildung,* Hildesheim, Olms, 1896 (traduzione italiana, a cura di M. Catarzi, *I limiti dell'elaborazione concettuale scientifico-naturale: un'introduzione logica alle scienze storiche*, Napoli, Liguori 2002).

[1085] H. Rickert, *Kulturwissenschaft und Naturwissenschaft*, Tübingen, Mohr, 1915.

[1086] Per quanto riguarda Rickert e più in generale la filosofia neokantiana, come pure per Weber e il complesso sistema di relazioni sviluppatosi attorno a questi importanti esponenti della filosofia tedesca contemporanea si vedano, di E. Massimilla, *Presupposti e percorsi del comprendere esplicativo. Max Weber e i suoi interlocutori*, cit. e *Tre studi su Weber. Fra Rickert e Von Kries*, Napoli, Liguori, 2010.

schematizzare, che Windelband e Rickert metodologicamente riaffermavano l'esigenza, assolutamente primaria, di salvaguardare il soggetto trascendentale (di fatto ribadendone consistenza e stabilità), ora inteso come colui che conosce i valori (ritenuti in una qualche misura oggettivi, sebbene la loro rivelazione avvenga soltanto in modo progressivo lungo il corso storico), mentre Dilthey, invece, aveva inteso storicizzare anche il soggetto kantiano, cioè aveva voluto perseguire quella che fin dagli appunti giovanili aveva indicato come "critica della ragione storica".

Nel frattempo Dilthey, come ho già ricordato, rispondeva alle critiche (soprattutto a quelle mosse da Ebbinghaus e dai neokantiani) con il saggio del''96 intitolato *[Sulla psicologia comparativa]. Contributi allo studio dell'individualità*, dove, di fatto ribadendo ancora una volta la propria posizione, rifiutava ogni ipotesi di riconduzione e di riduzione del significato autentico delle scienze dello spirito alla semplice validità logico-formale dei processi gnoseologici: per lui, infatti, rimaneva assolutamente essenziale e ineludibile la dimensione storica, dunque la costituzione storico-individuale del soggetto, che egli considerava altra cosa rispetto alla soggettività trascendentale ripresa e variamente riproposta, tra gli altri, da Windelband e da Rickert. Egli negava, infatti, che il pensiero, per così dire, logico-esplicativo bastasse a rendere appieno la complessità dell'esperienza umana: la relazione soggetto/oggetto, interno/esterno è, infatti, essenzialmente dinamica, storica, mai rigidamente uniformabile, tant'è che egli preferiva recuperare, in luogo di tale coppia terminologica (sostanzialmente riferibile al processo gnoseologico), quella assai più ampia e significativa di io/mondo. Per Dilthey, inoltre, anche i valori non potevano che essere considerati storici, e non in una qualche misura oggettivi, com'era, invece, per Windelband e Rickert. Anche soltanto alla luce di queste indicazioni di massima, necessariamente sintetiche ed essenziali, ben si comprende come le due prospettive fossero destinate a rimanere distanti e sostanzialmente inconciliabili: per Dilthey il mondo storico rimaneva l'irrisolto luogo dell'accadere dinamico del rapporto io/mondo, mentre per i neokantiani era invece assolutamente essenziale e prioritario il riferimento rassicurante a una serie di valori in qualche modo considerati oggettivi.

I neokantiani ripresero e svilupparono, sostanzialmente, la prospettiva trascendentale kantiana, nel senso che, per quanto concerne l'argomentazione qui in discussione, cercarono di ovviare in qualche modo al pericolo rappresentato dalla radicalizzazione (in senso scettico) della coscienza storica cui aveva fatto riferimento Dilthey, ricollocando al centro dell'intera questione il soggetto gnoseologico trascendentale, da una parte, e il mondo oggettivo dei valori, dall'altra, dunque sostanzialmente riconducendo la questione relativa alla distinzione tra *Geisteswissenschaften* e *Naturwissenschaften* a un problema di metodo.

Un passo per alcuni versi più deciso e radicale, se non altro sul piano della diffusione e delle conseguenze più generali, fu poi compiuto, con riferimento al *Methodenstreit*, da Max Weber. I saggi metodologici in cui egli si è occupato di tali questioni vanno, a grandi linee, da *Roscher und Knies und die logischen Probleme der historischen Nationalökonomie*[1087], al più tardo *Der Sinn der "Wertfreiheit" der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften*[1088]. Importanti, nella medesima prospettiva, rimangono

[1087] M. Weber, *Roscher und Knies und die logischen Probleme der historischen Nationalökonomie*, Berlin, Duncker & Humblot, 1906 (traduzione italiana: *Roscher e Knies e i problemi logici della scuola storica dell'economia*, in Id., *Saggi sulla dottrina della scienza*, Bari, De Donato, 1980). I saggi metodologici di Weber sono poi stati editi nei *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Tübingen, Mohr, 1922.

[1088] M. Weber, *Der Sinn der "Wertfreiheit" der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften*, in «Logos», 1917, VII, pp. 40-88 (traduzione italiana: *Il senso della 'avalutatività' delle scienze sociologiche ed economiche*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, a cura di P. Rossi, Torino, Einaudi, 2003, pp. 241-303). Per quanto riguarda le questioni qui all'attenzione, con particolare riferimento a Max Weber, rimane utile l'*Introduzione* di P. Rossi al volume da ultimo citato, pp. VII-XL, alla quale qui faccio in qualche modo riferimento).

anche *Die 'Obiektivität' sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis*[1089] e *Kritische Studien auf dem Gebiet der kulturwissenschaftlichen Logik*[1090], ma si può dire che la problematica in questione corre, più o meno esplicitata, anche in molte altre sue opere. In realtà va notato, però, come egli non abbia mai di fatto destinato un'opera, per così dire, sistematica e specifica alla dottrina e al metodo storico-sociali, limitandosi per lo più a fornire considerazioni più o meno articolate, di volta in volta, nei diversi saggi, di varia natura, cui andò man mano dedicandosi. Il dato può certamente assumersi, tra l'altro, anche come cifra dell'oramai avvenuto spostamento dell'attenzione, nell'ambito del dibattito *geistewissenschaftlich*, su altre questioni nel frattempo intervenute.

Weber (ma, anche qui, in estrema sintesi) tentò di evitare tanto la prospettiva del riduzionismo di matrice positivistica quanto il presunto psicologismo di Dilthey. Egli cominciò ad assumere una posizione più netta ed esplicita, nell'ambito di tale dibattito, probabilmente nel 1903, muovendo, in buona sostanza, da una precisa critica alla convinzione diltheyana in virtù della quale la comprensione sarebbe, se riferita alle scienze dello spirito, maggiormente proficua (nel senso che conterebbe su qualcosa di ulteriore e di più essenziale ai fini di una più autentica conoscenza di tale ambito) rispetto alla spiegazione. Anche se non parla spesso in modo esplicito e diretto di Dilthey, la sua critica è però chiaramente rivolta anche ad alcuni presupposti fondamentali della prospettiva elaborata dal filosofo di Biebrich.

Per Weber occorreva superare assolutamente la soggettività cui rimaneva inevitabilmente affidato l'*Erlebnis*, cioè era necessario procedere in qualche modo alla sua trasposizione su un piano, per così dire, oggettivo; il problema decisivo era costituito dal fatto che se da una parte è vero che l'*Erlebnis*, così come la comprensione che cerca di farvi riferimento, risulta in linea generale tutt'altro che inutile o improduttivo, d'altra parte appare altrettanto evidente anche il fatto che non vi è probabilmente alcun modo per rivivere tale esperienza in maniera piena ed effettiva (né per quanto riguarda la propria esperienza vissuta, né, a maggior ragione, con riferimento a quella di altri), ecco perché occorreva necessariamente uscire fuori da tale situazione di sostanziale difficoltà per dare al comprendere una qualche più plausibile connotazione, per dir così, di oggettività scientifica.

Weber, in buona sostanza, intendeva superare, nell'ambito dell'elaborazione del proprio modello di scienze storico-sociali, la contrapposizione nel frattempo emersa tra comprensione e spiegazione, volendo assegnare a tali scienze, come istanza assolutamente primaria, metodi ritenuti oggettivi. In questa prospettiva, le scienze storico-sociali non possono certo limitarsi (così come, invece, quelle della natura) al solo metodo esplicativo, ma devono utilizzare, per conseguire una conoscenza adeguata, anche lo strumento della comprensione (è noto che la sociologia weberiana vuole essere, per l'appunto, una "sociologia comprendente"): il senso ultimo di una determinata azione può solamente essere compreso, e non già semplicemente spiegato[1091]. In altri termini, la comprensione del senso di una qualunque azione storico-sociale precede ogni sua spiegazione e in qualche modo ne è alla base. In questo senso, la causalità dell'agire umano non può ricondursi alla sola esteriorità necessitante, per così dire, propria delle leggi del suo prodursi, ma deve anche rimandare da una dimensione teleologica: da questo punto di vista, la "spiegazione interpretativa" sembrava poter mediare, a dire di Weber, le rispettive unilateralità della

[1089] M. Weber, *Die 'Obiektivität' sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis*, in «Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik», 1904, XIX, pp. 22-87 (traduzione italiana: *L''oggettività' conoscitiva della scienza sociale e della politica sociale*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, cit., pp. 3-88).

[1090] M. Weber, *Kritische Studien auf dem Gebiet der kulturwissenschaftlichen Logik,* in «Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik», 1906, XXII, pp. 143-207 (traduzione italiana: *Studi critici intorno alla logica delle scienze della cultura*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, cit., pp. 89-180).

[1091] M. Weber, *Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie*, in «Logos», 1913, IV, 3, pp. 427-474 (traduzione italiana: *Alcune categorie della sociologia comprendente*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, cit., pp. 181-239).

spiegazione e della comprensione, che dunque non si escluderebbero a vicenda, piuttosto si implicherebbero reciprocamente, dal momento che la seconda verrebbe a costituire il dato preliminare, considerato assolutamente ineludibile, che verrebbe poi verificato (cioè sostanzialmente spiegato) dalla prima.

In questa direzione, Weber, muovendosi di fatto in una prospettiva diversa rispetto a quella diltheyana, riprendeva da Rickert (e da Windelband) la distinzione soltanto metodologica tra *Naturwissenschaften* e *Geisteswissenschaften*, ma cercava di attribuire un valore in qualche misura oggettivo anche al processo della comprensione, tentando in tal modo di superare la dicotomia venutasi a instaurare, a partire dai diversi protagonisti principali del relativo dibattito, tra *Verstehen* ed *Erklären*. Il senso da comprendere in una determinata azione sarebbe poi dato dal suo riferimento all'agire degli altri: sarebbe questa, in definitiva, la struttura oggettiva che, secondo Weber, renderebbe al comprendere una qualche forma di oggettività. Per lui, anche qui con evidenti differenze rispetto a Dilthey, il *Verstehen* non costituirebbe il punto di arrivo delle scienze storico-sociali, ma, al contrario, sarebbe l'elemento fondamentale da cui muovere: dopo la comprensione, infatti, occorre pur sempre utilizzare la spiegazione causale (seppur quella, per così dire, più specifica e mirata propria delle scienze storico-sociali), ora finalmente capace di garantire scientificità anche a tale tipologia di sapere. Ma, mentre nell'ambito delle scienze della natura la spiegazione causale rappresenta, a grandi linee, la semplice deduzione dei singoli avvenimenti a partire da una legge universale, in quello delle scienze storico-sociali essa, invece, è ciò che funge da tramite tra un dato fenomeno individuale e altri fenomeni individuali (qui, cioè, non ha altrettanta validità il metodo semplicemente deduttivo delle scienze della natura), e ciò al fine di rimarcarne la specifica particolarità.

La forma di spiegazione causale così guadagnata alle scienze storico-sociali non è mai, inoltre, esaustiva né definitiva: la realtà è, infatti, un intreccio di motivazioni infinite che non può essere spiegato in altro modo se non assumendo ogni volta precisi punti di partenza (i cosiddetti valori dello storico), comunque in una qualche misura ancora pur sempre soggettivi. In questo senso Weber, qui differenziandosi dai neokantiani, ritiene che i valori siano sostanzialmente soggettivi, cioè servano a guidare lo storico, vale a dire a determinarne le scelte iniziali e la progettazione degli itinerari di ricerca, mentre l'oggettività scientifica risulterebbe poi garantita dalla successiva spiegazione causale. In questa prospettiva, la conoscenza storica rimane sempre in una certa misura parziale, dal momento che nell'ambito della storia non risultano comunque mai rinvenibili leggi di sviluppo ragionevolmente certe e definitive ma, invece, soltanto leggi ogni volta in qualche modo strumentali, cioè tese alla comprensione del dato specifico e individuale ogni volta preso in esame (nelle scienze della natura, invece, le leggi appaiono come assolutamente necessarie e di fatto costituiscono il punto di arrivo dell'intero percorso di ricerca).

Se le cose stanno in questi termini, allora anche la sociologia non può che avere, per così dire, una validità in una certa misura soltanto 'condizionata': i valori sono, cioè, comunque relativi (e a tal proposito la posizione di Weber appare ben diversa da quella di Windelband e di Rickert), e non già trascendenti, sebbene si collochino in una dimensione normativa (e ciò proprio per evitare, d'altro lato, i rischi connessi a un possibile esito relativistico di matrice storicistica), cioè sono assunti dal ricercatore come semplici elementi di riferimento. Ma se i valori, per così dire, culturali sono soggettivi nel senso ora detto, rimane il problema di come renderli effettivamente scientifici (vale a dire in una qualche misura oggettivi): secondo Weber ciò avviene proprio attraverso la causalità, ma quella causalità, per così dire, storico-individuale (che spiega, cioè, la differenza di un dato individuale rispetto ad altri simili) che sopra ricordavo, dunque sostanzialmente diversa da quella rigorosamente necessaria e deduttiva propria delle scienze della natura. Nell'infinità dell'intreccio causale che costituisce il mondo, è questo il senso generale del discorso weberiano, lo storico (ma si potrebbe dire, più in generale, lo studioso di scienze umane) compie sempre e comunque scelte ben precise a partire dalle quali, poi, si inoltra nel più rigoroso processo della ricerca scientifica.

Weber, addentrandosi poi più in profondità nell'ambito della definizione metodologica della storia, elaborava il concetto di "possibilità oggettiva", vale a dire l'accorgimento che, nel processo di rilettura e di verifica delle circostanze storiche, consiste nell'alterare momentaneamente una causa per vedere se e come eventualmente sarebbero cambiati gli effetti da lì derivati: si tratta, certamente, di un espediente utilizzato dallo storico per confrontare la realtà storica effettiva con quella semplicemente possibile, in modo da poter determinare la rilevanza di un dato evento come causa di una serie di accadimenti successivi. Naturalmente, però, in un tale contesto non può mai darsi alcuna prova sperimentale di conferma, per dir così, definitiva (come avviene, invece, nell'ambito delle scienze della natura), ma può essere compiuto soltanto un esperimento, in buona sostanza, puramente concettuale: muovendo da qui, ciò che può venire a profilarsi è o la cosiddetta "causazione accidentale" (vale a dire quando la causa ogni volta artificiosamente alterata risulta di fatto irrilevante, nel senso che mutandola o eliminandola del tutto gli effetti apparentemente prodotti non sembrano in realtà cambiare) o, invece, la "causazione adeguata" (cioè, invece, quando la causa sulla quale si interviene si rivela assolutamente determinante rispetto agli effetti prodotti). Ciò significa, in altri termini, che la causalità storica corrisponde a una sorta di "possibilità oggettiva", e non già a una qualche rigida necessità: da questo punto di vista, Weber negava ogni necessità storica, dunque ogni forma di determinismo storico, limitandosi a parlare soltanto di realtà possibili, intese come strumenti di confronto teorico e metodologico, e questo costituisce certamente un elemento di evidente differenziazione rispetto a quanto avviene, invece, nell'ambito delle scienze della natura: mentre qui, infatti, il sapere nomologico rappresenta lo scopo ultimo, nelle scienze della cultura esso è in una certa misura soltanto strumentale, cioè costituisce un mezzo per procedere ad una più attendibile determinazione dell'individuale. In modo conforme, poi, il "tipo ideale" weberiano costituisce soltanto un modello di interpretazione, ogni volta costruito dallo storico (e che dunque non può né deve essere mai considerato in modo rigido e dogmatico), attraverso il quale porre a confronto i singoli eventi storici: esso è, per così dire, uno strumento del sapere nomologico in qualche modo applicabile anche alla dimensione della cultura.

Va anche ricordato, poi, come a partire dal 1909 Weber spostasse via via sempre più la propria attenzione speculativa dalle scienze storico-sociali in genere alla sociologia: l'opera del '13 costituisce, nell'ambito di questo complesso percorso, il primo tentativo di delinearne l'impianto concettuale di base. Egli parla lì di "sociologia comprendente", dove, in linea con quanto già affermato a livello più generale relativamente alle scienze storico-sociali, il senso da comprendere viene a costituire l'ineludibile punto di partenza da cui muovere e da sottoporre necessariamente, poi, al vaglio della spiegazione. In tale opera del '13 la sociologia sembra avvicinarsi alle scienze nomologiche e si distingue più decisamente dalla psicologia e dalla storiografia, che risultano in qualche modo complementari, nel senso che mentre la prima elabora tipi e concetti generali le altre si volgono allo studio delle individualità, per dir così, culturalmente rilevanti.

Alla luce di tale argomentare è certamente importante, poi, ricordare l'idea weberiana circa la sostanziale avalutatività della scienza e, dunque, anche dell'insegnamento: se non altro perché in tale contesto Weber parla di un'irriducibile pluralità di valori (in questo differenziandosi nettamente da Rickert), dunque della sostanziale soggettività dei punti di vista ogni volta assunti, che proprio per questo non deve essere mai taciuta soprattutto nell'ambito dei processi gnoseologici e in quelli didattici.

In *Economia e società*[1092], infine, Weber si occupa anche del processo di controllo (il che costituisce certamente, in tale contesto, un punto rilevante) dell'interpretazione, cioè del legame che deve intercorrere tra la comprensione e la spiegazione. L'interpretazione è

[1092] M. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen, Mohr, 1922 (traduzione italiana, a cura di T. Biagiotti, F. Casabianca, P. Chiodi, E. Fubini, G. Giordano e P. Rossi, *Economia e società*, Milano, Edizioni di Comunità, 1961).

ipotetica (cioè non necessaria), dunque va verificata (e ciò avviene, sostanzialmente, attraverso alcuni procedimenti che però Weber non spiega mai in maniera troppo analitica). In realtà, egli non sviluppa fino in fondo e in modo sistematico tale questione, così da non rimanere immune, da questo punto di vista, da critiche più o meno fondate (che, d'altra parte, hanno più o meno riguardato, come si è brevemente accennato, tutti i protagonisti di questo fondamentale quanto complicato dibattito): non sempre, infatti, i suoi sforzi volti a coniugare osservazione e interpretazione (o, se si vuole, spiegazione e comprensione) sembrano avere sviluppato in modo adeguato tutte le straordinarie potenzialità insite, fin dalla sua genesi complessa, in una tale problematica. Indubbiamente, però, egli ha compiuto uno sforzo significativo cercando di venire fuori tanto dalle ipotesi riduzionistiche di qualunque tipo quanto dalle sterili opposizioni metodologiche, anche se, va detto, tutto questo avveniva oramai in un contesto culturale e scientifico nel frattempo fortemente mutato.

6.2 La psicopatologia jaspersiana tra *Geisteswissenschaften* e *Naturwissenschaften*: complessità dell'approccio teorico e terapeutico

Quanto tale dibattito intorno ai metodi delle scienze e, soprattutto al possibile significato del *Verstehen* per la psichiatria e, in particolare, per la psicopatologia, abbia significato per Jaspers è evidente soprattutto (ma non solo) se si guarda alle novità che egli via via introduce nella sua *Psicopatologia*, soprattutto a partire dalla quarta edizione[1093]. Già nell'ampia *Introduzione*, poi sostanzialmente ripresa nelle successive edizioni (di seguito utilizzo, come ho già ricordato, la traduzione italiana condotta sulla settima edizione tedesca), alcuni passaggi in questo senso di tutto rilievo appaiono evidenti e dall'autore volutamente rimarcati, e questo proprio per insistere su alcuni punti considerati fondamentali e in qualche modo dirimenti nell'economia complessiva dell'importante opera così ampiamente rivisitata.

Innanzi tutto, non appare certo casuale che già in apertura venga sottolineato come l'effettiva pratica psichiatrica non possa essere guidata soltanto da argomentazioni di matrice teorica ma, invece, risulti fortemente influenzata dall'esperienza concreta e dalla disposizione umana di chi la pratica: «Ciò che nella psichiatria è "conoscenza per esperienza" ed arte, non lo si può esporre, tutt'al più lo si può trasmettere, mediante il rapporto personale, a persone capaci di accoglierlo; non può essere oggetto di conoscenza libresca, e quindi non si può pretendere di trovarla neppure in questo libro. L'insegnamento psichiatrico è qualche cosa di più di una semplice comunicazione di nozioni concettuali, più di un insegnamento scientifico»[1094]. In questo senso, dunque, il ruolo dello psichiatra è quanto mai ampio e per molti versi delicato e complesso, tanto da non potere essere descritto né insegnato soltanto attraverso i manuali, per quanto essi possano risultare perfezionati e accurati. Se si vuole, il concetto è ribadito anche quando, poco più avanti, Jaspers, parlando dell'importanza e del ruolo fondamentale della preparazione medica, e in particolare di quella legata soprattutto ad alcune discipline, fa esplicito riferimento alla necessità che si proceda sempre, per ognuno dei pazienti, utilizzando trattamenti fortemente individualizzati, il che rimanda certamente a un'idea di umanità dove il singolo assume valore irriducibile e sostanzialmente unico: «A prescindere dal fatto che il trattamento di ogni individuo richiede naturalmente un'approfondita formazione medica, non è possibile

[1093] Questa importante opera di Jaspers viene qui rivisitata e integrata con l'accentuazione di alcuni temi specifici, per esempio il ruolo esercitato dalla 'psicologia comprendente', l'idea della vita psichica come unità armonica, la concezione dell'uomo come totalità sostanzialmente indissolubile e così via. In tutte queste argomentazioni, così come in molti altri passaggi più specifici, si notano chiaramente tanto l'influsso dell'esperienza medica compiuta dall'autore 'sul campo' negli anni precedenti che la forte curvatura filosofica che la sua opera viene sempre più ad assumere. Ma di questo dirò meglio tra poco.
[1094] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 2.

intendere le cause dei processi psichici senza una conoscenza delle funzioni del corpo, specialmente della fisiologia del sistema nervoso. Così la neurologia, la medicina interna e la fisiologia sono le più importanti scienze ausiliarie della psicopatologia»[1095]. Il che se da una parte attesta l'innegabile importanza di alcune discipline per il medico considerate in qualche modo di base, dall'altra sembra già mettere in guardia contro ogni sorta di possibile 'riduzionismo somatico', vale a dire di sopravvalutazione, nell'ambito della teoria e della pratica psichiatrica, di qualunque rigida ed esclusiva concatenazione causale tra i processi corporei e le alterazioni psichiche, come viene affermato immediatamente dopo: «Nonostante questo rapporto fra lo studio delle funzioni corporee sino alle più elevate della corteccia cerebrale, e lo studio della vita psichica, nonostante l'innegabile intima unione fra lo psichico ed il somatico, non bisogna dimenticare che le due serie di indagini non si incontrano mai in modo che si possa parlare di una attribuzione di determinati processi psichici a determinati processi somatici o di un parallelismo di fenomeni psichici e somatici. È come se un continente sconosciuto sia esplorato da due parti senza che gli esploratori si incontrino mai, perché fra loro rimane sempre un largo tratto di territorio impenetrabile. Delle concatenazioni causali fra lo psichico ed il somatico conosciamo sempre solo gli anelli terminali»[1096]. Si tratta qui, in definitiva, di una delle cifre costitutive dell'intero argomentare jaspersiano.

Ed è, sicuramente, di assoluto rilievo, proprio in una tale ottica, che Jaspers affermi con estrema chiarezza come la psicopatologia non debba servirsi soltanto delle discipline strettamente mediche ma richieda, in modo decisivo, il contatto e l'interazione con altri importanti segmenti del sapere, primo fra tutti quello rappresentato dalla filosofia, da lui considerata, infatti, come la base fondamentale di ogni preparazione metodologica generale, dunque come assolutamente propedeutica rispetto al sapere specialistico proprio di qualunque ambito scientifico-disciplinare: «La psicologia e la medicina somatica sono le due scienze con le quali la psicopatologia è più strettamente collegata. Ma naturalmente, come ogni scienza, essa ha lontani rapporti con tutti gli altri campi della conoscenza umana. Per la sua speciale importanza vogliamo menzionarne uno soltanto: quello della riflessione metodologica, che si acquista con la preparazione filosofica»[1097]. Si tratta di un'affermazione importante e non solo in questo specifico contesto, dal momento che si riconosce alla filosofia il valore forse per essa più precipuo, vale a dire quello di fondamentale strumento di acquisizione delle capacità critiche generali, piuttosto che di determinati contenuti specifici, un tema tanto importante (allora come oggi) quanto sempre più ignorato e disatteso nell'ambito delle odierne società di massa marcate da un predominante profilo economicistico. E, invece, proprio tale accezione critica della filosofia è chiaramente sostenuta dall'autore e costituisce certamente uno degli elementi su cui egli insiste maggiormente anche nelle rinnovate edizioni della *Psicopatologia*: «A prescindere da ciò, un approfondito studio *filosofico*, non ha veramente alcun valore positivo per lo psicopatologo ai fini della sua conoscenza concreta. Egli naturalmente dalla filosofia non può apprendere nulla che possa in certo qual modo utilizzare per la sua scienza. Ma questo studio ha in primo luogo valore negativo. Colui che si è preso la pena di riflettere a fondo sulla filosofia critica è al sicuro dal porsi molti falsi problemi, da discussioni superflue e da pregiudizi impaccianti, che hanno una parte molto importante in psicopatologia in quelle menti non adusate al lavoro filosofico. In secondo luogo lo studio filosofico ha un valore positivo in quanto influenza il comportamento dello psicopatologo nella professione pratica e rende più chiari i principi della sua conoscenza»[1098]. La riflessione filosofica può assumere, dunque, questo duplice compito di protezione e di liberazione dai pregiudizi e dai falsi problemi, da un lato, e di chiarificazione delle

[1095] *Ibidem*, p. 4.
[1096] *Ibidem*, p. 4.
[1097] *Ibidem*, p. 5.
[1098] *Ibidem*, pp. 6-7.

procedure e dell'approccio teorico e pratico del terapeuta, dall'altro. Sono qui evidenti importanti quanto noti retaggi della concezione kantiana, neokantiana e diltheyana (solo per fornire qui qualche riferimento di massima, pur senza potervi insistere oltre, per ovvi motivi di opportunità) dell'attività filosofica intesa come esercizio critico costitutivamente connesso all'essere umano, piuttosto che come improbabile ricorso a questa o quella sistematica.

Muovendosi su questa falsariga, Jaspers individua ad un tempo con semplicità e precisione anche il confine, peraltro rilevabile proprio guardando alla psicopatologia, che separa l'uomo dall'animale, laddove nella considerazione del primo l'elemento corporeo non può mai essere disgiunto da quello cosiddetto spirituale (anche qui sono del tutto evidenti precise influenze diltheyane, e non solo, in ordine alla sostanziale impossibilità, pena il suo fatale snaturarsi, di ogni considerazione dell'uomo che voglia procedere separando e isolando in modo netto e rigido il corpo dallo spirito o, anche, le diverse funzioni psico-fisiche): «Per il medico, dal punto di vista del corpo, l'uomo, oggetto dell'anatomia, della fisiologia, della farmacologia, della patologia e del trattamento somatico differisce poco dall'animale. Ma nella psicopatologia, il problema dell'essere umano si può dire che sia costantemente presente, poiché lo spirito e l'anima sono presenti in tutte le malattie psichiche»[1099]. Il che non significa affatto, d'altra parte, che la considerazione del corpo possa divenire, nella trattazione dell'essere umano, in qualche modo secondaria, essendo questi di fatto sempre soggetto alle leggi della necessità naturale; piuttosto, come complesso punto di incontro tra libertà e necessità, l'uomo per certi versi occupa, ed è proprio questa la sua cifra caratteristica, una posizione in qualche modo intermedia tra l'animale e l'angelo: «L'animale ha il suo destino naturale, che si compie automaticamente per leggi naturali, l'uomo ha un destino il cui compimento dipende da lui stesso. Ma in nessun punto l'uomo è un essere puramente spirituale; egli, fino nelle ultime ramificazioni del suo spirito, è spinto da necessità naturali. Nei tempi passati si postulava l'esistenza degli angeli, che si immaginavano e si costruivano come esseri puramente spirituali. L'uomo non è né animale né angelo, ma sta fra i due, ha il destino di entrambi, ma in modo tale da non poter essere né l'uno né l'altro»[1100]. Ed è proprio tale complessità strutturale, poi, a costituire la causa ultima del disagio psichico nelle sue diverse forme e manifestazioni: «Ma il concetto della malattia psichica acquista nell'uomo una dimensione completamente nuova. Nell'essere umano la sua imperfezione, la sua apertura, la sua libertà e le sue illimitate possibilità sono il fondamento stesso del suo essere ammalato»[1101]. Si tratta di una considerazione certamente rilevante, se non altro perché in qualche modo lega la specifica grandezza dell'essere umano al suo (spesso problematico) equilibrio complessivo, dunque anche alla composita morfologia del disagio mentale.

Il punto fondamentale dell'idea di uomo sviluppata da Jaspers può rinvenirsi nella sua inesplicabilità ultima, nel fatto, cioè, che per quanto alcuni aspetti della sua dimensione più profonda possano essere conosciuti dal punto di vista fenomenologico tuttavia la profondità ultima e infinita dell'essere umano rimane, nella sua complessa e articolata totalità, di fatto inaccessibile: «L'*anima* di per sé non *diviene oggetto*. La sperimentiamo (*erfahren*) in noi come esperienza interiore cosciente (*bewusstes Erleben*) e quindi ci raffiguriamo l'esperienza interiore degli altri, sia mediante manifestazioni obiettive, sia mediante la comunicazione delle loro proprie esperienze. Ma anche questa esperienza interiore è una manifestazione fenomenica. Possiamo renderci obiettiva l'anima mediante immagini e similitudini, ma in realtà essa rimane l'omnicomprensivo (*Umgreifend*) che non *diviene oggetto* ma dal quale ci provengono tutti i singoli elementi divenuti oggettivi»[1102]. In questo senso, ciò che della coscienza si rende visibile è soltanto il suo aspetto più superficiale, che

[1099] *Ibidem*, p. 7.
[1100] *Ibidem*, p. 9.
[1101] *Ibidem*, p. 9.
[1102] *Ibidem*, p. 10.

in fondo ne costituisce soltanto la minima parte, e probabilmente la meno rilevante: «La vita psichica direttamente accessibile, realmente vissuta è come la schiuma che galleggia sulle profondità dell'oceano. Queste profondità sono inaccessibili e possono essere indagate solo indirettamente, per vie traverse teoriche»[1103].

A questo elemento di complessità strutturale dell'essere umano e della sua complicata rete di relazioni con il mondo esterno e con l'altro da sé si aggiunge un altro elemento, costituito dal fatto che soltanto all'uomo è dato riflettere ed elaborare razionalmente la totalità della propria esperienza nel mondo, il che costituisce, certamente, un livello di complessità ulteriore e, dunque, una particolarità che contrassegna in modo esclusivo l'umanità (anche a questo proposito i raffronti con altri protagonisti della storia della filosofia potrebbero essere innumerevoli: si pensi, soltanto per ricordarne una, alla definizione cassireriana dell'uomo come "animale simbolico"): «Questa intera vita originaria, come esistere con e nel proprio mondo, è anche presente nell'essere umano, ma viene da questo ampliata mediante la *strutturazione e la elaborazione razionale* del proprio mondo, quindi mediante il *sapere del suo essere-mondo in generale*. Questo viene trasceso entro altri mondi possibili e al di là dell'essere-mondo»[1104]. Si tratta, per certi versi, di quanto poi confluisce e refluisce, in modo, per dir così, circolare e sostanzialmente inesauribile, in quello che si può definire l'ambiente culturale, che contribuisce a determinare, per l'appunto in modo biunivoco, l'agire dell'individuo nel mondo: «L'*ambiente culturale* nel quale un individuo cresce e vive, fa sviluppare più o meno la sua disposizione individuale»[1105].

Dal punto di vista metodologico, Jaspers fa notare come in psicopatologia non si possa fare riferimento, come invece in genere avviene nell'ambito delle scienze naturali, ad alcun fondamento ultimo, per così dire, dogmatico e unitario, e questo perché il suo ambito di riferimento, vale a dire l'irriducibile infinità costitutiva dell'individuo, non può essere ricondotto ad alcun elemento di base in grado di costituirne in qualche modo il presupposto universalmente valido: «Le scienze naturali si appoggiano su teorie vaste e ben fondate, che danno una base unitaria alla interpretazione dei fatti. Tali sono la teoria dell'atomo e la dottrina cellulare. In psicologia ed in psicopatologia *non esiste alcuna teoria dominante di tal genere*. In queste scienze pertanto non è possibile alcun sistema teorico unitario o almeno lo è soltanto come costruzione personale»[1106]. Se si procedesse in tal senso, infatti, l'intero approccio psicopatologico sarebbe presto vanificato dal pregiudizio teoretico, che alla fine si rivelerebbe inevitabilmente fatale e del tutto fuorviante: «Riportare la vita psichica ad un qualche principio universale, e per così dire dominarla nel principio, è falso nelle premesse, perché impossibile: quando ci serviamo dei pensieri teorici, che hanno una parentela formale con teorie scientifico-naturalistiche, questi non sono che aggiunte (ipotesi), per gli scopi di una conoscenza particolare e limitata, ma non per la conoscenza dell'anima nella sua totalità. Dove domina un pregiudizio teoretico, la comprensione dei fatti sarà sempre prevenuta e parziale»[1107]. Uno di questi pregiudizi, per dir così, fatali è stato sempre rappresentato, per esempio, dalla prospettiva cosiddetta somatica, vale a dire dal tentativo di ricondurre in maniera rigida ed esclusiva i disturbi mentali a cause fisiche e biologiche: «Il pregiudizio somatico ricorre sempre, anche quando molto spesso ci si presenta camuffato sotto l'aspetto anatomico, fisiologico, biologicamente indeterminato»[1108]. In realtà, Jaspers ha già escluso qualunque dipendenza in qualche modo deterministica tra corpo e spirito, così che nessuna formula rigorosa può essere utile a definirne in maniera univoca il rapporto, anzi: «La questione se lo psichico ed il corporeo stiano in parallelo o abbiano un'azione reciproca, non può essere perciò risolta in nessun

[1103] *Ibidem*, p. 11.
[1104] *Ibidem*, p. 13.
[1105] *Ibidem*, p. 16.
[1106] *Ibidem*, p. 18.
[1107] *Ibidem*, p. 18.
[1108] *Ibidem*, p. 19.

modo sul piano empirico»[1109]. È certamente questa una delle cifre fondamentali della speculazione jaspersiana, e su questa non a caso egli insiste sempre di più anche nel procedere delle diverse edizioni della *Psicopatologia* cui qui faccio riferimento.

Il limite metodologico per certi versi opposto a quello ora ricordato è costituito, d'altro lato, da una sopravvalutazione delle possibilità di effettiva applicazione del processo di comprensione, vale a dire di ciò che Dilthey e altri avevano posto alla base proprio delle *Geisteswissenschaften*: «Dalla comprensione, che nasce dalla partecipazione affettiva, non di rado si sviluppa un *pregiudizio psicologico*. Si vuole "comprendere" tutto e si perde il senso critico dei limiti dello psicologicamente comprensibile. Questo avviene quando s'impiega la psicologia comprensiva come spiegazione causale, partendo dal presupposto della determinazione universalmente significativa di ogni esperienza vissuta»[1110]. Si tratta, dunque, di evitare di confondere metodi differenti, e dunque di perdere di vista il significato autentico, comunque certamente di assoluta rilevanza, del *Verstehen* inteso come strumento assai utile anche in ambito psicopatologico. Così come, in questa stessa prospettiva metodologica, l'eccessiva razionalizzazione sistematica del dato psicologico finisce spesso per costituire, secondo Jaspers, un'insidia ulteriore per la ricerca psicopatologica: «L'esagerata ricerca di nessi razionali, in questa "psicologia *intellettualistica*", costituisce un ostacolo ad una conveniente penetrazione comprensiva dell'agire umano nelle sue interrelazioni. Si sopravvalutano gli effetti delle dimostrazioni logiche di fronte alla persuasione suggestiva, si parla con facilità di demenza dove si incontra l'irrazionale e non si ottiene alcuna visione della infinita ricchezza della esperienza vissuta dell'uomo»[1111].

Altra forma di pregiudizio metodologico che può in qualche modo inficiare l'indagine e la pratica psicopatologica è certamente l'eccessivo utilizzo di analisi quantitative e statistiche, che perdono inevitabilmente di vista la dimensione dell'individuale, vale a dire proprio quella precipua dell'essere umano: «Dalle scienze naturali, che sono scienze esatte, ci viene il pregiudizio che *solo* ciò che può essere accertato in modo *quantitativo* può costituire opera scientifica, mentre ciò che viene indagato dal punto di vista qualitativo rimarrebbe sempre qualche cosa di subiettivo e di arbitrario. I metodi statistici e sperimentali, che per certe questioni ricorrono a misurazioni, calcoli, diagrammi, diventano, secondo questi punti di vista, l'unica ricerca scientifica»[1112]. A tutto questo è legato il fatto, certamente, che il dato psichico non è mai effettivamente percepibile in modo empirico e diretto, ma sempre e soltanto in forme mediate dalle espressioni e dai comportamenti, cioè da una tipologia di azioni difficilmente riconducibili a statistiche e quantificazioni di ogni genere: «Si vorrebbe considerare come oggetto di ricerca solo *ciò che è percepibile con i sensi*. L'indagine delle manifestazioni corporee, delle prestazioni e delle produzioni è in realtà molto utile. Tuttavia si può penetrare nello psichico soltanto se lo si attualizza, poiché è sempre qualitativamente specifico. Lo psichico non è mai percepibile con i sensi in modo diretto, lo è invece nell'espressione. Questo fatto evidente di per sé implica che ogni psicopatologia che si voglia limitare esclusivamente al percepibile con i sensi debba essere necessariamente una psicologia senza anima»[1113]. Da tutte queste considerazioni e preoccupazioni di ordine metodologico emerge con estrema chiarezza, come elemento comune e continuamente ribadito, il rifiuto jaspersiano di ogni riduzionismo e di ogni appiattimento su questo o quel modello epistemologico, tanto quello proprio delle *Naturwissenschaften*, spesso segnato da un eccessivo rigorismo di matrice scientista, che quello più frequente nell'ambito delle *Geisteswissenschaften* e sovente caratterizzato dall'assenza o dalla vaghezza di regole e di procedure certe.

[1109] *Ibidem*, p. 20.
[1110] *Ibidem*, p. 20.
[1111] *Ibidem*, p. 21.
[1112] *Ibidem*, p. 22.
[1113] *Ibidem*, p. 22.

Fatti in qualche modo i conti con questi pericolosi pregiudizi di ordine metodologico, Jaspers richiama, poi, la straordinaria e irriducibile complessità della dimensione psichica e, dunque, la fondamentale apertura critica che il medico, e lo psichiatra in particolare, deve possedere: «Nella psicopatologia il fondamento reale della nostra ricerca è la vita psichica, che ci diviene presente ed intelligibile mediante il comportamento percepito direttamente con i sensi e con il linguaggio. Noi vogliamo sentire, capire, meditare ciò che realmente accade nell'anima umana. La spinta universale verso la realtà è in psicopatologia il desiderio di conoscere la vita psichica reale nei rapporti che sono parzialmente percepibili come gli oggetti studiati dalle scienze naturali. Ci rifiutiamo di discutere questa vita psichica reale, la cui sola intelligibilità arricchisce i nostri concetti con idee vuote, fondate su pregiudizi; ci rifiutiamo anche di sostituire questa vita psichica con costruzioni anatomiche o di altro genere. Senza la capacità e il desiderio di attualizzare lo psichico in tutta la sua pienezza, non vi è alcuna possibilità di fare della psicopatologia»[1114]. E proprio per potere procedere in tale auspicata direzione rimane fondamentale, per lo studioso, il costante contributo che gli proviene dalla propria umanità e dalla propria vitalità effettiva, capaci di arginare e in qualche misura di compensare, in modo assolutamente decisivo, l'inevitabile astrattezza della teoresi: «Ma il *ricercatore* non è colui che ricerca con il puro intelletto, come una forma vuota, nella quale si raccoglierebbe tutto ciò che si può apprendere dal mondo esterno. È piuttosto il ricercatore con tutta la sua vitalità, strumento indispensabile del suo stesso conoscere»[1115]. Per questo a rimanere assolutamente fondamentale è l'approccio umano del medico con il paziente, se si vuole ancor prima che la fredda applicazione di raffinati e certamente utili protocolli scientifici: «Ciò che caratterizza essenzialmente lo psicopatologo gli deriva dal fatto di *trattare* con gli esseri umani. Quello che egli viene ad acquisire con tale esperienza dipende da come egli si comporta con gli individui e come coopera terapeuticamente nell'evento particolare, facendo opera di chiarificazione nei confronti di se stesso e dell'altro. Egli compie non solo un'osservazione indifferente, come nella lettura di una misura, ma nell'atto di scrutare l'anima egli deve comprendere e partecipare»[1116]. Qui Jaspers (e anche a questo proposito si possono rilevare evidenti suggestioni diltheyane, specie in ordine all'immedesimazione intesa come momento fondamentale di ogni autentica comprensione *geisteswissenschaftlich*) fa riferimento ad un vero e proprio processo di immedesimazione del terapeuta con l'universo individuale del paziente: «Deve esserci in lui come una immedesimazione nell'altro, che consiste nel tentativo di autotrasformarsi pari a quello dell'attore che si immedesima nel personaggio pur restando se stesso; deve assumere l'atteggiamento di un ascoltatore attento, che non intende esercitare violenza sull'altro e resta fondamentalmente obiettivo, senza farsi influenzare»[1117]. Questo permette di mantenersi aperti all'infinità delle situazioni individuali, così da non rimanere sopraffatti e fuorviati da strumenti e metodi soltanto generali e dunque talvolta fin troppo rigidamente e asetticamente preconfezionati: «Lo psicopatologo è legato alla propria capacità di vedere, di sperimentare interiormente e alla propria ampiezza di orizzonti, all'apertura verso nuovi problemi e alla propria ricchezza spirituale. Vi è una grande differenza tra coloro che vanno ciechi per il mondo dei malati malgrado i loro occhi aperti, e la sicurezza di una chiara percezione che scaturisce dalla sensibilità di chi partecipa»[1118].

Appare certamente di rilievo, poi, come Jaspers, riferendosi in modo specifico alla "psicopatologia comprendente", affermi come questa sia in grado, a differenza dalla fenomenologia, che si limita per lo più a disvelarne segmenti ben individuati e circoscritti, di guardare all'infinita e multiforme complessità della psiche e dell'uomo, senza mai

[1114] *Ibidem*, pp. 22-23.
[1115] *Ibidem*, p. 23.
[1116] *Ibidem*, p. 23.
[1117] *Ibidem*, p. 23.
[1118] *Ibidem*, pp. 23-24.

riuscire ad esaurirne, però, i contenuti e le relazioni: «In molti casi comprendiamo *come uno stato psichico derivi in modo evidente da un altro stato psichico*. Soltanto in questo modo possiamo comprendere lo psichico; quando chi è insultato diventa adirato, quando l'amante ingannato diventa geloso, quando da un motivo nascono una decisione e un fatto. Nella fenomenologia riusciamo ad attualizzare qualità singole, stati singoli considerati costanti, comprendiamo, cioè, in modo statico; qui invece cogliamo l'inquietudine dell'animo, il movimento, la relazione, il procedere separatamente, comprendiamo cioè geneticamente (psicopatologia comprensiva). Però in tali rapporti genetici non comprendiamo soltanto i fenomeni psichici sperimentati soggettivamente, ma anche lo psichico colto direttamente nell'espressione, nelle prestazioni e nelle manifestazioni, nell'agire e nel mondo del malato, percepiti, inizialmente, in modo statico»[1119]. E qui viene richiamata la sopra ricordata distinzione diltheyana (e non solo) tra *Verstehen* ed *Erklären*, tra comprendere e spiegare: «Ad evitare ambiguità ed oscurità impiegheremo sempre l'espressione "*comprendere*" (*Verstehen*) per la visione intuitiva dello spirito, dal di dentro. Non chiameremo mai comprendere, ma "*spiegare*" (*Erklären*) il conoscere i nessi causali obiettivi che sono sempre visti dal di fuori»[1120]. La distinzione, assolutamente fondamentale, è tanto schematica e sintetica quanto chiara ed efficace. Come pure, poi, a questa medesima ascendenza di matrice in qualche modo diltheyana può ascriversi anche il richiamo alla conoscenza dell'individuale, da intendersi esclusivamente come momento specifico della più ampia totalità nella quale si trova comunque sempre inserito (Dilthey parlava di una sorta di "astrazione" dalla totalità come strumento metodologico momentaneo e puramente strumentale finalizzato a rendere possibile la conoscenza di una sua parte determinata, senza che questo significasse, però, esaurirla né, tanto meno, smarrire i legami costitutivi con la totalità di riferimento): «Ogni indagine distingue, separa un aspetto singolare ed individuale dell'oggetto e cerca in esso il generale. Però ciò che viene separato dall'oggetto è in realtà un tutto. Nella conoscenza del particolare si cade in errore se il tutto, in sé e per sé, viene trascurato. Ma questo stesso tutto non diviene oggetto in modo diretto, ma solo per via del particolare e diviene oggetto non per se stesso, ma come uno schema della sua essenza. Il tutto in sé rimane idea»[1121]. E questa totalità è, se si guarda all'uomo, infinita e inesauribile: «Se noi parliamo della "totalità dell'essere umano", questa totalità è qualcosa d'infinito, di inconoscibile. Si costruisce su una molteplicità di funzioni psichiche particolari»[1122]. Alla fine, il richiamo a questa fondamentale, ad un tempo, prudenza ed ampiezza metodologica è ripreso da Jaspers, più distesamente, in questi termini: «Il nostro lavoro scientifico progredisce solo quando analizza, quando riferisce il singolo al singolo; però se si limita a ciò muore e non sa distinguere l'essenziale dall'accessorio e si adagia nel comodo della enumerazione dei soli elementi dispersi. Esso deve spirarsi sempre all'idea di quella totalità, senza soccombere tuttavia alla tentazione di volerla cogliere direttamente con una anticipazione gratuita: in tale anticipazione il ricercatore viene ad inebriarsi di luoghi comuni, si pone dei limiti per un supposto dominio del tutto, per una supposta concezione delle forze spirituali che assommano in sé il tutto. Il nostro lavoro di ricerca infine deve mantenere quale orizzonte ultimo la coscienza dell'omnicomprensivo dell'umano in cui tutto quanto si può ricercare empiricamente rimane sempre una parte, un aspetto, una relatività e ciò anche se fosse la totalità empiricamente più completa»[1123].

L'auspicio che in qualche modo chiude questo ampio richiamo al metodo è quello, in ogni caso, di evitare qualunque forma di assolutizzazione e di dogmatizzazione di questa o di quella prospettiva, e qui è certamente evidente il profondo influsso esercitato dalla

[1119] *Ibidem*, p. 29.
[1120] *Ibidem*, p. 30.
[1121] *Ibidem*, p. 31.
[1122] *Ibidem*, p. 32.
[1123] *Ibidem*, p. 33.

filosofia sulla concezione medica (ma non solo) jaspersiana (e ciò, come ho avuto modo di dire, si rende ancora più esplicito ed evidente a partire dalla quarta edizione della *Psicopatologia*): «Quasi tutti i metodi e gli oggetti di indagine tendono ad assolutizzarsi, come veri essenziali, come centrali. Si crede di essere giunti finalmente in una via giusta e si cerca di riordinare tutti i reperti secondo questo punto di vista centrale, che però non è più concepito in senso metodologico ma in senso ontologico. Si crede di essere in possesso della realtà in sé e di non doversi più muovere con indagini in prospettiva, secondo una molteplicità di metodi, ma in realtà si tratta sempre dell'assolutizzazione di conoscenze parziali, perché ogni conoscenza è particolare. In opposizione a questo modo di procedere errato occorre servirsi di tutti i metodi e di tutti i punti di vista, senza contrapporli l'uno allo altro – la biologia contro le scienze dello spirito, o viceversa, l'anima contro il cervello, la nosologia contro la fenomenologia. Dalla assolutizzazione nascono i pregiudizi»[1124]. In questo senso, appare paradigmatico proprio il richiamo alle *Geisteswissenschaften* come ineludibile e fondamentale riferimento per qualunque indagine intorno all'uomo: «Ogni volta che oggetto di studio sia l'uomo, ma non l'uomo come un tipo animale, la psicopatologia, per sua natura, evidentemente non sarà solo un aspetto della biologia ma anche una *scienza dello spirito*. Nella psichiatria, al medico si presenta un mondo estraneo a tutte le altre discipline. Dato che la sua istruzione preparatoria è fondata sulla chimica, la fisica, la fisiologia, per la psichiatria gli è necessaria una preparazione completamente diversa. Ne consegue che la psichiatria, essendo praticata da medici che non posseggono una preparazione specifica nelle scienze dello spirito, non ha, come scienza, uno sviluppo uniforme, e così il giovane medico fa i suoi studi psichiatrici più o meno a caso e molti psichiatri sono scientificamente dei dilettanti»[1125]. In queste concezioni di ordine generale e metodologico appaiono già del tutto evidenti gli influssi esercitati su Jaspers, via via in modo sempre più marcato, dalla filosofia e, più in generale, dall'importante dibattito (che sopra ho brevemente richiamato) intorno alle *Geisteswissenschaften* e al loro rapporto con le *Naturwissenschaften*: tutti elementi ben visibili, tra l'altro, proprio nell'ambito dell'evoluzione delle sue riflessioni di ordine psicopatologico.

6.3 L'ampliamento del metodo psicopatologico e il ruolo del *Verstehen*

L'importanza dello strumento della comprensione come metodo specifico utilizzabile nell'ambito delle *Geisteswissenschaften* e, in particolare, anche in psichiatria è messa in evidente rilievo da Jaspers ed è accentuata soprattutto a partire dalla quarta edizione della *Psicopatologia*[1126]. Qui, innanzi tutto, egli definisce cosa sia lo "spiegare psicologicamente", vale a dire proprio la comprensione, per così dire, dall'interno dell'elemento psichico, senza peraltro mancare di sottolineare come si tratti di qualcosa di tradizionalmente estraneo a chi è abituato a fare riferimento, anche in ambito medico e

[1124] *Ibidem*, p. 37.
[1125] *Ibidem*, pp. 38-39.
[1126] Anche per seguire, almeno a grandi linee, l'evoluzione di questa importante opera jaspersiana e di alcune argomentazioni lì proposte risulta sicuramente interessante il cospicuo carteggio (sviluppatosi tra il 1919 ed il 1963: si veda *Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie – Medizin - Naturwissenschaften*, cit., pp. 420-530) tra Jaspers e Kurt Schneider, se non altro perché lì è possibile seguire lo sviluppo, avvenuto anche grazie alla proficua interazione tra i due scienziati, di alcune rilevanti argomentazioni jaspersiane: tra i tanti temi affrontati sono lì frequenti le discussioni intorno ad importanti tematiche come per esempio quelle intorno al ruolo della psicologia, al significato del *Verstehen*, anche in relazione al ruolo tradizionalmente assegnato all'*Erklären*, alla valenza della formazione filosofica anche per lo psichiatra e così via. Vengono discussi in modo puntuale anche alcuni passaggi specifici di loro opere edite o ancora in gestazione, tra le quali proprio la *Psicopatologia*, nel succedersi delle sue diverse edizioni (qui lo stesso Jaspers segnala come la quarta edizione della stessa sia così rivoluzionata da essere di fatto quasi un nuovo libro: diverse lettere di questo periodo sono significative, più in generale, nella misura in cui lì i due studiosi discutono ampiamente, tra l'altro, delle significative novità presenti nella quarta edizione di quest'opera fondamentale di Jaspers).

psichiatrico, soltanto alla spiegazione causale tipica delle *Naturwissenschaften*: «La comprensione dello psichico in virtù di altri fatti psichici, si chiama anche *spiegare psicologicamente* e gli studiosi di scienze naturali, che hanno a che fare solo con cose percepibili sensorialmente e con spiegazioni causali, manifestano una palese e giustificata ostilità contro la spiegazione psicologica, quando questa deve sostituire in qualche punto il loro lavoro»[1127]. Quasi a cercare di stabilire un punto di contatto, almeno esteriore, egli si riferisce a tale tipo di metodologia connotandola, per dir così, come una sorta di "causalità dal di dentro", il che evidenzia certamente, da un lato, la sua rinnovata consapevolezza circa l'insufficienza della sola metodologia esplicativo-causale per la considerazione dell'umano e, dall'altro, quasi la premura di non tornare a contrapporre i due modelli, come spesso era più o meno consapevolmente avvenuto in passato, ma di considerarli, piuttosto, in qualche modo complementari (se si vuole anche dal punto di vista strettamente terminologico): «Le relazioni comprensibili dello psichico sono state chiamate anche *causalità dal di dentro* volendo indicare con ciò l'abisso invalicabile che esiste fra tali relazioni, che chiamano, solo per analogia, causali e le vere relazioni causali, la causalità dall'esterno»[1128]. In una nota[1129] tanto sintetica e schematica quanto opportuna e chiarificatrice dell'intera questione, Jaspers riporta i termini fondamentali del dibattito recentemente sviluppatosi intorno al *Verstehen*, che sopra ho richiamato per grandi linee, ricordandone alcuni protagonisti fondamentali, tra cui Dilthey, Spranger e Weber, e sottolineando come egli fosse stato già molto presto influenzato proprio dal filosofo di Biebrich (oltre che da Simmel), specie grazie alla lettura delle già ricordate *Ideen* del '94: «In un esame retrospettivo è sorprendente quanto dimenticata e misconosciuta sia stata la tradizione delle scienze dello spirito in psichiatria, tanto che il mio lavoro del 1912 (*Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox. Z. Neur.* 14, 158) e questo libro (1913) produssero allora un effetto del tutto nuovo, sebbene io solo ponessi in relazione la tradizione scientifico-spirituale con la realtà psichiatrica. In tal modo fu compreso metodicamente in psicopatologia ciò che di fatto avveniva ad ogni momento ma sempre più poveramente, e ciò che nella psicoanalisi di Freud avveniva in uno strano rovesciamento e si fraintendeva in sé stesso. Il cammino della conoscenza scientifica restò libero per l'apprensione della realtà dell'uomo e del valore dello spirituale fino nella psicosi. Il compito era adesso di distinguere i *modi della comprensione*, di chiarirli e realizzarli di fatto con tutti i *valori* accessibili»[1130].

Jaspers ricorda, innanzi tutto, come le *Naturwissenschaften* guardino tradizionalmente alle relazioni causali, vale a dire a rintracciare le "regole" secondo le quali un dato evento

---

[1127] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., 326.

[1128] *Ibidem*, p. 326.

[1129] Mi riferisco alla nota 1, *ibidem*, p. 327, dove Jaspers ricostruisce le tappe fondamentali di tale dibattito e fornisce alcune indicazioni bibliografiche in merito a tale questione.

[1130] *Ibidem*, p. 327. A proposito di *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox* è interessante, come ho già avuto modo di accennare, la lunga nota critica che vi dedica Binswanger (*Bemerkungen zu der Arbeit Jaspers': Kausale una "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie)*, cit., pp. 383-390) proprio nella rivista, diretta da Freud, che voleva costituire l'organo ufficiale della società internazionale di psicoanalisi; qui egli ne analizza taluni snodi fondamentali, specie in relazione alle osservazioni che lì venivano fatte intorno ad alcuni spunti della teoria freudiana.

Il rapporto tra Jaspers e Binswanger fu abbastanza intenso, come in parte può evincersi anche dalla loro corrispondenza (si veda, per questo, *Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie – Medizin - Naturwissenschaften*, cit., specie le pp. 34-53), nella quale i due studiosi affrontano anche questioni scientifiche legate (soprattutto) alle riflessioni jaspersiane (si tratta di lettere comprese, sebbene con diversa frequenza ed intensità, tra il 1913 ed il 1946, vale a dire anni significativi, tra l'altro, per il succedersi delle edizioni della *Psicopatologia* jaspersiana). In tale corrispondenza vengono qua e là affrontati temi in genere fondamentali per la psicologia e la psichiatria, come per esempio quello del concetto di causalità e della sua applicabilità in tali ambiti scientifici e terapeutici, e vengono fatti più specifici riferimenti, come ho già avuto modo di dire, ad alcune importanti opere jaspersiane come la *Psychologie der Weltanschauungen* e le diverse edizioni della *Psicopatologia*.

si manifesta, per poi risalire alle "leggi" generali del medesimo: «Nelle scienze naturali noi cerchiamo di afferrare soltanto un tipo di relazioni: le relazioni di causalità. Mediante la osservazione, la sperimentazione o la raccolta di molti casi cerchiamo di trovare *le regole* dell'evento. Ad un livello più alto troviamo delle *leggi* e in molti campi della fisica e della chimica riusciamo ad esprimere matematicamente queste leggi e queste equazioni causali»[1131]. Ed aggiunge, immediatamente dopo, come anche la psicopatologia per certi versi persegua i medesimi scopi della ricerca naturale, soltanto che ad un certo punto trova evidenti difficoltà nel tentativo di procedere dalle regole alle leggi: «Identici scopi perseguiamo in psicopatologia; troviamo così *particolari relazioni causali*, la cui sostanza non siamo ancora in grado di riconoscere (p. es. quella fra affezioni oculari e allucinazioni) e troviamo alcune *regole* (la regola della eredità concordante: se in una famiglia si producono malattie della psicosi maniaco-depressiva, nella stessa famiglia si producono raramente quelle del gruppo della demenza precoce e viceversa). Però solo raramente troviamo delle *leggi* (p. es. nessuna paralisi progressiva senza sifilide), e mai possiamo stabilire equazioni di causalità come in fisica ed in chimica. Questo presupporrebbe una completa quantificazione dei processi indagati, cosa che nello psichico, che per sua natura precipua rimane sempre qualitativo, per principio non è mai possibile, senza che vada perduto il vero oggetto di indagine, cioè lo psichico»[1132]. Questo costituisce un limite non solo grave ma addirittura decisivo, perché a rimanere fuori, in questo modo di procedere, è proprio il dato qualitativo, invece assolutamente fondamentale per la psicopatologia, dato che sfugge sempre ad ogni tentativo di quantificazione, addirittura sottraendosi alle procedure sempre più perfezionate che essa mette in campo al fine di spiegarlo. La conclusione, con il suo deliberato insistere sul verbo "comprendere", è netta e non lascia dubbio alcuno: «Mentre nelle scienze naturali si può rimanere nell'ambito delle relazioni causali, in psicologia la conoscenza trova il suo soddisfacimento anche nel cogliere una serie tutta diversa di relazioni. "Lo psichico" sorge dallo psichico in un modo per noi comprensibile. La persona aggredita si adira e compie azioni di difesa, l'individuo ingannato diventa diffidente. Questo provenire dello psichico dallo psichico, lo *comprendiamo geneticamente*. Così comprendiamo reazioni ad avvenimenti, lo sviluppo di passioni, l'insorgere dell'errore, comprendiamo il contenuto del sogno, del delirio, degli effetti suggestivi, comprendiamo una personalità abnorme nelle sue peculiari connessioni intrinseche, comprendiamo il corso fatale di una vita, comprendiamo come il malato comprenda sé stesso e come i modi di questa autocomprensione possano diventare un fattore dell'ulteriore sviluppo psichico»[1133]. Si compie qui, come in altri luoghi dell'opera jaspersiana, il passaggio decisivo che riporta in una qualche misura la psicopatologia entro il raggio di azione metodologico del *Verstehen*, di fatto sottraendola ad ogni prospettiva meramente quantitativa e di matrice esclusivamente esplicativo-causale.

La psicologia comprensiva[1134] cui Jaspers si appella come strumento da affiancare all'esplicazione causale nella trattazione psicopatologica è fondata sull'immediata

[1131] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 327.
[1132] *Ibidem*, pp. 327-328.
[1133] *Ibidem*, p. 328.
[1134] Proprio a rimarcare il suo convinto interesse per tale disciplina, risultano interessanti le considerazioni che Jaspers elabora (si veda *Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie – Medizin - Naturwissenschaften*, cit., pp. 352-359), nel 1946, intervenendo direttamente nella questione intorno alla fondazione di un istituto universitario di Psicoterapia a fianco della clinica psichiatrica, laddove egli sostiene che si tratti di una questione molto importante e significativa non soltanto per la facoltà medica (si sarebbe trattato, infatti, di un'innovazione di rilievo assai più ampio anche e soprattutto per un ateneo di storica tradizione e importanza). Si tratta di considerazioni certamente interessanti che, guardando a una prospettiva interdisciplinare e in grado in una qualche misura di oltrepassare la sterile contrapposizione tra *Naturwissenschaften* e *Geisteswissenschaften*, aprono alla nuova psicologia, anche prendendo in considerazione le posizioni di alcuni importanti innovatori della medesima in chiave psicoanalitica come Freud e Jung. Ma, al di là dei riferimenti interni, legati anche alle vicende di singoli medici e scienziati di quell'ambiente specifico, l'intervento di Jaspers risulta interessante

evidenza di alcune relazioni umane che non possono essere spiegate induttivamente ma che, invece, possono essere ben comprese proprio utilizzando questa nuova prospettiva di indagine, tanto che egli ritiene di potere porre a fondamento della psicologia comprensiva proprio tale immediata evidenza, paragonandone il ruolo a quello esercitato dalla relazione causale nell'ambito delle scienze della natura: «Tutta la psicologia comprensiva si basa su tali sentimenti di evidenza nei confronti di relazioni comprensibili, distaccate, completamente impersonali. Tale evidenza viene acquisita in *occasione* dell'esperienza concreta di fronte a personalità umane, ma *non* induttivamente dimostrata *mediante* il ripetersi dell'esperienza. Essa ha la sua forza di convinzione in sé stessa. Il riconoscimento di questa evidenza è il presupposto della psicologia comprensiva, come il riconoscimento della realtà della percezione e della causalità è il presupposto delle scienze naturali»[1135]. Sono evidenti, qui, sicuri retaggi della prospettiva teorica diltheyana che sopra ho brevemente richiamato, così come, allo stesso modo, nel riferimento successivo riecheggiano chiare istanze weberiane, oltre che più ampi rimandi all'evidenza immediata e ad un materiale in qualche modo oggettivo: «Perché il giudizio sulla realtà di una relazione comprensibile, nel caso singolo, è basato non solo sulla sua evidenza ma soprattutto sul materiale *oggettivo* costituito da *punti di appoggio tangibili* (contenuti linguistici, creazioni intellettuali, azioni, condotta di vita, moti espressivi), in virtù dei quali viene compresa la relazione; questa oggettività resta però sempre incompleta. Ogni comprensione di singoli processi *reali* rimane perciò sempre, più o meno una *interpretazione*, che solo in rari casi può raggiungere i gradi relativamente elevati della completezza di un materiale oggettivo convincente. Noi comprendiamo fin dove i dati oggettivi dei moti espressivi, delle azioni, delle manifestazioni del linguaggio, delle auto-descrizioni ci facilitano, più o meno, tale comprensione del singolo caso»[1136].

In questa direzione, quindi, Jaspers ribadisce con convinzione la notevole differenza che intercorre tra la generalizzazione massiva operata dal metodo esplicativo-causale, per lo più utilizzato nell'ambito scientifico-naturale, e l'irriducibile singolarità (e anche qui, vale a dire nel rimando all'irriducibilità ultima della dimensione individuale dell'umano, gli echi diltheyani sono assolutamente evidenti) cui fa riferimento, invece, proprio l'evidenza tipica della comprensione: «Le regole causali sono ricavate induttivamente e culminano in teorie che presuppongono qualche cosa alla base della realtà data in modo immediato. Ogni caso viene in esso assommato. Viceversa le relazioni geneticamente comprensibili sono di tipo ideale, sono evidenti in sé stesse (non ricavate induttivamente), non conducono a teorie ma rappresentano un metro con il quale sono misurati singoli avvenimenti che possono essere riconosciuti più o meno comprensibili»[1137]. L'esempio della complessità, al di là da ogni immediata apparenza, della correlazione tra stagioni e suicidi serve a rappresentare ulteriormente, in modo tanto semplice quanto chiaro, tale considerazione: «La frequenza della relazione comprensibile fra il tempo autunnale ed il suicidio non è confermata dalla curva dei suicidi, che è più alta in primavera, ma non per questo la relazione comprensibile è falsa. Un caso reale può darci l'occasione di intendere una relazione comprensibile; la frequenza in seguito non aggiunge nulla per aumentare l'evidenza così acquisita»[1138].

Le relazioni oggetto specifico della comprensione possono essere poi intese o in modo essenzialmente razionale o attraverso la partecipazione affettiva, dal momento che «quando alla nostra comprensione i contenuti dei pensieri appaiono derivare con evidenza gli uni dagli altri, secondo le regole della logica, allora comprendiamo queste relazioni razionalmente (comprensione di ciò che è stato detto); quando invece comprendiamo i

proprio nella prospettiva complessiva del suo pensiero, volto a un ampliamento della teoria e della pratica psichiatrica e medica nelle forme che qui brevemente cerco di richiamare.

[1135] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 328.

[1136] *Ibidem*, pp. 328-329.

[1137] *Ibidem*, p. 329.

[1138] *Ibidem*, p. 329.

contenuti delle idee come scaturiti da stati d'animo, desideri e timori di chi pensa, allora comprendiamo veramente in modo psicologico o partecipando affettivamente (comprensione dell'individuo che parla)»[1139]. Se la prima modalità costituisce un prezioso supporto per la psicologia, l'altra introduce dentro la psicologia stessa: «Mentre la comprensione razionale è solo un ausilio della psicologia, la comprensione affettiva ci introduce nella psicologia stessa»[1140]. Ancora una volta emerge l'importanza attribuita dal filosofo tedesco, nell'ambito della pratica terapeutica, alla partecipazione affettiva del medico, al rapporto umano, dunque, che questi riesce a stabilire, in modo ogni volta unico, con il paziente, il che lo mantiene decisamente al di fuori da ogni forma di puro intellettualismo e di scientismo.

Jaspers sottolinea, poi, come non sia effettivamente reale alcuna netta contrapposizione tra la spiegazione causale e il processo di comprensione, se non altro perché teoricamente la prima non sembra trovare limiti effettivi (neppure nella possibilità di massima di sondare lo psichico), mentre la comprensione non pare, da parte sua, potere giungere fino alle profondità nelle quali alberga il substrato ultimo dello psichico: «L'idea che lo psichico sia il campo della comprensione e il fisico il campo della spiegazione causale è erronea. Non esiste alcun processo reale, sia di natura fisica che psichica, che non sia accessibile per principio alla spiegazione causale; anche i processi psichici possono essere soggetti alla spiegazione causale. La conoscenza causale non trova mai i suoi limiti; ovunque, anche nei processi psichici, ricerchiamo cause ed effetti. *Viceversa il comprendere trova ovunque dei limiti*. L'esistenza delle speciali disposizioni psichiche, le regole dell'acquisizione e della perdita delle disposizioni mnemoniche, le conseguenze della disposizione psichica generale nelle varie età della vita, e tutto il resto, che possiamo riassumere come il substrato dello psichico, è un limite per la nostra comprensione. Ogni limite del comprendere rappresenta un ulteriore *impulso* alla ricerca causale»[1141]. Ma, al di là dei più o meno evidenti echi weberiani, si tratta qui, ovviamente, da una parte di riaffermare la potenziale infinità del processo della conoscenza scientifica e, dall'altra, di ribadire l'effettiva impossibilità di cogliere in modo pienamente oggettivo ed esaustivo la dimensione dell'umano; tale distinzione mentre da una parte salvaguarda la prospettiva peculiare della ricerca scientifica contemporaneamente custodisce, dall'altra, l'irriducibilità ultima dell'individuo e dell'umanità, che di fatto non possono mai essere perfettamente rappresentati da nessun modello gnoseologico, in un'ottica che è proprio quella che, seppur con accentuazioni variabili, percorre l'intera opera del filosofo tedesco.

Tale volontà di ribadire in qualche modo limiti e confini, che però nell'intenzione di Jaspers non vogliono mai essere rigidi e invalicabili ma, piuttosto, fluttuanti e in qualche modo da ridefinire continuamente, appare chiara anche quando egli ribadisce, dopo avere richiamato la distinzione fondamentale tra ciò che è cosciente e quanto appartiene alla dimensione dell'inconscio, la differenza, proprio all'interno di quest'ultimo, tra ciò che in qualche modo è ancora soltanto inosservato (e dunque può essere progressivamente portato, almeno in linea teorica, alla coscienza) e ciò che invece è "extracosciente", vale a dire quanto comunque sembra sempre sottrarsi a ogni tipo di osservazione: «Ogni psicologo esperimenta su di sé che la propria vita psichica subisce una progressiva chiarificazione, che cose non osservate gli diventano coscienti e che egli non giunge mai al limite ultimo. È assolutamente errato confondere questo inconscio, che mediante la fenomenologia e la psicologia comprensiva da inosservato viene reso cosciente, con il vero inconscio, con quello cioè che per principio è extracosciente e che quindi non è mai osservabile. Mentre l'inconscio quale inosservato, è in effetti vissuto, l'inconscio come extracosciente in realtà non lo è. Pertanto ci sembra opportuno chiamare l'inconscio nel primo significato "il non osservato, l'inavvertito", e l'inconscio nel secondo significato

[1139] *Ibidem*, p. 330.
[1140] *Ibidem*, p. 330.
[1141] *Ibidem*, p. 330.

"l'extracosciente"»[1142]. Anche qui appare evidente il duplice tentativo di non venire meno, da una parte, alla fiducia nel paradigma del progresso scientifico e, dall'altra, al fondamentale presupposto dell'insondabilità ultima dell'umano come cifra del suo valore e del suo significato più autentici.

È illuminante la chiarezza schematica con la quale Jaspers riassume, poi, il significato della comprensione e le sue principali articolazioni e diramazioni, così che vale certamente la pena leggere direttamente questo importante passaggio: «1. *Comprensione fenomenologica* e *comprensione espressiva*. La prima consiste nell'attualizzazione interiore della esperienza vissuta con l'ausilio di autodescrizioni di malati, la seconda è invece la percezione immediata del significato psichico nei movimenti, nei gesti (mimica) e nelle forme (fisiognomica). 2. *Comprensione statica* e *comprensione genetica*. La prima riguarda le singole qualità psichiche e gli stati come vengono vissuti (fenomenologia), la seconda lo scaturire in modo distinto e separato dello psichico, come esso si muova in concatenazione di motivi, in improvvise trasformazioni dialettiche (psicologia comprensiva). 3. *Comprendere genetico* e *spiegare*. Il primo è il modo di cogliere, soggettivo ed evidente, le concatenazioni psichiche dall'interno, fin dove esse sono afferrabili in questo modo, il secondo è la dimostrazione oggettiva di relazioni, di conseguenze, di fatti costanti, che sono incomprensibili e che si possono spiegare soltanto per via causale. 4. *Comprensione razionale* e *comprensione affettiva*. La prima non è una comprensione propriamente psicologica ma soltanto una comprensione puramente intellettuale dei contenuti razionali di un individuo, per es. comprendere i rapporti logici di un sistema delirante del mondo, nel quale un individuo vive come in un mondo suo. La comprensione affettiva è la comprensione veramente psicologica dello psichico stesso. 5. *Comprendere* ed *interpretare*. Parliamo di comprensione nella misura in cui ciò che è compreso trova la sua completa rappresentazione in movimenti espressivi, in manifestazioni verbali, in azioni. Parliamo di interpretazione solo quando abbiamo scarsi punti di appoggio per trasportare, con una certa verosimiglianza, su un caso determinato, relazioni già comprese prima»[1143]. Il tentativo di fornire un quadro per quanto possibile chiaro e schematico di tale importante concetto e delle sue articolazioni fondamentali testimonia l'attenzione critica che Jaspers gli attribuisce tanto in sede di argomentazione teorica (rispetto alla quale egli assume un atteggiamento ben preciso e assolutamente personale rispetto ai protagonisti del dibattito, su tali questioni, che in precedenza ho voluto ricordare) quanto con più diretto riferimento alla pratica terapeutica.

In un passaggio certamente significativo, Jaspers definisce, poi, quella che indica come "comprensione spirituale", distinguendola da quella "psicologica", e così in qualche modo ribadendo l'insondabile ampiezza e profondità dell'umano: «Non solo i contenuti razionali sono da comprendere come significato oggettivo al di fuori di qualsiasi psicologia, ma anche tutti gli altri contenuti pensati, come le figure, le immagini e i simboli, le esigenze e gli ideali. Non solo tali contenuti vanno colti in modo isolato per comprendere un individuo, ma la familiarità con queste configurazioni, fin dove venga raggiunta dallo psicologo, rappresenta il limite e la condizione della sua comprensione psicologica. Questo tipo di comprensione è una comprensione dello spirito e non una comprensione psicologica. Ma l'anima è accessibile solo nella misura in cui si possa comprendere in quali strutture essa vive, quali contenuti ha innanzi a sé e quali essa conosce e lascia che divengano attivi in lei»[1144]. Così, dunque, la possibilità di comprendere aspetti dell'anima e della psiche costituisce certamente un impulso fondamentale per l'attività dello psichiatra, senza che però tale avveduta speranza possa mai tradursi nella cieca e acritica certezza di potere un giorno cogliere in modo esaustivo e definitivo la complessità e la profondità dello spirito:

[1142] *Ibidem*, p. 331.
[1143] *Ibidem*, pp. 332-333.
[1144] *Ibidem*, p. 333.

questo significherebbe, inevitabilmente, smarrire la prospettiva autentica della ricerca e della pratica psichiatrica.

Significativa, anche guardando all'intera parabola speculativa di Jaspers, è, poi, la definizione della "comprensione psicologica", nella duplice articolazione di "psicologia empirica" e di "chiarificazione filosofica dell'esistenza": «La comprensione psicologica, perciò, se è riferita all'urto con l'incomprensibile, è soggetta all'indagine causale e diventa *psicologia empirica*. Quando si riferisce alla manifestazione di esistenza possibile diviene *chiarificazione filosofica dell'esistenza*. La psicologia empirica constata che qualcosa c'è e come avviene; la chiarificazione esistenziale fa appello, attraverso il possibile, all'uomo stesso. Entrambe, quantunque di significato radicalmente diverso, sono connesse fra loro nella comprensione psicologica. Da ciò risulta quasi una ambiguità insuperabile»[1145]. La notazione rispecchia, in modo per certi versi paradigmatico, la profonda problematicità del pensiero jaspersiano, la compresenza, al suo interno, di una convinta fiducia nelle progressive conquiste della conoscenza scientifica, da un lato, e dell'ineludibile riferimento ad una dimensione dell'esistenza individuale comunque mai interamente sondabile e oggettivabile, dall'altro. E, ancora, tale distinzione (che, appunto, non vuole essere una sterile contrapposizione) viene in qualche modo ribadita con la chiamata in causa del fondamentale concetto di libertà: «L'incomprensibile *dal lato di ciò che è indagabile in senso causale* appare negl'impulsi, nei fatti somato-biologici, nei meccanismi specifici extracoscienti che di volta in volta vengono presupposti; esso è presente sia in tutta la vita normale che in quella che devia per disposizioni interne patologiche e processi morbosi. L'incomprensibile *dal lato dell'esistenza* è la libertà, che si manifesta nella decisione incondizionata, nell'afferrare il senso assoluto, e appare nell'esperienza fondamentale, quando dalla situazione empirica sorge la situazione limite, che risveglia l'esistenza concreta ad essere sé stessa»[1146]. Jaspers chiarisce, quindi, in cosa consista effettivamente tale chiarificazione dell'esistenza, toccando così uno degli snodi nevralgici di tutta la sua parabola speculativa: «Tale chiarificazione dell'esistenza, tramite la psicologia comprensiva, si riferisce a questo più-che-comprensibile, tocca la vera realtà nella possibilità dell'essere stesso, ricordando, richiamando l'attenzione e rendendo evidente. È una confusione e quindi un sovvertimento, se tali chiarificazioni vengono trattate come una psicologia universalmente valida, se, sotto ai concetti psicologici della chiarificazione esistenziale, vengono sussunti azioni, modi di comportamento, impulsi, uomini, proprio in quanto sono tali e se vengono accettati come fatti naturali»[1147].

In questo rigoroso tentativo di chiarire le differenze, seppur nell'ambito di una riflessione che vuole essere comunque aperta e problematica anche quando procede ad astrazioni e a definizioni più decise, un'importante connotazione sembra assumere quella che Jaspers chiama la "comprensione metafisica": «La comprensione psicologica si applica a ciò che è empiricamente vissuto o compiuto esistenzialmente. La comprensione metafisica si applica ad un senso che oltrepassa tutto ciò che noi abbiamo vissuto e fatto liberamente, in una relazione estensiva di significato, nella quale viene ammesso e ritenuto valido ogni significato, che altrimenti sarebbe limitato. La comprensione metafisica interpreta i fatti e la libertà come il linguaggio di un essere assoluto»[1148]. Qui Jaspers ribadisce, peraltro in linea con il suo pensiero filosofico generale, come tale insondabilità ultima sia certamente da riferire anche al malato di mente, il quale, così come ogni altro essere umano, assume e mantiene un significato comunque unico e mai completamente riducibile a quello di altri: «Il malato di mente non è per noi solo una realtà empirica; egli, come tutto l'altro reale, nella visione metafisica assume un significato inverificabile. Ma egli non è solo significativo come un albero o una tigre ma in un modo unico, perché è

[1145] *Ibidem*, pp. 333-334.
[1146] *Ibidem*, p. 334.
[1147] *Ibidem*, p. 334.
[1148] *Ibidem*, p. 334.

uomo»[1149]. Da questo punto di vista, le possibilità proprie dell'individuo appaiono infinite e soltanto una parte di esse diventa effettivamente reale, così che la sua dimensione ultima rimane di fatto inesplicabile nella sua interezza e costituisce ogni volta anche un preciso motivo di incanto e di fascino per il filosofo che le si pone dinnanzi: «Le estreme possibilità umane diventano reali nell'irrompere attraverso tutti i confini dell'esistenza, che si occulta, si tranquillizza, si forma e si conclude. Non può essere diversamente, perché il filosofo che è in noi resta per tutta la vita come incantato da questa realtà, e ne sente di continuo la problematica sempre nuova»[1150].

Dopo avere così ampiamente esaminato il *Verstehen* e le sue principali articolazioni e relazioni, Jaspers ribadisce, in modo assolutamente efficace e convincente, la complessità del processo di comprensione messo in campo dallo psicologo, la sua mai risolta né risolvibile problematicità e infinità: «Non è possibile alcuna comprensione psicologica, senza partecipare col pensiero ai *contenuti* mentali (immagini, figure, simboli, idee), senza vedere un'*espressione*, senza partecipare sentimentalmente ai *fenomeni vissuti*. Tutte queste sfere dei fatti oggettivi significativi e dell'esperienza interiore oggettiva sono il materiale della comprensione. Solo in quanto essi vengono dati può realizzarsi la comprensione. Dal canto loro entrano in relazione mediante il modo di intendere comprensivo genetico»[1151]. E ancora: «Il procedimento dello psicologo che opera sulla base della comprensibilità è quindi quello di partire da una intuizione totale che opera in modo comprensivo. Scomposta questa, successivamente si chiarificano da un lato l'espressione, i contenuti e i fenomeni, dall'altro i meccanismi extracoscienti e si intuisce che l'esistenza possa essere anche un fondamento empirico inesplorabile. Infine da questa analisi ampia ed articolata dei fatti concreti e dei significati possibili, nasce una più vasta comprensione delle relazioni. Di fronte ad un caso concreto il risultato viene messo in dubbio, ripetuto il procedimento, e mediante la raccolta di dati oggettivi in interrelazioni dinamiche viene approfondito di nuove concezioni generali con una rinnovata analisi della visione reale»[1152].

Rimane così chiarito anche il ruolo della psicologia comprensiva nell'ambito della psicopatologia, dunque la sua posizione, per così dire, in qualche modo intermedia tra l'oggettivo e l'incomprensibile: «Ma nella psicopatologia la psicologia comprensiva ha solo senso ove essa renda empiricamente visibile qualche cosa e promuova le osservazioni. Dove io comprendo devo domandare: quali fatti vedo? Che cosa posso dimostrare? Dove urto nell'incomprensibile? La posizione intermedia della psicologia comprensiva ha bisogno costantemente della realizzazione, da un lato mediante l'oggettività, dall'altro mediante l'incomprensibile»[1153]. Tutto questo fornisce indicazioni, per quanto possibile, sulla posizione dell'anima, situata tra corpo e spirito, e sulla sua irriducibile complessità ultima: «Questa posizione intermedia getta anche una luce sulla vecchia questione: che cosa sia realmente l'anima, posta fra lo spirito ed il corpo. Lo spirito lo vediamo come i contenuti e i valori ai quali si riferisce l'anima e dai quali viene mossa. Il corpo lo vediamo come la sua esistenza concreta. Non ci sembra mai di afferrare l'anima stessa ma cerchiamo di indagarla come corporeità, oppure comprenderla nei suoi contenuti. Ma come la corporeità non si esaurisce nei livelli della corporeità fisica biologicamente indagabile, ma si spinge più in alto fino nella corporeità animata dei fenomeni espressivi, così ogni vero spirito è anima, legato all'anima e sostenuto da essa»[1154]. E proprio tale posizione intermedia dell'anima fa sì, per quanto sopra detto, che l'approccio ad essa, proprio del comprendere genetico, non possa che essere un processo prospettico, irrisolto, comunque distante da qualunque velleità di rendere oggettivo e perfettamente accessibile l'individuo

[1149] *Ibidem*, p. 335.
[1150] *Ibidem*, p. 335.
[1151] *Ibidem*, p. 336.
[1152] *Ibidem*, p. 337.
[1153] *Ibidem*, p. 338.
[1154] *Ibidem*, p. 338.

in ogni sua determinazione ultima: «La posizione intermedia dell'anima ha come conseguenza che il comprendere genetico è incapace di concludersi in sé stesso e di fornire un presunto orientamento nel tutto. Ogni comprendere è un modo di concepire, una luce nella realtà umana, non il metodo che rende accessibile l'individuo stesso e quanto vi è di generale. Ogni psicologia comprensiva è perciò aperta a tutte le possibilità»[1155].

Alla luce di queste importanti considerazioni, per così dire, metodologiche (ma che in realtà, come si è avuto modo di vedere, procedono assai più in profondità nel tentativo di definire la comprensione dell'umano e i suoi limiti strutturali), Jaspers chiarisce in tal modo, infine, il duplice compito proprio della psicopatologia, ora intesa in questo senso così profondamente rinnovato: «La psicopatologia comprensiva ha due compiti: vuole *estendere* la *nostra comprensione* a relazioni insolite, assolutamente lontane e a prima vista forse inintelligibili (per es. perversioni sessuali, crudeltà impulsive, ecc.); vuole riconoscere relazioni comprensibili uguali in sé negli stati psichici condizionati da *meccanismi abnormi* (per es. reazioni isteriche). Nel primo caso si tratta di comprendere qualche cosa che nel campo della comprensione stessa viene valutato come estraneo, sia come patologico sia come fuori dell'ordinario; l'accento è posto sulla speciale comprensibilità. Nel secondo caso si tratta della conoscenza di realizzazioni abnormi di relazioni comprensibili, di per sé generalmente non insolite; l'accento sta qui sui *meccanismi extracoscienti* anormali, che però diventano accessibili solo sulla via della comprensione»[1156].

Alla fine di questa importante parte dedicata alla psicologia comprensiva, Jaspers ne ribadisce così, in modo inequivocabile, il ruolo assolutamente importante, nell'economia complessiva della ricerca intorno all'uomo e alla sua psiche, ma rimane tuttavia estraneo ad ogni eventuale ipotesi di generalizzazione, dal momento che intende salvaguardare, ancora una volta, la complessità dell'approccio scientifico e terapeutico, se è vero che esso deve tenere in qualche modo insieme, per così dire, scienza e umanità, così da dovere essere considerato, specie nel suo profilo applicativo, come una vera e propria "arte": «Ripetiamo ancora per chiarire il senso da dare a tutte le considerazioni sul comprensibile: nella psicologia comprensiva, con tutta la evidenza delle relazioni comprensibili, la loro applicazione nel caso individuale non porta mai, mediante una sussunzione, a risultati dimostrati, ma solo a risultati probabili. La psicologia comprensiva non può essere applicata meccanicamente partendo da cognizioni generali, ma ha sempre bisogno di una intuizione personale. "L'interpretazione è solo in teoria una scienza, nella sua applicazione essa è un'arte" (Bleuler)»[1157].

6.4 L'"uomo intero": tra filosofia e scienze

Chiarite ampiamente le coordinate di riferimento generali, Jaspers guarda all'ambito di applicazione possibile della comprensione, da un lato ribadendo la propria convinzione di volere sempre tenere in considerazione gli elementi individuali e dall'altro guardando all'esigenza scientifica volta a una sistematizzazione di massima che, però, non deve mai divenire dogmatica e definitiva (a questo proposito le ascendenze eventualmente rintracciabili sarebbero innumerevoli: diltheyane, neokantiane e weberiane, per dirne soltanto alcune): «Ciò che è afferrabile con la comprensione è sempre qualche cosa di concreto che va perduto nella sistematizzazione. Ciononostante la scienza tende ad un sapere sistematico, e quand'anche un sistema della comprensibilità fosse una sciocchezza, vogliamo almeno tentare un ordinamento metodologico dei contenuti del comprensibile

[1155] *Ibidem*, p. 338.
[1156] *Ibidem*, pp. 338-339.
[1157] *Ibidem*, p. 339.

mediante i *principi della comprensione*»[1158]. Questo significa avere ben chiari da un lato l'ineludibile necessità di dover procedere a una sorta di sistematizzazione in linea con le esigenze scientifiche e dall'altro il rischio che ogni operazione del genere possa scivolare, con conseguenze fin troppo compromettenti, verso l'edificazione di sistemi definitivi che finirebbe inevitabilmente per perdere di vista la fondamentale dimensione dell'individuale, senza dire che la coscienza storica ne mostrerebbe ben presto l'insostenibilità. Si tratta, cioè, di mantenere un atteggiamento critico (filosofico, dunque, nel senso anche jaspersiano) che permetta di ordinare il materiale della ricerca senza però mai perdere di vista che si tratta pur sempre di un'operazione strumentale e, per così dire, in una qualche misura provvisoria e dunque continuamente soggetta a revisione.

Innanzi tutto, al fine di giungere alla determinazione di una procedura corretta ed effettivamente praticabile, lo studioso e il clinico devono chiedersi cosa possono realmente comprendere e in quale maniera: «Per ogni studioso è proprio del suo livello umano sapere cosa e come sia in grado di comprendere. Atti creativi della comprensione sono stati fatti nei miti e nella comprensione di essi, da parte dei grandi *poeti* ed *artisti*»[1159]. E per giungere a tale determinazione risultano fondamentali proprio le domande poste nell'ambito delle più ampie scienze dello spirito, laddove proprio muovendo da lì rimane possibile rintracciare le coordinate fondamentali di massima di ogni itinerario scientifico e terapeutico: «Questi contenuti diventano coscienti, mediante la riflessione, nella totalità delle scienze dello spirito. La chiarificazione degli elementi fondamentali dà al ricercatore la giusta misura del suo comprendere e i confini del possibile. Dove cerco la fonte della mia comprensione, dove domando, ecco i fatti che condizionano il modo del mio indagare quale psicologo che opera in maniera comprensiva»[1160]. Si tratta ancora una volta, dunque, di un sapere del quale occorre domandarsi tenendo sempre l'occhio sulla specificità delle *Geisteswissenschaften*.

Dal punto di vista della procedura metodologica, alla luce di quanto precedentemente chiarito, occorre dunque fare sempre riferimento, già nelle fasi iniziali, ad un qualche modello teorico di umanità che possa fungere da quadro orientativo generale, ma questo sempre mantenendo, però, un atteggiamento assolutamente critico e aperto, alla luce del fatto che ogni caso singolo rimane comunque assolutamente unico e specifico, e dunque mai riconducibile *tout court* a modelli generali e, per così dire, statistico-quantitativi: «Alla base di ogni comprensione stanno i *modelli dell'essere umano*. Sullo sfondo sta una coscienza più o meno chiara di ciò che l'individuo umano è in realtà e può essere. Lo psicopatologo terrà presenti tali modelli, ma come ricercatore non ne considererà nessuno come il solo vero, ricercherà piuttosto cosa ognuno gli possa insegnare a vedere concretamente e come possa ampliare le proprie possibilità di apprendimento»[1161]. Questo modo di procedere deve essere affermato e sostenuto sempre tenendo sullo sfondo l'infinità costitutiva dell'umano, dunque la necessità di sapervi guardare con assoluta apertura critica e senza mai smarrire la capacità di fare fronte al nuovo e all'imprevisto: «Non è compito della psicopatologia sviluppare e rappresentare le relazioni comprensibili nella loro totalità attraverso tutti i contenuti. Il comprensibile è un campo infinito»[1162]. Da questo punto di vista, Jaspers richiama continuamente alla necessità di mantenersi al di fuori da ogni acritica e definitiva accettazione di questo o di quel modello teorico di riferimento, come pure all'ineludibile esigenza di evitare ogni dogmatico appiattimento sui metodi *naturwissenschaftlich* e, d'altro lato, ogni mistificazione del *Verstehen* in senso, per dir così, meramente normativo e quantitativo: «Ciononostante nella descrizione dei singoli casi concreti un compito a sé stante della psicopatologia è quello di rendere attuali ed

[1158] *Ibidem*, p. 340.
[1159] *Ibidem*, p. 340.
[1160] *Ibidem*, pp. 340-341.
[1161] *Ibidem*, p. 341.
[1162] *Ibidem*, p. 341.

evidenti *relazioni comprensibili rare ed abnormi*. Questo compito è indipendente da conoscenze scientifico-naturalistiche e causali. Esso non viene affrontato spesso, anzi è affrontato di rado in modo accurato e penetrante. La tendenza generale di considerare le conoscenze scientifico-naturalistiche come le uniche possibili, non permise che si fosse chiaramente coscienti della autonomia di questa indagine e falsificò sia l'indagine oggettiva con l'introdurvi "spiegazioni psicologiche", sia la comprensione pura con costruzioni teoretiche in senso scientifico-naturalistico»[1163].

Un altro chiaro motivo filosofico (e, se si vuole, di matrice diltheyana) ampiamente ripreso e argomentato da Jaspers è costituito dalla teoria della comprensione intesa come circolo ermeneutico infinito capace di articolarsi attraverso gli alterni momenti dell'individuazione e dell'isolamento dei singoli segmenti d'indagine, ogni volta sottoposti a interpretazioni più specifiche e mirate, e, poi, del refluire di queste ultime entro l'assai più ampia, sostanzialmente infinita, totalità nella quale esse stesse finiscono per assumere significati ulteriori, in un processo circolare e infinito, come infinito è, d'altra parte, l'ambito precipuo della sua applicazione, vale a dire l'umano: «Noi comprendiamo il contenuto di un pensiero isolato, comprendiamo l'indietreggiare pieno di paura del corpo dinanzi alla minaccia di un colpo. Ma tale comprensione isolata è solo povera e generale. Fino alle ultime tappe isolabili parla pur sempre il tutto di un essere, vale una relazione oggettiva, si ramificano le motivazioni di un'anima. Perciò l'atto di comprendere spinge dall'elemento isolato al tutto; dal quale anche ciò che è isolato si rivela in tutta la ricchezza delle intuizioni. Difatti ciò che è comprensibile non può essere isolato. Perciò la raccolta dei fatti oggettivi, che è il punto di partenza, non termina mai. Ogni singolo punto di partenza può, per l'aggiungersi di nuovi fatti significativi, acquistare un significato nuovo per la nostra comprensione. La comprensione si compie nel *circolo* che determina il movimento *dai singoli fatti verso il tutto*, nel quale essi stanno, e *dal tutto* raggiunto, *indietro* verso i singoli fatti interpretabili, di modo che questo circolo si allarga in sé ed in tutte le sue parti si comprende, si esamina e si modifica. In nessun posto vi è un terreno solido definitivo, ma quel tutto a cui, di volta in volta, si è pervenuti si appoggia sulla reciprocità delle sue parti»[1164]. Qui poi, in particolare, anche alla luce del paradigma filosofico complessivo di Jaspers, l'irrisolta infinità del processo di comprensione viene sostanzialmente attribuita alla dimensione dell'incomprensibile che fa da sfondo alla sua visione generale della vita e dell'uomo: «Il *comprensibile* è in sé stesso incompiuto, perché urta nei confini dell'incomprensibile, del dato, della esistenza concreta e della libertà (dell'esistenza). Il *comprendere* deve corrispondere a questa natura del comprensibile, e rimanere perciò esso stesso interminabile (al di sopra e fuori dell'interpretare, perché anche in presenza di fatti oggettivi più ricchi di significato, resta empiricamente infinito)»[1165]. Questo perché, in buona sostanza, la comprensione affonda le radici nell'infinità connessa alla libertà esistenziale, cifra costitutiva dell'essere umano: «Poiché il comprensibile *si fonda sulla libertà esistenziale*, ma la libertà non può essere intesa in sé stessa, ma solo nei suoi prodotti comprensibili, la comprensione è di nuovo infinita, conformemente all'incompiutezza di tutto il comprensibile nel tempo. Se la libertà dell'esistenza si compie nel tempo in una concrezione storica, questa compiutezza non è oggettivabile, e perciò non è riconoscibile come esistenza finita, ma è essa stessa infinita, perché come conclusione esistenziale è l'eternità del tempo. E ciò non è più oggetto della psicologia comprensiva»[1166]. In questo senso, risulta del tutto evidente e ampiamente motivata, poi, la sostanziale eterogeneità del procedimento di comprensione rispetto a ogni pretesa esaustività cui da sempre si ispira il metodo rigoroso delle scienze naturali: «Sia che si tratti di miti, di contenuti di sogni, di contenuti psicotici, tutto si è dimostrato suscettibile di

[1163] *Ibidem*, pp. 341-342.
[1164] *Ibidem*, pp. 385-386.
[1165] *Ibidem*, p. 386.
[1166] *Ibidem*, p. 387.

infinite interpretazioni. Si crede di aver stabilito un significato e subito ne appare un altro. […] Perciò nel processo della comprensione la meta della conoscenza non può essere orientata secondo la misura delle scienze naturali e della logica formale nata dalla matematica. La realtà della comprensione poggia su altri criteri, quali le evidenzialità, la relazione, la profondità, la ricchezza. La comprensione resta nella sfera del possibile, appare sempre come provvisoria, nella freddezza del sapere razionale, è sempre un semplice tentativo, ma struttura i fatti significativi oggettivi, che si possono fissare come semplici fatti, quando nel loro significato restano aperti a quella infinita possibilità di interpretazione. D'altra parte la comprensione diviene anche più decisiva col crescere del materiale empiricamente accessibile. Molteplicità di interpretazioni non significa arbitrarietà né indeterminatezza, ma movimento nella vastità possibile che porta ad una visione più precisa»[1167].

Un ulteriore riferimento alla più recente storia della filosofia è rintracciabile, specie in questa parte dell'opera jaspersiana, nell'idea della vita (che, come è noto, nella tradizione filosofica contemporanea è stata declinata secondo le modalità più diverse ed eterogenee, basti pensare, a mero titolo esemplificativo, alle concezioni di Dilthey e di Nietzsche), della quale è possibile cogliere soltanto singole parti e mai l'intera totalità, così come avviene, d'altra parte, per la realtà psichica: «Nello studio delle manifestazioni della vita si scoprono, con il raffinamento dell'analisi, sempre nuove relazioni singolari; ma la vita stessa resta un tutto, dal quale queste singolarità, che sono inanimate, e mai la vita stessa, sono ottenute mediante l'analisi. Analoga è la nostra conoscenza della vita psichica»[1168]. Si tratta di un concetto molto importante sia nella tradizione filosofica più recente che nell'opera di Jaspers, dal momento che segna in qualche modo il confine rispetto a ogni ipotesi gnoseologica 'rigorosa': la vita è, infatti, un insieme di relazioni infinito e inesauribile e ogni pretesa di sviscerarla in modo esaustivo è destinato ad essere rapidamente invalidato dalla coscienza storica. Questo vale, per così dire, anche per il più specifico riferimento alla singola vita, anch'essa di fatto mai chiarificabile per intero e in maniera definitiva. E tale inesauribile totalità di riferimento costituita dalla vita va tenuta sempre sullo sfondo ma, appunto, mai fissata in modelli esaustivi e definitivi, pena il suo immediato dileguarsi (anche qui il richiamo a talune importanti considerazioni diltheyane appare immediatamente evidente): «Il tutto pensato è sempre solo lo schema di un'idea, con il quale operiamo, senza tuttavia considerarlo l'idea stessa. La conoscenza si smarrisce quando vuol fissare il tutto semplicemente in un oggetto preciso e determinabile come se fosse una totalità»[1169]. E proprio guardando all'infinità del processo ermeneutico, sostanzialmente dovuta a tale inesauribilità della vita, Jaspers ha buon gioco nel richiamare il senso più autentico della comprensione dell'umano, che rimane sempre inevitabilmente oscillante tra il più generale riferimento alla totalità e la mai risolta chiarificazione delle sue parti costituenti: «La conoscenza fruttuosa oscilla sempre fra gli elementi e l'insieme. Per il tutto esiste in verità un'intuizione che però diventa più chiara solo nell'analisi degli elementi. Con gli elementi isolati si può lavorare apparentemente con facilità; ma solo quando sono visti in rapporto all'insieme la loro apprensione resta fedele alla verità. Qualche volta il tutto è presente nel "sentimento" dell'osservatore, senza che gli elementi siano molto chiari; si ha un "colpo d'occhio" per le costituzioni, i tipi di malattia, le sindromi. Ma l'apprensione esatta va sempre verso gli elementi, e solo con la loro determinazione diventa chiara e precisabile»[1170].

Ed è proprio richiamando tale idea di comprensione delle parti intesa come inesaurito rimando alla totalità che Jaspers ha occasione di ricordare, sebbene da un punto di vista più generale, l'avveduta esortazione di Kant: «Kant ha compreso e ha mostrato

[1167] *Ibidem*, pp. 387-388.
[1168] *Ibidem*, p. 597.
[1169] *Ibidem*, p. 597.
[1170] *Ibidem*, p. 598.

magnificamente: quando voglio afferrare il tutto, sia esso il mondo o l'uomo, mi scompare l'oggetto, perché ciò che io intendo (compito di infinita indagine) non è una determinata e chiusa finitudine. Ciò che io riconosco non è mai il mondo, ma qualche cosa del mondo; il mondo non è oggetto, ma idea. Se io tento di farne false asserzioni come di un oggetto, mi confondo in antinomie insolubili. *Nel* mondo io posso progredire conoscitivamente in tutti i lati, non posso conoscere *il* mondo […]»[1171]. E tutto questo vale, qui in modo più specifico, anche quando ci si riferisce all'uomo: «Non diversamente stanno le cose con l'uomo. L'uomo è altrettanto estensivo quanto il mondo. Io non lo posseggo più nell'insieme quando mi è diventato un oggetto, che mi si presenta sempre in un dato modo e sotto determinati punti di vista. Nondimeno il tutto resta»[1172].

Constatata così, anche alla luce di tali richiami alla totalità inesauribile della vita, l'infinità propria della materia psicopatologica, direttamente riferibile alla dimensione dell'umano, Jaspers richiama ancora una volta l'attenzione sull'opportunità di distinguere tra la comprensibile e persino auspicabile necessità di dovere ogni volta procedere a ordinare in qualche modo il materiale della ricerca via via accumulato e la tendenza, invece inevitabilmente depauperante e fuorviante, a trasformare tale modello procedurale in un improbabile sistema di conoscenze poi erroneamente ritenuto, anche rispetto ai suoi contenuti, esaustivo e definitivo: «Il problema di come si costruisce, si ordina, si articola tutto questo sapere, diventa l'esigenza di sintesi di tutta la conoscenza. Noi ripetiamo che questo è possibile solo metodologicamente, e non come teoria dell'essere umano. La sintesi non è come la carta di un continente, ma come la carta delle possibilità di viaggio in esso. Ma a differenza del continente geografico, l'uomo non può essere tutto oggetto della nostra conoscenza. È questo appunto che lo distingue dall'esistenza di un oggetto anche grandissimo, e cioè che in tutta la natura egli ha la posizione eccezionale di essere libero. Lo sforzo ultimo è perciò un ordinamento sistematico dei metodi, non uno schema generale»[1173]. Alla base di questa necessaria, per dir così, prudenza procedurale e metodologica vi è la riconosciuta multiformità della vita (altro concetto diltheyano) e dunque l'assoluta insostenibilità di qualunque radicalizzazione di questa o di quella prospettiva (secondo Dilthey l'assolutizzazione di una data prospettiva porta inevitabilmente, come ha d'altra parte dimostrato l'intera storia della filosofia, al relativismo e dunque allo scetticismo; allora, piuttosto che assolutizzare questo o quel sistema, sarebbe più corretto, a suo dire, riconoscere in ciascuno di essi soltanto una parte di verità, dovuta alla prospettiva di osservazione ogni volta assunta; in questo senso si potrebbe dire, secondo Dilthey, che ogni sistema è parzialmente vero, piuttosto che arrendersi alla sterile constatazione, dovuta all'insostenibile assolutizzazione di questa o di quella sistematica, che essi non possano che essere tutti falsi): «Se diamo uno sguardo alle serie di schemi generali dell'insieme, in primo luogo notiamo la loro *multiformità*: nessun insieme è il tutto, ogni totalità è una fra altre, è una totalità relativa. In secondo luogo notiamo sempre la tendenza ad *assolutizzare* le varie totalità, per raggiungere con esse il vero essere dell'anima, o per lo meno il loro centro o denominatore comune. In ogni assolutizzazione sta una verità che viene distrutta dall'assolutizzazione stessa»[1174]. Da questo punto di vista, sostiene Jaspers, la conoscenza dell'uomo e della sua psiche rappresenta un viaggio infinito, dal momento che per quante rotte possano solcarsi non si giungerà mai a esaurirle tutte: «La semplice multiformità, quando ce la rappresentiamo in modo reale ed evidente, mostra con insistenza che una totalità della vita psichica non è mai il tutto stesso. Conoscere l'uomo è come un viaggio sull'oceano infinito, per scoprire dei continenti; ogni volta che ci si stabilisce sulla terra o su un'isola si imparano determinati fatti, ma si elimina l'ulteriore conoscenza, se si afferma di essere come al centro delle cose,

[1171] *Ibidem*, p. 602.
[1172] *Ibidem*, p. 602.
[1173] *Ibidem*, p. 797.
[1174] *Ibidem*, p. 799.

le teorie sono come altrettanti banchi di sabbia, sui quali stiamo fermi, senza poter guadagnare veramente terreno»[1175]. In una tale ottica, allora, conoscere l'uomo non può che significare, sempre e inevitabilmente, afferrarne ogni volta soltanto singoli aspetti, con la totalità che rimane costantemente sullo sfondo, indietreggiando ogni volta che si tenta di coglierla completamente: «Non si perviene mai alla schematizzazione di un essere umano nel suo insieme, perché sempre riappare la particolarità dello schema, fin dove questo è vero, ed appare in modo sempre diverso la scissione dell'individuo, che pure sembra essere sempre uno. Tutte le totalità sono tipi di totalità frammentarie. È vano tentare di concepire l'uomo nella sua totalità nella quale ogni altra totalità finora colta sarebbe elemento e parte di una chiarezza teorica. Ad ogni tentativo di afferrare l'insieme, questo indietreggia, e noi teniamo in mano nient'altro che uno schema particolare del tutto, un modo di essere della totalità fra i tanti. Perciò non solo l'assolutizzazione della totalità è falsa, ma anche quella che crede di aver colto la vera totalità dell'uomo nell'insieme di tutte le totalità»[1176]. L'essere umano rimane così in qualche modo tutelato dalla sua sostanziale inesplicabilità in forme e in sistemi di verità che, invece, pretenderebbero di coglierlo nella sua interezza, piuttosto che limitarsi a scrutarne, nel loro intreccio costitutivo, singoli aspetti.

Tutto questo serve a Jaspers, una volta di più, per ribadire, in buona sostanza, i confini invalicabili, che devono essere sempre tenuti presenti quando si tenta di guardare all'uomo in modo plausibile e costruttivo, tra le pretese assolutizzanti delle scienze e la visione critica della filosofia: «Come in tutte le scienze, così anche nella psicopatologia dobbiamo precisare i limiti, vedere gli enigmi concreti, osservare *lo spazio libero per l'indagine scientifica* in ogni suo metodo possibile, e nello stesso tempo non oltrepassare i *confini della scienza* nella valutazione e nella utilizzazione dei suoi risultati. Solo mediante la scienza che urta contro i suoi confini, riusciamo a sentire l'omnicomprensivo in un singolo modo insostituibile, ed evitiamo di schematizzare di nuovo erratamente in modo razionale anche questo omnicomprensivo. Per il sapere e per la pratica che riguardano l'uomo è decisiva l'impostazione filosofica fondamentale, e non un sapere filosofico dogmatico»[1177]. Appare oramai assolutamente centrale, dunque, la capacità filosofica (che, come Jaspers sottolinea continuamente e in modo quanto mai opportuno, non vuol dire affatto riferirsi in modo assoluto ed esclusivo a qualche specifico dogma filosofico-sistematico) di guardare all'uomo con tale apertura critica e prospettica, cioè senza pretendere di ricondurlo entro questo o quello schema, cosa che corrisponderebbe, inesorabilmente, al suo dileguarsi. Infatti, ogni tentativo di cogliere la totalità dell'uomo per il tramite la scienza rigorosa è inevitabilmente destinato al fallimento: «Il tentativo di afferrare l'uomo nell'insieme in maniera conclusiva e generale è destinato a fallire. Ogni fatto che possiamo cogliere è sempre limitato, distaccato, non è l'uomo stesso»[1178]. Questo perché ogni volta che si cerca di fissare l'uomo secondo un qualunque modello classificatorio ritenuto oggettivo questi di fatto si dilegua, e dunque diventa estraneo rispetto ad ogni ipotesi gnoseologico-scientifica rigorosa che intende coglierlo in modo assoluto e definitivo: «Ogni volta che l'uomo diventa qualche cosa di determinato, in quanto tale, non è più l'uomo intero. In ogni determinazione, l'uomo è come se facesse un tentativo, dal quale può ritrarsi in quanto nel fondo della sua essenza rimane sempre la possibilità, anche se non nel singolo individuo, che quando ha un valore intrinseco, si identifica con la sua realizzazione, ma nell'uomo come essenza nel susseguirsi delle generazioni»[1179].

Se è vero, dunque, che nessun modello scientifico rigoroso può servire a fissare in modo definitivo ed esaustivo le coordinate universali dell'essere umano, a questo poi deve aggiungersi il fatto che neppure il singolo uomo, per certi versi in modo del tutto

[1175] *Ibidem*, p. 799
[1176] *Ibidem*, pp. 799-800.
[1177] *Ibidem*, p. 806.
[1178] *Ibidem*, p. 807.
[1179] *Ibidem*, p. 810.

conseguenziale, appare mai perfettamente scomponibile e analizzabile da qualsivoglia prospettiva scientifica: «*Di nessun uomo si può avere una visione completa*, su nessuno è possibile un giudizio generale e definitivo. Quei giudizi che praticamente sono inevitabili nel frequentare gli uomini e per gli scopi della società, perché è necessario prendere delle decisioni, valgono in questa particolare situazione, in queste condizioni di potere, acquistano responsabilità, senza essere dimostrati sufficientemente con il solo sapere. Io non posso mai, per così dire, tirare la riga sotto ad un uomo e fare la somma di ciò che si sa di lui. È un pregiudizio credere di poter avere una visione generale di un uomo come di un oggetto, e che la conoscenza ricercatrice possa possederlo completamente»[1180].

Jaspers non manca di chiarire poi, in qualche modo raccogliendo gli importanti esiti di queste significative considerazioni svolte della *Psicopatologia*, e in modo sicuramente più accentuato a partire dalla quarta edizione, i ruoli della psichiatria e della filosofia, ribadendo l'importanza di entrambe e, anche, la loro sostanziale complementarietà, senza che questo possa significare, però, confonderne ruoli e prospettive: «Vari psichiatri hanno dichiarato di non volersi gravare con la filosofia, e che la loro scienza non ha alcun rapporto con essa. Non c'è nulla da obiettare, in quanto la giustezza delle conoscenze scientifiche in generale, ed anche nella psichiatria, non sono né dimostrate né confutate dalla filosofia. Tuttavia l'esclusione della filosofia è funesta per la psichiatria. In primo luogo: per colui che non è chiaramente consapevole di una filosofia, questa si introduce senza che egli se ne accorga, nel suo pensiero e nel suo linguaggio scientifico e lo rende poco chiaro sia scientificamente che filosoficamente. In secondo luogo: dato che specialmente nella psicopatologia il sapere scientifico non è di tipo uniforme, si devono distinguere i modi del sapere, i metodi, il significato del valore delle affermazioni ed i criteri dell'esame, e ciò richiede una logica filosofica. In terzo luogo: ogni ordinamento del sapere in un tutto, e la chiarezza sull'insieme dell'essere, dal quale sorgono gli oggetti della ricerca, è possibile solo sotto la guida dell'idea filosofica. In quarto luogo: solo dalla chiarezza del rapporto fra la comprensione psicologica (come mezzo di indagine empirica) e la chiarificazione filosofica dell'esistenza (come mezzo di appello alla libertà e alla trascendenza) può nascere una psicopatologia scientifica pura, che adempie a tutta la sua possibile estensione, senza sorpassare i propri confini. In quinto luogo: l'essere umano nel proprio destino è mezzo di interpretazione metafisica, fa sentire l'esistenza (*Existenz*) e permette di leggere la scrittura cifrata della trascendenza: ma ogni volta che si voglia fissare un linguaggio sempre indimostrabile (che filosoficamente può essere anche della massima importanza per l'uomo) questo è eterogeno a qualsiasi scienza e turba anche la psicopatologia scientifica. In sesto luogo: la pratica del rapporto personale con gli uomini, e perciò anche nella psicoterapia, richiede più della sola conoscenza scientifica. L'impostazione interiore del medico dipende dal tipo e dal grado della chiarificazione personale, dalla forza e dalla chiarezza della sua volontà di comunicazione, dalla presenza di una valida sostanza di fede che guida e che unisce gli uomini»[1181]. Il lungo citare serve qui a rimarcare la straordinaria chiarezza e importanza degli esiti, assolutamente rilevanti e fecondi, cui Jaspers perviene nelle parti conclusive di un'opera così poderosa e innovativa come la *Psicopatologia*, se non altro per la capacità di gettare un ponte, peraltro assai solido e convincente, tra medicina e filosofia e, più in generale, tra *Naturwissenschaften* e *Geisteswissenschaften*. In un contesto così ampio e significativo la filosofia, più che un sapere specifico e specialistico, costituisce in qualche modo lo spazio di riferimento generale alla luce del quale deve muoversi, poi, ogni forma di conoscenza: «Perciò la filosofia crea lo spazio nel quale ha luogo tutto il sapere. Entro questo spazio essa acquista misura e limite, ed il fondamento sul quale può mantenersi e diventare pratica, ed acquistare contenuto e significato»[1182]. Tra le altre cose, essa può insegnare allo psicopatologo, per esempio, a non

[1180] *Ibidem*, p. 816.
[1181] *Ibidem*, pp. 818-819.
[1182] *Ibidem*, p. 819.

assolutizzare mai i metodi e le prospettive tanto delle proprie riflessioni teoriche che dei propri protocolli terapeutici: «Lo psicopatologo, per spaziare liberamente deve opporsi alle assolutizzazioni che vogliono far credere che singoli metodi di indagine siano i soli validi, e che particolari oggettività siano il vero essere […] Ma poi deve opporsi alla assolutizzazione della conoscenza scientifica nella sua totalità, per conservare la libertà alla coscienza e con essa alla possibilità di azione di quei principi dai quali la pratica acquista il suo significato»[1183]. Questo significa, in buona sostanza, riconoscere il ruolo autentico della filosofia, il che vuole anche dire, in modo del tutto consequenziale, imparare a non lasciarsi condizionare, più o meno inconsapevolmente, dalle sue forme più rigide e circoscritte: «Riassumendo: chi crede di poter escludere la filosofia e di poterla lasciare da una parte perché senza importanza, ne è sopraffatto in forma oscura: così nasce negli studi psicopatologici quella intrusione della peggiore filosofia. Solo colui che sa e padroneggia concretamente, può mantenere la scienza pura e nello stesso tempo in rapporto con la vita dell'uomo, che si esprime nel filosofare»[1184]. Viene così riaffermato il valore autentico della filosofia: intesa in tal modo, essa diventa (o, si potrebbe dire, ritorna ad essere) in qualche maniera il presupposto critico di ogni successivo approccio scientifico e gnoseologico, e dunque, nello specifico di quanto qui interessa più da vicino, un insostituibile punto di appoggio anche per la teoria e la pratica psicopatologica.

Questo ruolo fondamentale riconosciuto da Jaspers alla filosofia viene poi ribadito anche quando, in modo a questo punto oramai del tutto prevedibile, egli restituisce al lettore una sorta di riferimento schematico riepilogativo del proprio argomentare, ponendovi al centro l'essere, o quello che egli chiama, come è noto, l'"omnicomprensivo", rispetto al quale vengono in qualche modo riaffermati i ruoli della ricerca scientifica e della considerazione filosofica: «1. L'*essere stesso* non è afferrabile in *alcuna oggettività* in modo adeguato e sufficiente, ma è l'*omnicomprensivo privo di oggettività*, dal quale di volta in volta questi oggetti vengono incontro alla nostra *coscienza nella scissione soggetto-oggetto*. 2. La scienza è limitata ad *oggettività*. La *filosofia* si realizza nei pensieri oggettivi, che non intendono questi oggetti come tali, ma *trascendendo* scoprono l'omnicomprensivo. 3. L'*omnicomprensivo* o è l'omnicomprensivo che noi siamo (come esistenza concreta, coscienza in generale, spirito, e come ragione ed esistenza assoluta), oppure è l'omnicomprensivo che è l'essere nel tutto (mondo e Dio)»[1185]. In questo ambito, naturalmente, l'essere umano rimane fondamentalmente inesplicabile nelle sue ragioni ultime, il che costituisce, certamente, la cifra della sua grandezza e, nello stesso tempo, lo pone al sicuro da qualunque tentativo di prevaricazione e di mortificazione da parte di qualsivoglia processo di omologazione, esistenziale come scientifica. Il che non significa, d'altra parte, come si è avuto modo di vedere, che egli non possa essere compreso, anche nell'ottica dei diversi percorsi terapeutici, attraverso una solida preparazione e, soprattutto, con avveduta saggezza.

Infine, non pare inutile richiamare, nella sua efficace sinteticità, l'importante riferimento jaspersiano alla pratica terapeutica intesa come una vera e propria arte capace di dischiudere spazi ai quali la scienza non pare poter avere accesso; si tratta, in definitiva, di un'idea che sembra potere in qualche modo riassumere la complessità strutturale dell'umano, e dunque della conoscenza (anche 'pratica'[1186]) che se ne può avere, cioè di

[1183] *Ibidem*, p. 819.
[1184] *Ibidem*, p. 819.
[1185] *Ibidem*, p. 820.
[1186] Jaspers è sempre stato convinto che la maturazione di una propria prospettiva teorica e di una metodologia tanto ampia e innovativa avessero subito un impulso fondamentale già a partire dalla sua esperienza presso la clinica di Heidelberg, della quale soleva costantemente ricordare atmosfera e maestri. In una lettera del 13 dicembre 1913 (si veda *Karl Jaspers Korrespondenzen. Psychiatrie – Medizin - Naturwissenschaften*, cit., p. 375), per esempio, egli esterna a Franz Nills tutto il proprio compiacimento e la propria gratitudine per ciò che quella clinica gli aveva saputo offrire in termini di formazione e di pratica professionale, oltre che per la liberalità con la quale vi era stato accolto anche da parte del suo direttore. In un'altra lettera, questa volta a Kurt Schneider (*ibidem*, pp. 451-453), egli afferma come senza l'esperienza presso la clinica di Heidelberg e

quanto sopra ampiamente richiamato: «Si crede nella guarigione. La scienza non interessa se non può servire a scopi terapeutici: dove la scienza fallisce, ci si affida alla propria arte, alla fortuna, e ci si appiglia almeno ad una speranza di successo, quand'anche si dovesse trattare solo di un'attività terapeutica vuota ed inutile»[1187]. E dunque l'aspetto, per così dire, pratico-artistico può in una qualche misura contribuire a completare ampiezza e portata della teoria psicopatologica: «Dal proposito di guarire i malati e dalle esperienze che si possono fare solo nell'attività terapeutica, ci si può formare un'idea della psicopatologia, che orienta fin dall'inizio le conoscenze sul lato pratico e le valuta e le orienta in base ad esso. I trattati di psicoterapia sono perciò in parte quelli di psicopatologia. Sono sì limitati dall'orizzonte pratico, ma, nella misura in cui presentano le esperienze, apportano un completamento essenziale alla psicopatologia teorica»[1188].

È certamente importante e significativo che Jaspers ribadisca, e proprio nelle parti conclusive di un trattato così ampio e articolato come la *Psicopatologia*, come la pratica terapeutica debba essere considerata ed effettivamente perseguita senza mai dimenticare che alla base di tutto vi è pur sempre un rapporto esistenziale, ancor prima che semplicemente scientifico e professionale, esclusivo tra due esseri umani, vale a dire il medico e il paziente: «Perciò nel rapporto tra il medico e il malato esiste, come possibilità ultima, la *comunicazione esistenziale*, che va oltre ogni terapia, ossia oltre tutto ciò che si progetta e si inscena con metodo. Ogni trattamento è poi intrapreso e limitato nella comunione di due individualità dotate di ragione, che vivono sul piano di un'esistenza possibile. […] Il medico e il malato sono entrambi esseri umani, e come tali accomunati nel destino. Il medico non è solo un tecnico, né solo un'autorità, ma un'esistenza per un'esistenza, un essere umano transeunte insieme con gli altri. Non esistono più soluzioni definitive»[1189]. Tutto questo serve a riaffermare, una volta di più, il significato filosofico e umanistico della psichiatria e della medicina così come Jaspers le ha giustamente intese, al di là da ogni improbabile riduzionismo di qualsivoglia natura. Il che significa poi, in altri termini, anche il rifiuto di ogni approccio terapeutico ispirato a considerazioni, per così dire, meramente biologiche: «L'alternativa estrema che si presenta al medico in ogni terapia è questa: si rivolgerà egli al processo biologico conoscibile scientificamente o alla libertà dell'uomo? Relativamente alla totalità dell'essere umano è un errore quando il medico nella sua osservazione lascia affondare l'uomo nel processo biologico, e quando converte la libertà dell'uomo in un "esser così", che esista empiricamente come natura e quindi possa essere utilizzato nel trattamento come mezzo tecnico. La vita posso trattarla, ma solo alla libertà io posso appellarmi»[1190]. Da questo punto di vista, appare certo significativo, poi, anche il reiterato richiamo conclusivo all'importanza di una formazione più ampia e votata in senso critico e problematico: «Sembra essere di essenziale importanza il problema su quale tradizione spirituale, accanto all'esperienza pratica che si deve acquisire, si debba fondare uno studio psicoterapeutico. La psicoterapia potrà raggiungere il rango cui può aspirare solo se essa oltre che conoscere gli psicoterapeuti degli ultimi cinquant'anni – che si sono limitati a studiare le neurosi e filosoficamente non erano abbastanza elevati – ritornerà alle fonti profonde della conoscenza dello uomo:

---

l'incontro fondamentale con i maestri che allora vi insegnavano la sua *Psicopatologia* non avrebbe probabilmente mai preso corpo, e certamente, comunque, non nella forma che poi essa effettivamente assunse. Ancora, in una lettera del 26 luglio 1933 (*ibidem*, p. 620), in occasione del sessantesimo compleanno di Karl Wilmanns, egli gli esprime ogni gratitudine per come era stato seguito fin dall'inizio presso la clinica di Heidelberg, sottolineando, tra l'altro, come lì avesse trovato terreno assolutamente fecondo proprio per la gestazione della *Psicopatologia*. Ma l'intero carteggio con Wilmanns (*ibidem*, pp. 616-625, in particolare) risulta interessante per diversi spunti che ricordano l'importante periodo, anche ai fini della formazione delle idee poi raccolte nelle diverse edizioni della *Psicopatologia*, trascorso da Jaspers presso la clinica psichiatrica di Heidelberg.

[1187] K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, cit., p. 841.

[1188] *Ibidem*, p. 842.

[1189] *Ibidem*, p. 849.

[1190] *Ibidem*, p. 850.

un'immagine dell'uomo si può ottenere con una antropologia che si nutre della filosofia greca e di quella di Kierkegaard, di Kant, di Hegel e di Nietzsche. I criteri di valutazione spirituale e psicologica non sono oggi ancora stabiliti. Il livello è ancora straordinariamente oscillante. Solo i maestri più grandi potrebbero determinare un'immagine dell'uomo e tracciare il modo con il quale si parla dell'anima e dovrebbero insegnare ad usare i concetti con i quali l'uomo potrà chiarire sé stesso»[1191].

Risulta evidente, in conclusione, come la prospettiva psicopatologica di Jaspers (ma ci si potrebbe qui riferire, senza alcuna difficoltà, alla sua concezione filosofica e scientifica complessiva) si sia oramai orientata sempre più verso il recupero di una coscienza critica in grado di ampliare in modo decisivo gli orizzonti dello scienziato e del terapeuta: in questo procedere, l'irriducibile complessità dell'individuo e dell'"uomo intero", confortata dalla considerazione filosofica ora intesa nel senso più autentico, doveva costituire il fulcro fondamentale dell'intero argomentare jaspersiano.

[1191] *Ibidem*, p. 871.

Conclusioni

"Psichiatria e filosofia. Le radici dell'*Allgemeine Psychopathologie* di Karl Jaspers": questo è stato l'orizzonte entro il quale hanno preso forma e si sono sviluppate le considerazioni che hanno guidato la stesura di questo lavoro, nel quale ho cercato di rintracciare le motivazioni genetiche alla base del più noto contributo psicopatologico di Jaspers. Un'analisi, dunque, delle origini di quest'opera, del contesto in cui si è formata, delle complesse dinamiche che ne hanno permesso la genesi e lo sviluppo, all'interno dello scenario psichiatrico del tempo, a sua volta profondamente radicato nella storia della medicina e della psichiatria dei secoli precedenti. Una prospettiva, quella che ho scelto di adottare, che ha reso possibile una riflessione volta ad approfondire prima di tutto la personalità del giovane Jaspers nel periodo della formazione come psicopatologo: un esempio di sensibilità critica, di interessi molteplici e di dialogo tra saperi, in primo luogo, naturalmente, la psichiatria e la filosofia. Due tipologie di sapere apparentemente distanti, con caratteristiche, metodi e obiettivi differenti, non senza, però, alcuni tratti in qualche modo comuni. In realtà, infatti, l'*Allgemeine Psychopathologie* rappresenta un'occasione per riflettere sulle possibili connessioni tra gli aspetti propriamente psichiatrici e quelli umanistici che vengono inevitabilmente in primo piano quando si guarda alle malattie mentali e si fa riferimento fondamentale, dunque, allo "spirito", vale a dire all'uomo nel complesso delle sue interazioni costitutive.

L'espressione *Geisteskrankheit* rimanda, infatti, anche etimologicamente allo "spirito", un elemento di riferimento certamente complicato che, come si è visto, ha generato nel corso dei secoli non poche difficoltà di chiarificazione terminologica e, soprattutto, concettuale. È apparso sempre difficile, infatti, circoscrivere con certezza cosa significhi, anche in termini, per così dire, pratico-assistenziali, "malattia dello spirito", cioè non si è sempre potuto sostenere con certezza se ed eventualmente a quali parti organiche essa, nelle sue multiformi manifestazioni, si riferisca e quali, invece, lasci inviolate. Questo ha inevitabilmente generato più di qualche incertezza e confusione, a cominciare dalla complicata possibilità di individuare una qualche relazione armonica, per così dire, tra le "parti" e il "tutto": si è cercato, cioè, di comprendere la malattia mentale tenendo conto delle singole parti eventualmente interessate (per esempio, secondo alcune ipotesi, le parti organiche ogni volta specificatamente colpite) senza per questo perdere di vista il più ampio scenario complessivo, vale a dire l'individuo nell'interezza delle sue funzioni e delle sue relazioni. Da questo punto di vista la malattia mentale sembra sempre rimandare ad una considerazione complessiva che, guardando alla sua indubbia specificità, non può perdere di vista l'essenziale riferimento alla totalità della persona. Infatti, sono risultate piuttosto vane tutte quelle ipotesi che hanno preferito ricondurre la malattia mentale ad un ben determinato e circoscritto "disturbo dell'anima", nel tentativo di lasciare illesa la totalità di riferimento, e in modo particolare l'interiorità più profonda alla quale, inevitabilmente, il concetto di malattia mentale sembra invece riportare.

La difficoltà di individuare e persino di denominare la malattia mentale, che è stata genericamente ricondotta ora allo "spirito", ora all'"anima" e via di seguito, ha certamente complicato in modo ulteriore la possibilità di coglierne in modo 'oggettivo' il contenuto effettivo e ha reso di conseguenza incerto e mutevole anche il relativo approccio terapeutico. Se è vero che la malattia mentale fa sicuro riferimento all'ambito proprio della medicina, non c'è dubbio, però, che essa implichi ben più estese ragioni culturali, antropologiche e sociali, basti vedere, per esempio, in che modo essa è stata considerata, e non sempre accettata, lungo così tanti secoli variamente segnati da negazioni, repressioni e lotte contro radicati stereotipi e diffusi pregiudizi. L'espediente più o meno esplicito della sua stigmatizzazione ha suscitato, come si è avuto modo di vedere, meccanismi di cesura e di emarginazione assolutamente ingiustificabili dal punto di vista, per così dire, razionale come da quello medico-scientifico.

Le alterazioni psichiche devono essere oggetto teorico della medicina, devono essere sottoposte ad una rigorosa osservazione clinica e devono prevedere un'adeguata prassi terapeutica: sembra una considerazione ovvia, alla luce della coscienza e della conoscenza scientifica attuali, ma in realtà un approccio siffatto alla malattia mentale è il risultato di una lenta conquista, durata svariati secoli, se non addirittura millenni, compiuta attraverso il faticoso processo di emancipazione della psichiatria che ha finalmente reso possibile la definizione del disturbo psichico nella sua peculiarità, senza risolverlo *tout court* in problematiche ora soltanto organiche o sociali e così via. Alla luce di tutto questo, mi è sembrato opportuno e stimolante riflettere, nel corso di questo lavoro, sulla problematicità congenita del concetto di malattia mentale e sul lungo e difficile processo storico che la psichiatria ha attraversato e vissuto nel tentativo di conseguire l'attuale statuto identitario e scientifico.

Si è visto, dunque, come nel corso dei secoli l'atteggiamento razionale strettamente funzionale all'indagine clinica sulla malattia mentale, già in qualche modo riconosciuta in epoca greco-romana, sebbene naturalmente in una forma embrionale rispetto a quella odierna, abbia presto lasciato spazio, ancora una volta, a credenze superstiziose, magiche e religiose che, al cospetto di qualcosa di ignoto e di incontrollabile, hanno preferito ricondurre l'eziologia della malattia mentale, sostanzialmente, all'infausta opera del demonio o di chi per lui. Le prime "rivoluzioni psichiatriche" di età rinascimentale hanno permesso di superare, seppur in modo graduale e tutt'altro che lineare, tali concezioni superstiziose, restituendo una qualche dignità razionale e scientifica all'indagine clinica, dalla quale, però, la malattia mentale, per molti versi ancora così enigmatica, veniva spesso di fatto esclusa, così che la psichiatria fu destinata per molto tempo ancora ad una condizione di sostanziale arretratezza rispetto ad altri ambiti della medicina. Il Seicento, nonostante le grandi innovazioni scientifiche e una sempre più riconosciuta fiducia nelle potenzialità dell'uomo, è stato un secolo segnato da profonde contraddizioni, dove l'iniziale affermazione dell'autocoscienza borghese, da un lato, e la tendenza accentratrice dei regimi assolutistici, dall'altro, hanno cominciato a ritenere la malattia mentale un problema sociale, dando così vita ad uno dei fenomeni forse più tristi della storia, il cosiddetto "grande internamento", che, per tutelare l'ordine razionale, naturale e soprattutto sociale, si è di fatto voluto identificare con una sorta di "correzionarismo etico", dando così luogo ad uno dei fenomeni di emarginazione sociale più gravi e diffusi e determinando, in modo drammatico, la cesura radicale tra il normale e l'anormale, tra la salute e la malattia che avrebbe poi contraddistinto un periodo storico lungo e tormentato. Il fenomeno del "grande internamento" ha assunto un duplice significato: da una parte ha confermato l'influenza della società nella percezione e nella definizione del disturbo mentale, dal momento che ad essa è stato più o meno consapevolmente demandato di stabilire il confine tra integrazione ed emarginazione, sulla scorta di quello ogni volta individuato tra salute e malattia; d'altra parte, è proprio dal fenomeno del "grande internamento" che è venuta fuori, tra contrasti e repressioni di varia natura ed entità, la prima forma di psichiatria scientifica, quella che Jaspers ha denominato "manicomiale". Essa ha in qualche modo rappresentato una prima forma di "scienza medica" psichiatrica e ha permesso di distinguere tra l'"alienazione sociale" e l'"alienazione mentale", aprendo così la via al riconoscimento della necessità di definire e di praticare un trattamento terapeutico specifico e stimolando ulteriormente la sempre aspra e controversa discussione sui manicomi e sugli istituti di cura, dei quali si cercò progressivamente di migliorare le condizioni.

Ho voluto ripercorrere tali complesse e per alcuni versi ancora inquietanti dinamiche storiche non soltanto per contestualizzare meglio il concetto di malattia mentale ma anche per evidenziarne le peculiarità e per sottolineare l'esistenza di più piani interpretativi che, piuttosto che comprometterne l'approccio scientifico nel frattempo faticosamente guadagnato, hanno inteso determinarne sempre meglio e in modo più funzionale le caratteristiche, teoriche e pratiche, specifiche. La difficile costituzione scientifica della

psichiatria ha reso necessario considerare i disturbi mentali in modo sempre più rigoroso, mantenendoli, fondamentalmente, nell'ambito delle scienze della natura (nel quale la medicina, in modo quanto meno discutibile, è stato spesso annoverata), così da tutelarli rispetto ad ogni successivo tentativo di sostituire, ancora una volta, l'atteggiamento razionale e sperimentale con sempre insidiose tendenze eccessivamente speculative e venate da forti pregiudizi che ne avrebbero vanificato sforzi e risultati. D'altro lato, però, il disagio mentale non può essere considerato alla stregua di altri disturbi organici, perché rimanda inevitabilmente ad una relazione con la totalità, complessa e indivisibile, dell'individuo. Il legame tra malattia e individuo ha richiamato, quindi, alla necessità di un'altra tipologia di riflessione e di approccio che, senza vanificare la dignità scientifica nel frattempo conseguita, potesse evitare, d'altra parte, di assolutizzare questo aspetto, per così dire, scientifico-naturale e più strettamente organico, trascurando la costitutiva complessità delle relazioni entro le quali, solamente, il disturbo psichico si iscrive e assume senso autentico. Qui viene fuori il ruolo della filosofia e, più in generale, delle scienze umane, laddove essa non va intesa, però, come scienza astratta e dunque in qualche modo inevitabilmente dogmatica, ma, invece, come capacità di utilizzare in modo critico e funzionale le categorie del pensiero: considerata in tal modo, cioè come strumento essenzialmente critico, essa, come ha ripetutamene sostenuto Jaspers, permette di non cadere in sterili riduzionismi, cioè da una parte evita che si riassumano "pregiudizi filosofici" spesso sterili e meramente speculativi e dall'altra sottrae la ricerca psichiatrica ai "pregiudizi somatici" che spesso l'hanno voluta intendere, solamente, alla stregua di un sapere 'oggettivo'.

L'*Allgemeine Psychopathologie*, come si è avuto modo di vedere, non si muove solamente in ambito scientifico-psichiatrico ma tiene conto della declinazione filosofica e antropologica alla quale ogni indagine sulla vita psichica inevitabilmente conduce e, anche, del significato sociale del disturbo mentale: in un certo senso, infatti, spesso è proprio la società a determinare o a favorire il disagio mentale e l'anormalità, come dimostra anche la diffusione di specifici disturbi psichici nelle diverse epoche storiche. Jaspers non si colloca, quindi, soltanto nella prospettiva del medico, ma anche in quella, per così dire, dell'umanista, e fonda la propria analisi psicopatologica muovendosi sempre tra la psichiatria e la filosofia, nel tentativo di evitare ogni assolutizzazione in un senso e nell'altro, volendo così scongiurare tanto i "pregiudizi somatici" quanto quelli "speculativi" e sostenendo un approccio in grado di tenere in debito conto tanto la sfera fisico-organica quanto quella della personalità intera.

La proficua interazione tra la filosofia e la psichiatria può cogliersi in tale sollecitata comunicazione tra saperi la cui complementarità permette un più adeguato equilibrio metodologico in grado di proiettare entro una prospettiva più aperta e dinamica, così da poter cogliere la vita psichica in tutta la sua irriducibile complessità e peculiarità. Ho voluto insistere, in questa prospettiva, sulle differenze tra la prima edizione (del 1913) dell'*Allgemeine Psychopathologie* e le successive, rielaborate e arricchite in fasi posteriori: non stupisce, alla luce di quanto ho appena sostenuto, che soprattutto dalla quarta edizione (del 1946) il ruolo esercitato dalla filosofia e dal sapere umanistico diventi più esplicito e venga continuamente ribadito. Tale differenza è stata sempre tenuta sullo sfondo di questo lavoro, che si è concentrato soprattutto sulla genesi dei nuclei concettuali della prima edizione, della quale ho voluto sottolineare il richiamo alle categorie del pensiero critico orientato alla "comprensione" dell'individuo, mai perfettamente conseguibile soltanto attraverso la spiegazione empirica e scientifica. In questo senso, la fondamentale integrazione tra psichiatria e filosofia non emerge esclusivamente dalla prima edizione dell'opera psicopatologica, ma anche dalle testimonianze autobiografiche e dai primi scritti jaspersiani: è venuta in tal modo a delinearsi una prospettiva ermeneutica del tutto estranea ad ogni tentativo di distinguere in modo anche soltanto schematico tra un 'primo Jaspers' psicopatologo e un 'secondo Jaspers' filosofo e storico-politico. Da alcune riflessioni sviluppate in questo lavoro si può invece cogliere la costante presenza, poi naturalmente

varie volte ridefinita con il procedere degli anni, tanto dell'aspetto strettamente medico-scientifico quanto di quello filosofico, inizialmente manifestato soprattutto attraverso una sorta di "spirito di opposizione" votato in senso fortemente critico, senza, però, che ciò potesse escludere, nel giovane psicopatologo, l'aspetto propositivo e costruttivo.

In definitiva, dunque, tale integrazione tra psichiatria e filosofia si ritrova già nei primi scritti psicopatologici e nella prima edizione dell'*Allgemeine Psychopathologie*, ma essa diventa certamente più solida ed esplicita nelle edizioni successive: per tale motivo in queste pagine ho voluto dapprima evidenziare la genesi, anche filosofica, della psicopatologia jaspersiana e poi, attraverso un confronto tra le diverse edizioni, ho cercato di mettere in evidenza il progressivo declinare dell'opera (specie a partire dalla già ricordata quarta edizione) verso una sempre maggiore consapevolezza filosofica capace di tenere sempre in primo piano l'"uomo intero" di ascendenza diltheyana. Da più punti di vista è emerso chiaramente, in definitiva, come l'*Allgemeine Psychopathologie* sia assai più che un tradizionale trattato psicopatologico e si muova, fin dalla prima edizione e con crescente intensità nelle successive, in una dimensione propria tanto delle scienze della natura quanto delle scienze dello spirito, delle quali sa cogliere ed utilizzare in modo critico e funzionale le proficue ed oramai ineludibili interazioni.

L'interazione tra psichiatria e filosofia nell'opera di Jaspers si coglie in modo particolare anche attraverso il dialogo che egli instaura con le sue 'fonti' psichiatriche: per questa ragione ho cercato di rintracciarne alcuni snodi particolarmente significativi, specie nella tradizione immediatamente precedente. In questa prospettiva, si è rivelato significativo, innanzi tutto, il confronto con Wilhelm Griesinger, specie per la concezione della malattia e per la sua spiegazione eziologica, alle quali si ricollegano inevitabilmente, però, considerazioni più generali sulla natura della ricerca scientifica, sull'atteggiamento dello psichiatra e sul tipo di preparazione che questi deve possedere. Rispetto ad Emil Kraepelin, invece, ho voluto approfondire maggiormente, sempre con diretto riferimento a Jaspers, l'aspetto metodologico che deve guidare l'indagine sui disturbi mentali e la relativa concezione nosologica: in quest'ultimo caso il dialogo tra Jaspers e Kraepelin è stato contestualizzato nell'ambito della clinica psichiatrica di Heidelberg nella quale entrambi si trovarono a lavorare ed è stato seguito, in modo particolare, attraverso l'analisi dei primi scritti jaspersiani di argomento psicopatologico, dai quali è possibile evincere non soltanto la differenza della sua posizione rispetto a quella di Kraepelin e, più in generale, rispetto ad alcune teorie allora dominanti, ma anche l'anticipazione di alcuni importanti nuclei concettuali poi confluiti e più ampiamente sviluppati proprio nella *Allgemeine Psychopathologie*.

A queste figure è stata dedicata una parte considerevole del lavoro, nella convinzione che una prospettiva comparatistica potesse mettere ulteriormente in luce, oltre alle motivazioni genetiche della *Psicopatologia generale*, anche i tratti della personalità sia di Jaspers che dei suoi interlocutori forse più importanti, vale a dire Griesinger e Kraepelin, esempi paradigmatici assai utili per restituire l'immagine della psichiatria tedesca tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del secolo successivo. Questo confronto ha permesso, per quanto possibile, di approfondire anche dal punto di vista storico-filosofico e antropologico aspetti prima per lo più studiati esclusivamente dalla prospettiva psichiatrica. L'analisi dei contenuti psichiatrici di alcuni scritti di Griesinger e Kraepelin ha reso visibile in modo più specifico, d'altra parte, un tipo di psichiatria spesso ancora circoscritta e specialistica, lasciando emergere, successivamente, le profonde innovazioni e i decisivi ampliamenti in questo senso apportati da Jaspers. Nell'ambito delle "scienze dell'interpretazione" che costituiscono il nucleo di questo dottorato di ricerca, attraverso l'analisi e il confronto di alcuni testi soprattutto degli autori appena ricordati, ho inteso sviluppare l'argomentazione di fondo in una direzione più generale, richiamando brevemente il complesso rapporto tra le scienze della natura e le scienze dello spirito e lasciando emergere, in tale contesto, il richiamo jaspersiano ad una psichiatria capace di rifondere le argomentazioni specialistiche entro il più vasto orizzonte umanistico centrato sull'idea di persona: solo così, infatti, vale

a dire nella proficua interazione tra metodi e saperi diversi, pare possibile comprendere in modo adeguato la malattia mentale.

La storiografia ha spesso collocato Griesinger e Jaspers, in modo fin troppo schematico, in posizioni antinomiche, riscontrando nel primo l'esponente di una prospettiva sostanzialmente materialista e riduzionista e nell'altro il fiero oppositore di tale punto di vista. In realtà, tale interpretazione si basa in modo forse decisivo sulla testimonianza che lo stesso Jaspers, certamente nell'*Allgemeine Psychopathologie* ma anche negli appunti autobiografici, ha consegnato ai posteri. Ma da alcune analisi filologiche comparative condotte sui testi di entrambi sembra venire fuori un'immagine in parte differente, che si comprende meglio, però, soltanto alla luce di alcuni snodi fondamentali della storia della psichiatria tedesca. Da questa prospettiva, infatti, si coglie come l'atteggiamento di Griesinger sia in realtà più complesso e per certi versi, al di là dell'accertato e più volte ribadito riferimento al dato organico, più aperto in senso 'umanistico': infatti, quando se ne contestualizzano in modo adeguato la figura e l'opera, appare evidente come egli, collocandosi nel panorama culturale della "psichiatria romantica" tedesca, abbia avvertito l'esigenza di ricondurre la psichiatria ad una condizione di effettiva scientificità, il che non vuol dire però, come d'altra parte mostrano anche alcuni suoi testi che qui ho voluto prendere in esame, che egli fosse un materialista puro e del tutto chiuso all'aspetto umano della malattia e della terapia psichiatrica. La cosiddetta "psichiatria romantica" è stata contraddistinta, infatti, da una forte inclinazione filosofica, dovuta certamente anche alla diffusione e all'influsso dell'idealismo tedesco, oltre che ad alcune cifre culturali tipiche del periodo, e in tale contesto la malattia mentale è stata interpretata come cifra dell'incomprensibile, dal quale si era certamente attratti ma che non rendeva possibile alcun approccio di matrice scientifica. Si è visto come proprio tale atteggiamento romantico abbia in una qualche misura contribuito, insieme alla particolare situazione politico-sociale ed economica della Germania, al ritardo della nascita, in tale paese, della psichiatria scientifica.

Poco prima, peraltro, il pensiero illuminista aveva sollecitato l'adozione di un atteggiamento scientifico nei confronti della malattia mentale, favorendo un'indagine per alcuni versi 'oggettiva' e, anche, una prima classificazione nosologica: questo, insieme agli esiti della Rivoluzione francese e al diverso scenario politico-economico e sociale che tali cambiamenti stavano nel frattempo determinando, aveva incoraggiato, in Francia, una prima apertura nei confronti di una considerazione scientifica della vita psichica, iniziata simbolicamente con il plateale gesto di Pinel, il quale aveva inteso liberare materialmente i malati mentali dalle catene. L'atteggiamento scientifico, e certamente più umano, di Pinel così come l'osservazione clinica promossa da Esquirol e i numerosi progressi conseguiti dalle ricerche della scuola francese anticiparono lì la nascita della psichiatria come vera e propria scienza medica.

Anche l'Inghilterra era stata in qualche modo pioniera di tali cambiamenti, se si pensa, per esempio, al contributo di Battie, che tra i primi intuì la curabilità della follia, all'intervento di Tuke a proposito degli istituti di internamento, così come ai primi studi neurologici sulle malattie mentali: anche in questo caso bisogna considerare, però, la diversa condizione economica e politico-sociale che in Inghilterra, in assenza di un potere assolutistico particolarmente forte, aveva permesso uno sviluppo più veloce del ceto medio, il che, anche alla luce delle nuove esigenze economiche e della crescente industrializzazione, aveva anche cambiato la fisionomia degli istituti di internamento.

Tali aspetti sono funzionali per comprendere non soltanto il ruolo determinante svolto dalle condizioni sociali ed economico-politiche di ogni paese ma anche come mai in Germania il processo di affermazione dell'identità psichiatrica scientifica fu più difficile e tortuoso, e forse proprio per questo poi anche più gelosamente protetto da possibili 'deviazioni' e 'rigurgiti' antiscientifici: una protezione eccessiva delle faticose conquiste conseguite che talvolta finì anche per tramutarsi nell'assunzione di atteggiamenti dogmatici, anch'essi, seppure in un senso opposto, antiscientifici. Il Settecento tedesco è

stato diverso da quello dei paesi circostanti, come del resto era differente la situazione politica ed economica di un paese in cui vigeva ancora la frammentazione territoriale e dove devastanti conflitti avevano provocato non pochi danni anche dal punto di vista sociale, rendendo così più difficile l'affermazione di una classe media decisa e capace, tra l'altro, di accettare il disturbo mentale liberandolo dalla segregazione alla quale era stato da lungo tempo destinato. La Germania di fine Seicento e di inizio Settecento viveva ancora un'epoca di transizione, come dimostrano la speculazione e le relazioni tra Stahl e Hoffmann, dalle quali emerge un'impostazione della medicina ancora sostanzialmente iatrochimica e meccanica, anche se ora inizia a maturare la necessità di una teoria psichiatrica in grado di considerare i processi organici in una prospettiva più ampia e complessiva. Allora non si parlava, in Germania, di psichiatria, ma di "psicologia medica", e anche questo non è un dato irrilevante, dal momento che riflette, per così dire, una coscienza psichiatrica ancora sostanzialmente arretrata e immatura. Lo stesso Reil, pur coniando il termine "psichiatria", rimane di fatto legato all'idea della "cura dell'anima", in una prospettiva che dimostra come la psichiatria sia sostanzialmente ancora appannaggio della filosofia, nonostante i primi tentativi di ristabilire un soddisfacente equilibrio tra teoria e prassi e di conferire alle indagini psichiatriche un qualche grado di scientificità. Un processo che risulta poi in qualche modo ostacolato, come si è visto, anche dall'influenza romantica. La "psichiatria romantica" è infatti segnata da un'impostazione fortemente filosofica, ed in particolare idealistica, di fatto ancorata all'idea dell'inviolabilità dell'anima. Questo comporta, inevitabilmente, una scissione tra il corpo e l'anima, considerato che quest'ultima, come emerge bene anche dal dibattito tra *Psychiker* e *Somatiker*, nella sua parte più intima e profonda non può ammalarsi, cosicché il disturbo mentale è ricondotto o a precise deviazioni di tipo morale e teologico, dai primi, o ad un'alterazione organica, molto diversa, però, rispetto a quella connessa all'idea di "localizzazione" della quale si parlerà solamente in anni successivi, dagli altri. Griesinger muove proprio dalla critica delle concezioni tanto degli *Psychiker* quanto dei *Somatiker*, ai quali rimprovera l'avere di fatto privilegiato un'interpretazione filosofica che ha finito per collocare il discorso sui disturbi mentali in una dimensione tutt'altro che scientifica. La riflessione di Griesinger va allora contestualizzata nell'ambito di tale tentativo di recuperare scientificità alla psichiatria, sottraendola ad un'interpretazione filosofica troppo astratta come quella del suo tempo. Ciò non significa, però, che egli scinde in modo netto il binomio psichiatria-filosofia, ma soltanto che lo reinterpreta mantenendo, come è emerso dal suo modo di argomentare, alcune categorie dialettiche tipiche della filosofia idealistica ma pretendendo per le malattie mentali, d'altro lato, una spiegazione scientifica e rigorosa. In tal modo, l'indubbio "rigore" e il forte "empirismo" che contraddistinguono la sua teoria possono essere colti da una prospettiva diversa: essi rappresentano, infatti, una sorta di reazione "anti-romantica" e una prima esigenza di conseguire, nell'ambito della tradizione tedesca, un'effettiva scientificità in ambito psichiatrico.

Tuttavia, si è visto come la ricostruzione del profilo scientifico di Griesinger risulti in qualche modo complicata sia per l'indubbia complessità che per alcune vicende legate alla sua ricezione. Una riflessione psichiatrica, la sua, dove la centralità assunta dall'elemento corporeo può far pensare ad uno schema concettuale monodimensionale, lontano da un atteggiamento psicologico e umanistico legato ad una più ampia comprensione. Un sistema con tratti di indubbia complessità, dunque, quello di Griesinger, dove però le diverse istanze, se adeguatamente contestualizzate, assumono un significato alquanto diverso. Così, accanto alla immagine dell'austero materialista, sostenitore, a dire di Jaspers, di quel "dogma somatico" per cui "le malattie mentali sono malattie cerebrali", ho voluto accostare qui, sulla scorta di alcuni suoi testi, quella di Griesinger "scienziato" che si oppone alle vane e sterili speculazioni del tempo esigendo rigore scientifico anche per la psichiatria e quella di Griesinger uomo fortemente affascinato dall'anima malata, della quale vuole "spiegare" le dinamiche in modo empirico e rigoroso ma senza per questo rinunciare ad una "comprensione" più profonda e ad una considerazione più umana del malato.

Per quest'ordine di ragioni ho preferito, piuttosto che soffermarmi in modo analitico sul più celebre trattato di psichiatria di Griesinger, avvicinarmi ad alcuni suoi scritti e discorsi, per così dire, in qualche modo propedeutici e collaterali nei quali, oltre agli aspetti strettamente specialistici, emergono anche le intenzioni più ampie dell'autore, la sua idea autentica del disturbo mentale e degli obiettivi che la scienza deve perseguire per curare e assistere coloro che, in fondo, sono considerati soltanto come più sfortunati. Confrontando tali testi con le testimonianze di Jaspers, sembra emergere un parziale travisamento interpretativo da parte del giovane psicopatologo, il quale, nel descrivere Griesinger, si è di fatto limitato ad una valutazione abbastanza sommaria, certamente dovuta alla ricezione negativa e in una qualche misura fuorviante di cui era stato vittima, come ho avuto modo di dire, il pensiero di Griesinger, troppo spesso ricondotto esclusivamente al "dogma somatico" in virtù di un'espressione a lui attribuita ma che in realtà nei suoi scritti non sembra mai comparire in questi termini: "le malattie mentali sono malattie cerebrali", un'espressione che, però, non mi pare esprima in modo adeguato ed esaustivo la profondità e la complessità del suo pensiero.

È vero che Griesinger guarda alla psichiatria da una prospettiva fisiopatologica, cioè applicando ai disturbi psichici la teoria dei riflessi del sistema nervoso, ed è pertanto innegabile che la sua riflessione assuma una forte valenza, per così dire, organica, ma questo non significa che essa debba declinare del tutto verso una prospettiva materialista e riduzionista: a tal proposito è certo significativo il *Vortrag*, tenuto a Berlino nel 1867, nel quale egli dichiara che ciò che lo aveva spinto ad avvicinarsi alla psichiatria era stata la possibilità di accedere ad una più ampia comprensione dell'anima malata, atteggiamento che egli stesso invita gli uditori a non abbandonare mai in favore dell'esclusività della scienza esatta e rigorosa. In tale scritto emergono anche il richiamo ad una considerazione psicologica della malattia e l'esigenza di non limitarsi semplicemente a ricostruire le dinamiche dei meccanismi cerebrali, non sempre esaustive, ma di guardare anche ad una più ampia e complessa comprensione dell'individuo malato. Occorre avvicinarsi al mondo interiore del paziente, alla sua psicologia, cercando di comprenderne l'anima, soprattutto "l'anima malata". In questa prospettiva, il *Vortrag* risulta molto significativo sia dal punto di vista strettamente accademico, perché sembra corrispondere a quella che Jaspers ha definito "psichiatria universitaria", che da quello, per così dire, contenutistico, perché è da queste considerazioni che può venire fuori un primo confronto con alcune riflessioni jaspersiane: infatti, lì non soltanto vengono fornite alcune importanti spiegazioni dei deliri primordiali, argomento centrale anche della riflessione psicopatologica di Jaspers, ma emergono anche alcuni elementi dai quali si evince come la posizione di Griesinger sia assai più critica e meno unilaterale rispetto a quanto si è poi spesso ritenuto. In talune considerazioni emergono, pur con le dovute differenze, aspetti che più che riduzionistici sembrano richiamare principi più ampi poi in una certa misura di fatto condivisi anche da Jaspers. Ciò riguarda, per esempio, la considerazione psicologica della malattia, ripetutamente chiamata in causa, come pure l'ampio utilizzo del concetto di "comprensione", tipicamente "umanistico", nell'approccio alla malattia mentale, senza dire, ancora, dell'esplicito richiamo alla dimensione umana, considerata, per la cura del paziente, non meno rilevante di quella più strettamente scientifica. Per quest'ordine di considerazioni, dunque, ricondurre l'approccio di Griesinger esclusivamente alla prospettiva materialista non può che apparire in qualche misura riduttivo e fuorviante: è probabile che la critica che Jaspers muove al presunto "dogma somatico" e alle ardite correlazioni che, a suo dire, Griesinger avrebbe stabilito tra la psicopatologia e la neurologia non abbia tenuto in debito conto né le revisioni ermeneutiche alle quali è stata nel frattempo sottoposta la teoria di Griesinger, per molto tempo associata addirittura alla *Hirnmythologie*, né queste sue significative considerazioni espresse in testi probabilmente meno conosciuti.

Già grazie ad una prima rivalutazione ad opera di Binswanger la figura di Griesinger era stata, per così dire, distinta dalla corrente che privilegiava la patologia cerebrale, e ciò

appare plausibile in quanto l'interpretazione, per così dire, "cerebrale" dei disturbi mentali ha luogo, in Griesinger, su un piano fisiopatologico, vale a dire senza alcuna pretesa di assolutizzazione in senso anatomico. Le malattie mentali, intese come disturbo del pensiero e della volontà, sono "localizzate" in quanto interpretate come sintomi di più profondi disturbi cerebrali: ma sia la teoria di Griesinger che il suo atteggiamento generale non sembrano corrispondere a formulazioni dogmatiche nel senso appena ricordato. Infatti, l'interpretazione fisiologica dei processi psichici sulla quale egli costruisce la propria teoria è motivata proprio dall'incertezza dell'anatomia cerebrale del tempo, che di fatto non permetteva una fondazione della psichiatria in chiave anatomica, cioè una spiegazione dell'elemento mentale ricondotta alla sola patologia cerebrale. Del resto, Griesinger a tal proposito è chiaro e rivendica la peculiarità dei processi psichici, affermando l'indipendenza che le *Geisteskrankheiten* devono mantenere rispetto alla *Gehirnpathologie*. Non vi è, cioè, una spiegazione anatomica per ogni disturbo mentale, ed è per questo che egli insiste sulla valutazione sintomatologica del disturbo, in virtù della quale la malattia è il sintomo di un disturbo cerebrale, cioè l'espressione di una malattia cerebrale che si sviluppa in seguito ad un'alterazione neurofisiologica. Proprio tale prospettiva neurofisiologica spiega il senso di una localizzazione che, come si è avuto modo di vedere, assume una sfumatura alquanto diversa rispetto a quella propria delle ricerche somatiche successivamente sviluppate dai sostenitori della *Hirnmythologie*.

Tenendo conto di queste considerazioni, ho voluto delineare una prospettiva ermeneutica che andasse oltre tale presunto "dogma somatico" evidenziato da Jaspers e cogliesse, piuttosto, alcune analogie che sembrano emergere tra egli stesso e Griesinger. Si tratta di un'interpretazione certamente meno consueta, dato che i due sono stati per lo più collocati in posizioni assai differenti, se non addirittura antinomiche: ma, al di là di alcuni aspetti legati alla riflessione strettamente medica e specialistica, tra loro emergono diversi punti di contatto che riguardano, per esempio, l'approccio alla dimensione psichica, l'idea di malattia nella sua costitutiva correlazione con quella di salute, la considerazione, per così dire, 'umana' del malato e così via. Va notato, in primo luogo, l'atteggiamento scientifico aperto e antidogmatico sia di Griesinger che di Jaspers, i quali non costruiscono, a partire dalle proprie convinzioni, sistemi compiuti ma producono riflessioni continuamente rivisitate e sempre ulteriormente modificabili, nelle quali ribadiscono l'importanza di tutelare e di rispettare il nesso fondamentale tra teoria e prassi, così come di evitare qualsiasi tendenza rigida e dogmatica. Altre analogie si colgono, poi, a partire da alcune considerazioni formulate da Griesinger nel *Vortrag*, nelle quali emerge il carattere pluridimensionale della sua psichiatria, cosa che per molti versi si riscontra anche nell'opera di Jaspers: nel caso di Griesinger, infatti, pur essendo indubbia la forte pregnanza fisiologica dell'argomentare complessivo, è altrettanto evidente come questo si snodi anche su altri livelli, per esempio sviluppando in senso biologico e psicologico la ricerca eziologica a proposito dell'origine delle malattie. Le cause delle malattie psichiche possono essere, infatti, di varia natura, e nel riconoscere la loro possibile diversità si può già certamente riscontrare una qualche apertura di Griesinger, il quale prende in considerazione non solo il funzionamento organico e cerebrale ma anche l'influenza di fattori esterni e di predisposizioni interne, di fatto attribuendo specifica validità sia ai metodi somatici che a quelli psicologici. Un'ulteriore analogia si può individuare proprio nell'importanza conferita all'approccio psicologico, da cui emerge anche la considerazione che la scienza psicologica assume per entrambi, i quali tendono a ribadire, tra l'altro, il carattere di scientificità che essa deve sempre mantenere. Nel caso di Griesinger, egli rimanda alla "psicologia empirica" di Herbart, ma anche per Jaspers la psicologia non deve essere in balia di vane ed astratte speculazioni né dei già ricordati "pregiudizi filosofici" ai quali egli stesso vuole sfuggire: al contrario, così come per Griesinger, essa deve essere uno strumento coadiuvante nell'ambito dell'indagine psichiatrica, e questo sia in relazione alla diagnosi e alla cura del disturbo psichico che, più in generale, come strumento di comprensione del soggetto e dell'ambiente nel quale si trova ad interagire. Del resto, come

specifica chiaramente Griesinger, non si deve mai rinunciare, in nome della scienza, alla comprensione dell'anima: affermazioni, queste, che, insieme a molte altre, parlano di un medico attento alla dimensione umana e psicologica, oltre che alle impietose attestazioni empiriche e alle raffinate elucubrazioni della scienza rigorosa. Infine, tanto per Griesinger quanto per Jaspers la malattia non deve essere intesa come realtà ontologica autonoma, ma come una condizione posta in un qualche continuità con lo stato di salute. Non è possibile, infatti, operare una cesura netta tra la salute e la malattia, come dimostrano le ininterrotte interazioni tra stati normali e processi patologici, che dunque devono essere visti in continuità e sempre in relazione alla complessità dell'individuo.

L'analisi del delirio, nelle sue varie forme, rappresenta un esempio concreto di tale approccio scientifico sostenuto sia da Jaspers che da Griesinger, e questo tanto per il modo di trattare alcuni aspetti specifici della questione che per l'atteggiamento metodologico di decisa apertura: del resto, il delirio rappresenta anche un esempio concreto della diffusa incomprensibilità che avvolge il disturbo psichico e che, pertanto, sembra confermare l'impossibilità di rendere definizioni rigide e unilaterali in merito ai concetti di salute e di malattia. Si può certamente sostenere che sia Griesinger che Jaspers si siano trovati sostanzialmente smarriti dinanzi alla profonda incomprensibilità della malattia mentale, che si sono impegnati, seppur con immancabili differenze, ad indagare in modo scientifico, evitando di ripiegare in sterili dogmatismi. Entrambi hanno indirizzato la ricerca psichiatrica in una direzione in cui, oltre al necessario rigore scientifico, potesse essere salvaguardata anche la dimensione umana più profonda e autentica. Pur con strumenti diversi, nessuno dei due ha voluto rinunciare al tentativo di una più autentica comprensione dell'anima malata, espressione di un'interiorità dinamica che va ben oltre ogni circoscritta lesione organica. Infine, entrambe le riflessioni si muovono all'interno di un orizzonte segnato dall'intersezione tra la psichiatria e la filosofia, sebbene per Griesinger quest'ultima assuma un ruolo certamente più marginale mentre per Jaspers risulti assai meglio integrata e implicata anche nelle dinamiche della comprensione psichiatrica.

Da questo "dialogo" con le fonti Jaspers appare più vicino a Griesinger di quanto non lo sia a Kraepelin, nonostante i più espliciti e ricorrenti attestati di stima per quest'ultimo. Ad entrambi egli si rivolge non solo nella *Allgemeine Psychopathologie* ma anche nella *Autobiografia filosofica*, e questo non meraviglia, vista l'indubbia centralità che essi hanno avuto per lo sviluppo del suo discorso psicopatologico e della sua formazione in genere. Forse la maggiore apertura con cui egli si rivolge a Kraepelin è riconducibile anche allo spirito di appartenenza alla clinica psichiatrica di Heidelberg, della quale Kraepelin è stato un illustre rappresentante.

La ricostruzione dell'esperienza di Jaspers presso la clinica di Heidelberg è stata qui in gran parte affidata alle sue dirette testimonianze, visto che negli scritti autobiografici egli descrive non soltanto gli aspetti propriamente scientifici del suo tirocinio volontario ma anche quegli più umani e personali, spesso legati alle mutevoli sensazioni lì provate: dall'iniziale stupore, alla sempre rinnovata curiosità ma anche all'insoddisfazione per un approccio metodologico che gli appariva inadeguato per cogliere la peculiarità della vita psichica. Ancor prima che nella *Psicopatologia* del '13, il nesso psichiatria-filosofia si vede emergere in alcuni tratti del carattere e della personalità del giovane Jaspers che lo rendono per certi aspetti distante anche dai suoi interlocutori della clinica, dei quali egli riconosce tanto le abilità scientifiche specialistiche quanto la sostanziale incapacità di esercitare il pensiero critico: in questo senso Jaspers appare, rispetto ai colleghi, come una personalità fortemente segnata da una vocazione filosofica innata che si manifesta anche nel continuo esercizio del pensiero critico. E, d'altra parte, questo si ritrova, in modo speculare, anche nella considerazione, spesso ironica, che i colleghi hanno dell'eccessivo "filosofare" di Jaspers. La ricostruzione, per quanto breve e schematica, della sua attività presso la clinica ha permesso, certamente, di ripercorrere le tappe più significative della sua formazione psicopatologica ma anche di mettere in luce alcuni aspetti peculiari del suo carattere, sempre proiettato verso l'ampio orizzonte delle scienze umane. Egli mostra subito un certo

orgoglio e una grande riconoscenza per l'opportunità offertagli da Wilmanns di svolgere il tirocinio presso quella prestigiosa sede, ma non nasconde, nello stesso tempo, anche una sensazione di inadeguatezza dinanzi ai metodi di indagine allora utilizzati, anche in quella sede, nello studio dell'elemento mentale: egli era sempre costantemente attirato tanto dalla scienza medica in senso stretto quanto da una considerazione delle dinamiche umane assai più ampia, e per questo era certamente una personalità inconsueta per quegli ambienti.

Il contesto della clinica, insieme al costante riferimento iniziale alla concezione psichiatrica di Kraepelin, favorisce la genesi dei primi scritti jaspersiani di argomento psicopatologico. In particolare, dall'analisi di *Die Methoden der Intelligenzprufüng und der Begriff der Demenz* emerge una prima formulazione del pluralismo metodologico poi più ampiamente discusso e utilizzato nella *Psicopatologia generale*: in questo scritto, infatti, Jaspers pone già l'esigenza di utilizzare una "seconda serie di metodi" che permettano la "comprensione" della realtà psichica attraverso l'"immedesimazione" con l'esperienza vissuta del malato: da qui deriva l'articolazione della *Psicopatologia generale* in una "psicologia oggettiva" e in una "psicologia soggettiva", che rispondono proprio a tale necessità di un ampliamento metodologico. Il giovane psicopatologo è infatti convinto che, sebbene inizialmente si possa essere più facilmente attratti dai metodi delle scienze naturali, successivamente spesso sopravviene una certa delusione: è la stessa che probabilmente egli stava provando in prima persona dinanzi ai metodi, spesso insoddisfacenti, utilizzati nella clinica. I metodi delle scienze empiriche, infatti, possono sembrare più esaustivi e rigorosi e, soprattutto all'inizio, attraggono per la facilità con cui permettono di conseguire risultati più rapidi e, soprattutto, più "oggettivi" rispetto agli strumenti assai più incerti delle scienze umane, dove non è sempre facile rendere conto dell'aspetto soggettivo. Tuttavia, tali metodi "oggettivi" rischiano di non riuscire a cogliere la peculiarità dello psichico, limitandosi ad una interpretazione quantitativa e tralasciando completamente, invece, la fondamentale dimensione qualitativa. Per sfuggire a tale prospettiva, Jaspers mostra come persino nell'ambito delle metodologie utilizzate per approntare i test di intelligenza, sebbene lì sia predominante il riferimento a processi meccanici, è utile impiegare ulteriori strumenti che permettano di "comprendere" anche aspetti più complessi e, per così dire, meno facilmente "oggettivabili" come, per l'appunto, la personalità e la volontà. Tali considerazioni metodologiche volevano in qualche modo rappresentare una diversa risposta alla psichiatria dei suoi tempi, sostanzialmente dominata dalla concezione metodologica e nosologica di Kraepelin, un'impostazione sostanzialmente clinico-descrittiva, fondata sulla spiegazione causale propria delle scienze della natura e dove ad assumere grande importanza erano l'osservazione diretta del paziente e l'analisi del decorso della malattia: a questi elementi si aggiungeva anche il ruolo significativo affidato alla valutazione delle biografie dei pazienti, che aiutavano a ricostruire l'eziologia della malattia e, in particolare, permettevano di distinguere i casi in cui la malattia era in qualche modo ricollegabile ad un precedente stato di salute da quelli in cui essa, invece, era sorta in modo improvviso e apparentemente incomprensibile. Dal punto di vista nosologico, egli si era soffermato su tale polarizzazione dei disturbi, distinguendo tra quelli da ricondurre alla *demenza praecox* e quelli di origine maniacale-depressiva. Si può dire che in questo scritto psicopatologico Jaspers inauguri il dialogo con Kraepelin, dialogo sviluppato soprattutto in relazione alla concezione metodologica e nosologica, prendendone rapidamente le distanze.

L'argomento di questo scritto del 1910 riguarda, in modo particolare, la definizione del concetto di demenza, che soprattutto in questa fase Jaspers interpreta come un disturbo dell'intelligenza, differenziandola da quanto aveva sostenuto Kraepelin, il quale l'aveva invece ricollegata ad una condizione di decadimento generale dell'individuo. La riflessione sulla demenza costituisce l'occasione per muovere una critica anche alla classificazione dei disturbi mentali secondo "unità morbose". Fin da questo primo scritto, infatti, Jaspers coglie la difficoltà di classificare in modo netto i disturbi mentali, le cui innumerevoli sfumature consentono, semmai, più una classificazione per "tipi" che per quadri clinici ben

isolati e definiti. Qui è evidente non solo la sua insoddisfazione per il metodo clinico-descrittivo, di fatto incapace di cogliere la pienezza della vita psichica, ma anche per la classificazione nosologica di Kraepelin, della quale non condivide (soprattutto nella *Psicopatologia generale*), appunto, l'articolazione in "unità morbose", che tutt'al più possono costituire un valido orientamento ma non un criterio nosologico rigoroso, date le numerose connessioni possibili della vita psichica e, quindi, dei diversi disturbi: in questo senso, Jaspers, in linea con quanto aveva già anticipato nello scritto del 1910, preferisce una distinzione nosologica basata sui "complessi sintomatici della vita psichica", che formano "tipi generali nell'ambito delle unità morbose".

Lo scritto psicopatologico del 1910 anticipa, pertanto, parte del nucleo concettuale della *Psicopatologia generale* e instaura una sorta di "dialogo" con Kraepelin, rispetto al quale emerge una distanza metodologica e nosologica non indifferente, forse in parte resa meno stridente dai toni formalmente più amichevoli di Jaspers ma in realtà probabilmente molto più significativa di quella che generalmente pare scorgersi rispetto a Griesinger.

Questo lavoro ha posto l'accento, dunque, su alcuni dei primi scritti psicopatologici che rappresentano la radice concettuale più significativa dell'*Allgemeine Psychopathologie* del '13. Ciò è emerso già dallo scritto del '10, ma si evince in modo ancora più deciso dall'opera del '13 intitolata *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie)*, dove prende corpo in modo più marcato il pluralismo metodologico poi ampiamente sviluppato nell'*Allgemeine Psychopathologie*. Qui, tra l'altro, si insiste sulla differenza tra *Erklären* e *Verstehen* e viene approfondito il concetto del "comprendere genetico", che permette di cogliere le "connessioni comprensibili" della vita psichica. Ho voluto confrontare la prima parte di questo scritto, sostanzialmente dedicata all'esposizione metodologica, con il capitolo dell'*Allgemeine Psychopathologie* in cui si parla delle "connessioni comprensibili". Ne è emersa, innanzi tutto, un'evidente analogia contenutistica (accompagnata anche da una rilevante parentela lessicale), tanto che nella *Allgemeine Psychopathologie* lo stesso Jaspers rimanda, per maggiori chiarimenti, proprio a quest'altro suo scritto psicopatologico del '13.

Non stupisce, poi, la centralità che per Jaspers assumono le "connessioni" della vita psichica: ciò, infatti, pare ampiamente conforme alle convinzioni generali del giovane psicopatologo che, come si è visto, aveva mostrato fin dall'inizio un certo scetticismo rispetto ad una netta suddivisione dei fenomeni psichici secondo "quadri morbosi", considerando tali fenomeni troppo complessi ed intimamente connessi perché li si potesse analizzare e classificare senza tenere adeguato conto delle loro fondamentali interazioni. Al contrario, tali "connessioni" rendono possibile superare l'eccessiva staticità e chiusura conseguenti ad una classificazione rigorosa e rigida, permettendo di cogliere le infinite sfumature della vita psichica, ora finalmente "compresa", per quanto possibile, nella sua pienezza autentica: le "connessioni comprensibili" rendono possibile, infatti, cogliere come lo "psichico derivi dallo psichico", ponendo così per la prima volta una più marcata distinzione tra gli obiettivi perseguibili attraverso il metodo causale dell'*Erklären* e quanto invece appare raggiungibile tramite il *Verstehen*. Tale distinzione disegna in qualche modo i rispettivi campi di indagine e, soprattutto, procedendo contro ogni pretesa assolutistica, afferma esplicitamente l'esistenza di una parte inconscia dell'uomo di fatto destinata a rimanere "incomprensibile": in questo modo, fin da questo scritto psicopatologico vengono posti precisi limiti al comprendere, che, a differenza dalla spiegazione causale, che invece potrebbe teoricamente procedere all'infinito, è costretto ad arrestarsi dinanzi alla costitutiva incomprensibilità della natura umana, della quale alcuni aspetti sembrano comunque destinati a rimanere enigmatici.

Colpisce, pertanto, l'evidente analogia tra alcuni contenuti di *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie)* e diversi snodi teorici rilevanti dell'*Allgemeine Psychopathologie*: d'altra parte, si tratta di opere di fatto contemporanee e che probabilmente Jaspers ebbe modo di scrivere nello stesso periodo. Tale ipotesi trova

riscontro, del resto, attraverso l'analisi comparata dei due testi, dalla quale si deduce, tra l'altro, che la genesi del pluralismo metodologico di Jaspers, così diffusamente ribadito e praticato nell'*Allgemeine Psychopathologie*, sia a grandi linee da rintracciare anche in quest'altro scritto del '13, dove viene tra l'altro esplicitato, probabilmente per la prima volta in modo esaustivo, il metodo del "comprendere".

Si tratta, probabilmente, della prima trasposizione in ambito psicopatologico del dibattito sull'oggetto e sul metodo delle scienze umane, ai tempi conosciuto come *Methodenstreit* e di cui si ritrovano alcuni aspetti, opportunamente rivisitati ed adattati, anche nelle analisi di Jaspers. In realtà, proprio il precedente riferimento al pluralismo metodologico ha in qualche modo reso opportuno mettere in evidenza, nel corso del lavoro, le differenze tra la prima edizione della *Psicopatologia* e la quarta, nella quale Jaspers esplicita meglio le proprie fonti filosofiche, e tra queste quelle dalle quali aveva in qualche modo ripreso l'idea del "comprendere", per trasporlo, poi, nell'ambito specifico della metodologia psicopatologica. L'edizione del '46 permette, anche al cospetto di alcune significative corrispondenze di Jaspers con suoi importanti interlocutori, di cogliere in modo più approfondito l'ulteriore maturazione della sua riflessione filosofica anche alla luce del *Methodenstreit*: da qui egli riprende, oltre le importanti considerazioni metodologiche appena ricordate, l'idea di "uomo intero" come cifra irriducibile da porre al centro anche della riflessione intorno al disagio mentale.

Jaspers, infatti, caratterizza ulteriormente e in modo sicuramente significativo l'opera con l'importante riferimento all'inesplicabilità ultima dell'umano: per quanto alcuni aspetti della dimensione umana possano essere conosciuti dal punto di vista fenomenologico, tuttavia la profondità ultima e infinita dell'essere umano rimane, nella sua complessa e articolata totalità, di fatto inaccessibile. Se nell'edizione del '13 aveva già certamente avvertito tale complessità della realtà umana, tra l'altro proponendo un metodo di indagine in grado di coglierla nella sua irriducibile peculiarità, in quella del '46 egli si serve più ampiamente della riflessione filosofica per riprendere l'idea di "uomo intero", considerato come colui che sfugge ad ogni pretesa scientifica rigorosa volta a rintracciarne e a sviscerarne il fondamento ultimo.

La parabola speculativa ed esistenziale di Jaspers è stata talmente densa di momenti significativi e di fattori complessi da prestarsi ancora, certamente, ad ulteriori analisi ed interpretazioni: quella che qui ho tentato di proporre ha inteso soltanto riprendere in qualche modo alcuni elementi di una formazione e di un'evoluzione speculativa di eccezionale spessore, per mostrare come al suo interno si siano integrate istanze molteplici e di diversa matrice che il filosofo e psicopatologo tedesco ha saputo assumere e riformulare con straordinaria originalità e fecondità. E, in quest'ottica, sicuramente, molti altri spunti del suo pensiero potranno essere sviluppati in modo ancora ulteriore.

Zusammenfassung

Psychiatrie und Philosophie.
Die Wurzeln der *Allgemeinen Psychopathologie* von Karl Jaspers

This dissertation aims to rewrite the genesis of Karl Jaspers' *Allgemeine Psychopathologie* (1913) in order to underline its original and innovative character and to place it within the historical, cultural, and scientific context of the history of psychiatry. The interactions that can be discerned between psychiatric themes and philosophical arguments in the first edition (and more explicitly from the fourth, of 1946) has been highlighted.
These interactions can indeed be seen already in the complex process of Jaspers' psychopathological training, and specifically in his internship at the psychiatric clinic in Heidelberg, and in his interaction with the main psychiatric 'sources' of the more recent German tradition, which are Wilhelm Griesinger and Emil Kraepelin.
Jaspers, aware of the substantial irreducibility of the individual to any form of rigorous objectification, criticised the organicist orientation of the psychiatry of the time: the psychic dimension constitutes an experience and as such possesses qualitative connotations that are never entirely ascribable to simple physiological alterations. He derives therefore the need to place the scientific explanation of psychic processes within a much broader and more articulated understanding of the subject: Jaspers argues, in fact, for a methodological pluralism, capable of combining the empirical-descriptive method of *Erklären* (of the *Naturwissenschaften*) and the phenomenological-immedesimative method of *Verstehen* (relative to the *Geisteswissenschaften*). He does so in order to create a more adequate understanding of subjectivity and, at the same time, a no less important protection of its constitutive individual dimension. Only a productive interaction between natural sciences and spiritual sciences, between psychiatry and philosophy, makes it possible to grasp psychic life in its complexity and peculiarity.

1. "Psychiatrie und Philosophie. Die Wurzeln von Karl Jaspers' *Allgemeiner Psychopathologie*": Das ist das Leitthema der vorliegenden Dissertation, in der ich versuche die historisch-genetischen Beweggründe des bekanntesten psychiatrischen Beitrags von Karl Jaspers offenzulegen. Konkret möchte ich die Wurzeln der *Allgemeinen Psychopathologie* von Karl Jaspers (1883-1969) aus einer doppelten Perspektive untersuchen, einer philosophischen und einer psychiatrischen. Darüber hinaus machen Entstehen und Struktur dieses Werkes eine erneute tiefergehende Analyse sowohl legitim als auch interessant. Angedacht ist eine breitere und komplexere Untersuchung als eine reine traditionelle Abhandlung über die Psychiatrie darzustellen, die in verschiedenen philosophischen Überlegungen gründet und sich in einer Dimension bewegt, die sowohl die Anforderungen der Naturwissenschaften als auch die inzwischen berechtigten Ansprüche der Geisteswissenschaften berücksichtigt. Ich wollte daher über einige Argumentationslinien anregen, die mir in diesem Sinne besonders relevant erschienen, wobei ich insbesondere zwei grundlegende Aspekte betrachten möchte, welche die *Allgemeine Psychopathologie* durchziehen und sie in einer besonderen Weise kennzeichnen: (1) die Entstehung des Begriffs "*Geisteskrankheit*", aus dem sich sicherlich einige Elemente der Komplexität und Schwierigkeit der zeitgenössischen Psychiatrie und damit auch der Psychopathologie ableiten lassen, vor allem im Hinblick auf ihre breitere und gemeinsame wissenschaftliche Grundlage und (2) eine umfassendere Behandlung des Werdegangs Karl Jaspers, von der ich besonders seine psychopathologisch-psychiatrische Ausbildung hervorheben möchte, die manchmal mehr oder weniger bewusst in den Hintergrund gestellt wird im Vergleich zu seinem ausgeprägten philosophischen Werdegang, der einen Großteil seines späteren wissenschaftlichen und akademischen Engagements geprägt hat.

Eine Analyse der Ursprünge der *Allgemeinen Psychopathologie*, des Kontextes, in dem sie entstand, der komplexen Dynamik, die ihre Entstehung und Entwicklung ermöglichte, innerhalb des damaligen psychiatrischen Szenarios, das wiederum tief in der Geschichte der Medizin und der Psychiatrie der vergangenen Jahrhunderte verwurzelt war, ist unerlässlich. Seine Ausbildung zum Psychiater, die Ausdruck in einer kritischen Sensibilität, in vielfältigen Interessen, auch am Dialog zwischen Psychiatrie und der Philosophie fand, hat die erkenntnistheoretischen Grundlagen für den späteren Philosophen Karl Jaspers gelegt. Zwei anscheinend weit voneinander entfernte akademische Wissensgebiete, mit unterschiedlichen Merkmalen, Methoden und Zielen, wurden wiederum anhand einiger gemeinsamer Merkmale verbunden. Tatsächlich bietet die *Allgemeine Psychopathologie* eine Gelegenheit, über die möglichen Zusammenhänge zwischen den genuin psychiatrischen und humanistischen Aspekten nachzudenken, die unweigerlich hervortreten, wenn wir uns mit psychischen Erkrankungen befassen und daher einen grundlegenden Bezug zum "Geist", d.h. zum Menschen als Ganzem in seinen konstitutiven Wechselwirkungen, herstellen. Indem ich mich auf diesen Dialog zwischen Philosophie und Psychiatrie in der vorliegenden Arbeit eingehend beziehe, kann ich zeigen, wie die Persönlichkeit des Anthropologen, Philosophen und Kulturhistorikers Jaspers biographisch wahrscheinlich in seiner Ausbildung in Medizin, Psychiatrie und Psychopathologie entscheidende Anregungen erhielt. In den verschiedenen Ausgaben der *Allgemeinen Psychopathologie*, beginnend 1913, lässt sich die Weiterentwicklung des philosophischen Denkens Karl Jaspers nachzeichnen.
Die Wechselwirkung zwischen Psychiatrie und Philosophie wäre jedoch nicht richtig erfasst worden, wenn der Begriff der Geisteskrankheit selbst nicht kontextualisiert worden wäre. Aus diesem Grund habe ich mich für diese doppelte Perspektive entschieden, indem ich einerseits den Begriff der psychischen Erkrankung historisch rekonstruiere, auch mit Hilfe der Inhalte der *Allgemeinen Psychopathologie*, und mich andererseits auf den jungen Jaspers und die Wurzeln seines psychopathologischen Interesses konzentriere. Darüber hinaus sind beide Aspekte, die zum einen den heute in einem breiteren Sinne verstandenen Begriff der psychischen Erkrankung und die damit verbundene komplexe historisch-soziale Dynamik und zum anderen die Entwicklung des phänomenologisch-psychiatrischen Denkens bei Jaspers, wie sie in der Entstehung der *Allgemeinen Psychopathologie* abzulesen ist, stark miteinander verbunden. Die vorliegende Arbeit möchte diese Fragen in einem spezifischen und möglichst analytischen Kontext behandeln, indem sie auf spezifische Weise die historische Situation der psychiatrischen Wissenschaft um 1900 untersucht und einige entscheidende Momente der Geschichte der Medizin und der Psychiatrie rekonstruiert. Nur wenn man einen so komplexen historisch-kulturellen Rahmen immer im Hintergrund behält, ist es in der Tat möglich, einige grundlegende Faktoren für die geistige Entwicklung Karl Jaspers und damit für die Entstehung der *Allgemeinen Psychopathologie* herauszuarbeiten. Gerade die Vielschichtigkeit seiner Überlegungen macht es notwendig, noch vor jeder Analyse des eigentlichen psychopathologischen Inhalts des Werkes eine wissenschaftshistorische Untersuchung durchzuführen, die, wenn auch in groben Zügen, die wichtigsten Momente zurückverfolgen kann, durch die die Psychiatrie als eigenständiger Wissenschaftszweig der Medizin entstanden ist.

2. Es scheint einer festen Überlegung zu folgen, dass der *Anhang* zur *Allgemeinen Psychopathologie* der Rekonstruktion der wichtigsten Passagen der Geschichte der Psychiatrie und Psychopathologie gewidmet ist. Die Notwendigkeit einer vorläufigen geschichtlichen Klärung wird daher vom Autor selbst herausgestellt, und es ist sicherlich bedeutsam, dass sie von der ersten Ausgabe an vorgeschlagen und in späteren Ausgaben beibehalten wird. Dies unterstreicht die historische Bedeutung beider medizinischer Bereiche für sein Denken.

In gewissem Sinne folgt die vorliegende Arbeit im Großen und Ganzen derselben Intention, die dem Werk Jaspers' zugrunde liegt und auf das ich mich unmittelbarer beziehe: Insbesondere im ersten Teil der Dissertation zeichne ich die Entstehung bzw. Entwicklung des Begriffs der Geisteskrankheit nach und vertraue mich dabei, wenn möglich, den Überlegungen Jaspers selbst an. Diese Rekonstruktion ist jedoch auch heute aus theoretischer und methodischer Sicht nicht einfach, denn gerade im Hinblick auf die älteren historischen Epochen erschweren die Aussagefähigkeit der oft dürftigen Quellen die exakte Feststellung mehrerer signifikanter Stellen, so dass unterschiedliche Hypothesen nicht immer ausreichend belegt erscheinen.
In gewisser Weise betrifft diese Ungewissheit die sehr frühen Ereignisse, aber sie berührt auch nachfolgende Epochen in dem Sinne, dass die Besonderheiten des Themas und die ständigen Kontroversen jede historisch-kritische Behandlung schwierig machen. In diesem Zusammenhang beabsichtige ich, einige methodische Entscheidungen auf der Grundlage der vorliegenden Arbeit kurz zu erläutern, um so auch den Ursprung des Interesses für dieses Thema zu begründen. Zunächst einmal möchte ich der Rekonstruktion einiger Konzepte und Protagonisten der Geschichte der Medizin und der Psychiatrie Platz einräumen, vermeide es aber, allzu spezifisch und detailliert auf die Überlegungen zu den verschiedenen psychischen Störungen und die damit verbundenen therapeutischen Entscheidungen in den verschiedenen historischen Epochen einzugehen. Dieses Vorgehen wäre für eine Dissertation über ein rein medizinisches Thema wahrscheinlich besser geeignet und angemessen und würde sich daher von der primären Bezugnahme auf die Geisteswissenschaften und die "Interpretationswissenschaften" entfernen, welche die spezifische Form dieser Dissertation ausmachen. Ich beabsichtige daher, in diesem Untersuchungsfeld zu bleiben, die wichtigen 'jasperschen' Neuerungen auf dem Gebiet der Psychopathologie zu betrachten und zu versuchen, sie im Lichte des breiteren Bezugskontextes zu interpretieren. Ohne einen Rückblick auf die bisherige historisch-kulturelle Dynamik kann das Werk in seiner komplexen Struktur und Problematik nicht erfasst werden kann. Die Wahl dieses Themas ergab sich aus der Neugierde, psychische Erkrankungen und ihren wissenschaftlichen Status über die bloße Beschreibung rein technischer Aspekte und individueller Besonderheiten tiefgehender zu untersuchen. Insbesondere war von Interesse, wie *Naturwissenschaften* als auch *Geisteswissenschaften* mittels ihrer eigenen Inhalte und Methoden miteinander auf diesem Wissenschaftsfeld zusammenwirken.
Die Geschichte der Psychiatrie zeigt sehr gut auf, wie unterschiedliches Wissen aufeinandertraf und sich manchmal überlagerte. Hier enthüllt sich ein komplexes Szenario, dessen Besonderheit gerade in der Verbindung zwischen streng medizinisch-wissenschaftlichen Beschreibungen und umfassenderen historisch-philosophischen Interpretationen besteht, die beide immer tief von der sich wandelnden historisch-sozialen Dynamik beeinflusst waren. Die *Allgemeine Psychopathologie* schien mir ein bedeutendes Beispiel für solche Dynamiken und Wechselwirkungen zu sein, und genau in dieser Perspektive wollte ich versuchen, ihren Wurzeln auf die Spur zu kommen, indem ich einerseits Jaspers und vor allem die Jahre seiner Ausbildung und seine frühen Schriften zu psychopathologischen Fragen betrachtete und andererseits einen Blick in die Vergangenheit warf, um den epochalen Wendepunkt, den dieses Werk in der Geschichte der Medizin und der Psychiatrie darstellt, vollständig zu erfassen. Mit anderen Worten, es geht darum, den größeren und nachhaltigeren Wert nachzuzeichnen und herauszustellen, den die Beiträge eines bestimmten Wissensgebietes annehmen, wenn sie nicht nur aus einer streng funktionalen Perspektive in seinem eigenen disziplinären Bereich, sondern aus einem viel breiteren und bedeutenderen historisch-kulturellen und anthropologischen Blickwinkel betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund möchte ich zunächst über den Ursprung und die Bedeutung des Begriffs der psychischen Erkrankung nachdenken, dessen Identitätsstatus unter allen Gesichtspunkten schwer zu bestimmen ist, wie die komplizierten historisch-kulturellen Ereignisse zeigen, die ihn geprägt haben.

Der deutsche Begriff "*Geisteskrankheit*" deutet bereits in gewisser Weise die Schwierigkeit des Themas an: Es handelt sich nicht um eine organische, irgendwie leichter identifizierbare und umschreibbare Störung, sondern um eine echte "Krankheit des Geistes", die daher die Gesamtheit des Individuums betrachtet und daher auf einer anderen Ebene steht. Sie kann nämlich nicht ausschließlich durch Rückgriff auf die symptomatologische Beschreibung und nosographische Einordnung erklärt werden, sondern muss immer mit Blick auf die gesamte Persönlichkeit, auf die sie sich bezieht, geklärt und interpretiert werden.
In diesem Sinne wollte ich zunächst einige Aspekte hervorheben, die die Besonderheit der psychischen Erkrankung im Unterschied zur organischen Störung unterstreichen: Zunächst einmal die Schwierigkeit, sie von der komplexen und in vielerlei Hinsicht untrennbaren Gesamtheit der Persönlichkeit des Patienten zu isolieren, da sie nicht, wie dies bei verschiedenen organischen Störungen geschieht, als eine funktionale Einheit wahrgenommen werden kann, die isolierbar und trennbar ist. Das bedeutet im Übrigen, dass auch die therapeutischen Entscheidungen in diesem Bereich komplizierter sind, denn sie müssen den einzelnen Patienten spezifisch betrachten und ihn in seiner Komplexität, d.h. in der Gesamtheit seiner konstitutiven Wechselwirkungen, heilen können. Ein weiterer offensichtlicher Unterschied im Hinblick auf organische Störungen ist der beträchtliche Einfluss externer Faktoren wie Familie, Gesellschaft und generell des Bezugsumfeldes, der dazu führt, die individuelle Geschichte des Patienten, seine Biographie, als grundlegendes Element der Diagnose und Prognose in den Vordergrund zu stellen.

3. Psychische Erkrankungen umfassen mehrere Faktoren und entwickeln sich daher anders als organische Störungen. Diese Besonderheit der Geisteskrankheit ist ja schon durch ihre Etymologie angedeutet: Der Ausdruck "*Geisteskrankheit*" bezieht sich stets auf die Gesamtheit, oder besser gesagt auf den "Geist", ein sicherlich kompliziertes Bezugselement, das im Laufe der Jahrhunderte viele Schwierigkeiten der terminologischen und vor allem begrifflichen Klärung hervorgerufen hat. Es schien in der Tat immer schwierig, klar zu umschreiben, was sie bedeutet, auch in Bezug auf die praktisch-assistentielle "Krankheit des Geistes", d.h. es war nicht immer möglich, mit Gewissheit aufrechtzuerhalten, ob und auf welche organischen Teile sie sich in ihren vielgestaltigen Erscheinungsformen bezieht und welche sie stattdessen unangetastet lässt. Dies hat zwangsläufig mehr als nur eine gewisse Unsicherheit und Verwirrung hervorgerufen, ausgehend von der komplizierten Möglichkeit, sozusagen eine harmonische Beziehung zwischen den "Teilen" und dem "Ganzen" zu erkennen: Das heißt, es wurde versucht, psychische Krankheit unter Berücksichtigung der einzelnen Teile zu verstehen, die betroffen sein können (z.B. nach einigen Hypothesen die jeweils spezifisch betroffenen organischen Teile), ohne das umfassendere Gesamtszenario, d.h. das Individuum in der Gesamtheit seiner Funktionen und Beziehungen, aus den Augen zu verlieren. Unter diesem Gesichtspunkt scheint sich Geisteskrankheit immer auf eine Gesamteinordnung zu beziehen, die bei der Betrachtung ihrer unzweifelhaften Spezifität den wesentlichen Bezug zur Gesamtheit der Person nicht aus den Augen verlieren darf. In der Tat, all jene Hypothesen, die es vorgezogen haben, Geisteskrankheit auf eine genau bestimmte und umschriebene "Störung der Seele" zurückzuführen, in dem Versuch, die Gesamtheit des Bezugs und insbesondere die tiefere Innerlichkeit, auf die sich der Begriff der Geisteskrankheit unweigerlich zu beziehen scheint, unversehrt zu lassen.
Die Schwierigkeit, Geisteskrankheiten zu identifizieren und sogar zu benennen, die einmal allgemein auf den "Geist", ein andermal wiederum auf die "Seele" und so weiter zurückgeführt werden, hat sicherlich die Möglichkeit, ihren eigentlichen Inhalt "objektiv" zu erfassen, noch weiter erschwert und damit ihren therapeutischen Ansatz unsicher und veränderbar gemacht. Wenn es stimmt, dass Geisteskrankheiten zweifellos in den Bereich der Medizin fallen, dann gibt es jedoch keinen Zweifel daran, dass sie weitaus umfassendere kulturelle, anthropologische und soziale Gründe haben. Über viele

Jahrhunderte hinweg waren sie mit Leugnungen, Repressionen und Kämpfen gegen tief verwurzelte Stereotypen und weit verbreitete Vorurteile konfrontiert und nicht sozial akzeptiert. Die mehr oder weniger explizite Zweckmäßigkeit ihrer Stigmatisierung hat Zäsur- und Marginalisierungsmechanismen hervorgerufen, die aus rationaler oder medizinisch-wissenschaftlicher Sicht nicht zu rechtfertigen sind.
Psychische Veränderungen müssen theoretischer Gegenstand der Medizin sein, sie müssen einer strengen klinischen Beobachtung unterzogen werden, und sie müssen für eine angemessene therapeutische Praxis sorgen. Die heutige Perspektive auf psychische Erkrankungen ist das Ergebnis einer langsamen moralischen Aneignung grundlegender menschlicher Lebensprobleme, die mehrere Jahrhunderte, wenn nicht gar Jahrtausende gedauert hat und durch den mühsamen Emanzipationsprozess der Psychiatrie erreicht wurde. Schließlich wurde eine Definition der psychischen Störung in ihrer Besonderheit ermöglicht, die sachgerechte therapeutische Hilfe zuließ. In Anbetracht all dessen erschien es mir geboten, im Rahmen dieser Dissertation das Problem der Vererbbarkeit von psychischen Krankheiten und den damit verbundenen langen und schwierigen historischen Prozess einzubeziehen, den die Psychiatrie durchlaufen und erlebt hat, um die gegenwärtige Identität als eigenständige Disziplin und den heutigen wissenschaftlichen Status zu erreichen.
Psychische Erkrankungen betreffen, wie Jaspers betont, "den Menschen als Ganzes". Und genau aus diesem Grund müssen sie im Gegensatz zu anderen Arten von Störungen immer in einem spezifischen Kontext unter Berücksichtigung der Individualität jedes Patienten behandelt werden. Darüber hinaus ist es schwierig, den Normalzustand vom pathologischen Prozess zu unterscheiden. Diesbezüglich hat die Gesellschaft historisch gesehen, eine wichtige Rolle übernommen, in dem sie eine Diagnostik und damit eine fachspezifische Interpretation psychischer Störungen entwickelt hat und somit die entsprechenden Organisationen für die der therapeutischen Versorgung eingerichtet hat (man denke z.B. an die Geschichte der Heime). Es lässt sich daher sicherlich feststellen, dass psychische Erkrankungen seit jeher ein relevantes medizinisches und sozialhistorisches Problem darstellen, das durch die Gesellschaft einer Lösung zugeführt werden muss.

4. Der anthropologischen Intention der *Allgemeinen Psychopathologie* folgend wollte ich im ersten Teil dieses Werkes daher "die abnorme Seele in Gesellschaft und Geschichte" vertiefend behandeln, wobei ich den gleichen Titel des Buchkapitels verwenden wollte, mit dem sich Jaspers diesem Thema widmet. Das Ziel kann daher keine erschöpfende nosographische Darstellung der psychischen Erkrankungen sein, wie sie sich im Laufe der Jahrhunderte entwickelt hat und wahrgenommen wurde, sondern eine schematische historische Rekonstruktion einiger grundlegender Aspekte im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Dies gilt für den Prozess der "Stigmatisierung" der psychischen Störung, der mit unterschiedlicher Intensität sicherlich die Entwicklung von Diagnoseverfahren und die therapeutische Praxis beeinflusst hat. Die wissenschaftliche Konstituierung der Psychiatrie wurde so zu einem mühsamen Prozess, der hinter dem zurückbleibt, was in anderen Fachgebieten der Medizin geschah.
Ich wollte diese komplexe und in gewisser Weise immer noch umstrittene historische Dynamik nachverfolgen, nicht nur, um den Begriff der psychischen Krankheit besser zu kontextualisieren. Die stringente wissenschaftliche Konstituierung der Psychiatrie hat es auf der einen Seite notwendig gemacht, psychische Störungen immer rigoroser zu betrachten und sie grundsätzlich in den Naturwissenschaften zu belassen (zu denen die Medizin oft gezählt wurde). Auf der anderen Seite können psychische Beschwerden jedoch nicht wie andere organische Störungen betrachtet werden, da sie sich unweigerlich auf eine Beziehung zur Gesamtheit des Individuums beziehen, die komplex und unteilbar ist. Die Verbindung zwischen Krankheit und Individuum erforderte daher eine andere Art der Reflexion und Herangehensweise, ohne die inzwischen erreichte wissenschaftliche

Qualität zu gefährden. Dieser Aspekt sollte diese Verbindung nicht strenger organisch auslegen und dabei die konstitutive Komplexität der Beziehungen vernachlässigen. Hier wird die Rolle der Philosophie deutlich, die nicht als eine abstrakte Wissenschaft und daher in gewisser Weise zwangsläufig dogmatisch verstanden werden sollte, sondern vielmehr als die Fähigkeit, die Kategorien des Denkens kritisch und funktional zu nutzen. Sie ist im Wesentlichen ein kritisches Instrument, das es erlaubt, wie Jaspers selbst immer wieder argumentiert hat, nicht in sterile Reduktionismen zu verfallen. "Philosophische Vorurteile" sollen vermieden werden, die nur spekulativ sind. Andererseits soll die Philosophie die psychiatrische Forschung von ihren "somatischen Vorurteilen" befreien, die sie oft nur als "objektives" Wissen verstehen möchte.

5. Die *Allgemeine Psychopathologie* bewegt sich also nicht nur im wissenschaftlich-psychiatrischen Feld, sondern berücksichtigt die philosophische und anthropologische Perspektive, zu der jede Untersuchung des psychischen Lebens unweigerlich führen muss und auch die soziale Bedeutung psychischer Störungen herausstellt. In gewisser Weise ist es tatsächlich die Gesellschaft, die psychische Beschwerden und Anomalien oft bedingt oder fördert, wie die Verbreitung bestimmter psychischer Störungen in verschiedenen historischen Epochen gezeigt haben. Jaspers spricht also nicht nur aus der Perspektive des Arztes, sondern sozusagen auch als ein Humanist, und stützt seine eigene psychopathologische Analyse auf die Grundlagen der Psychiatrie wie der Philosophie, in dem er versucht, jeder Verabsolutierung in dem einen und dem anderen Sinn entgegenzutreten, um so sowohl "somatische" als auch "spekulative Vorurteile" zu vermeiden. Er plädiert für einen Ansatz, der in der Lage ist, sowohl die physisch-organische Sphäre als auch die der gesamten Persönlichkeit angemessen zu berücksichtigen.
Die fruchtbare Wechselwirkung zwischen Philosophie und Psychiatrie kann allerdings durch das unterschiedliche Verständnis der verschiedenen Begriffe gehemmt werden, wenn deren Komplementarität eine angemessenere methodische Ausgewogenheit nicht ermöglicht. Stattdessen ist eine offene und dynamischere Perspektive beider Disziplinen gefragt, um so das psychische Leben in seiner ganzen irreduziblen Komplexität und Eigenart erfassen zu können. In dieser Perspektive wollte ich auf den Unterschieden zwischen der ersten Auflage (von 1913) der *Allgemeinen Psychopathologie* und den nachfolgenden Auflagen, die in späteren Phasen überarbeitet und ergänzt wurden, behandeln: Es ist nicht verwunderlich, dass insbesondere seit der vierten Auflage (von 1946) die Rolle der Philosophie und des humanistischen Wissens stärker durch Jaspers hervorgehoben wird. Dieser Unterschied bleibt bei dieser Dissertation im Hintergrund, da ich mich vor allem auf die Entstehung der begrifflichen Kerne der Erstausgabe konzentriert habe, aus der ich den Hinweis auf die Kategorien des kritischen Denkens hervorheben wollte, die sich am "Verstehen" des Individuums orientieren. In diesem Sinne ergibt sich die grundlegende Integration zwischen Psychiatrie und Philosophie nicht nur aus der ersten Auflage des psychopathologischen Werkes, sondern auch aus den autobiographischen Schriften und den ersten Werken von Karl Jaspers: Auf diese Weise ist eine hermeneutische Perspektive entstanden, der jeder Versuch, wenn auch nur schematisch, zwischen einem "ersten" Jaspers-Psychopathologen und einem "zweiten" Jaspers- Philosophen und Historiker-Politiker zu unterscheiden, völlig fremd ist. Aus einigen der in diesem Werk entwickelten Reflexionen lässt sich vielmehr die ständige, im Laufe der Jahre natürlich mehrfach neu definierte Präsenz sowohl der streng medizinisch-wissenschaftlichen als auch der philosophischen Aspekte ablesen. In diesem kritischen Sinne manifestierte sich ein "Geist der Opposition", ohne dass dies jedoch bei dem jungen Psychopathologen den proaktiven und konstruktiven Aspekt grundsätzlich ausschloß.
Letztlich findet sich diese Integration von Psychiatrie und Philosophie also bereits in den ersten psychopathologischen Schriften und in der ersten Auflage der *Allgemeinen Psychopathologie,* aber sie wird in den nachfolgenden Auflagen sicherlich noch expliziter:

Aus diesem Grund wollte zunächst die - auch philosophische - Genese der Jaspers' Psychopathologie hervorheben und dann durch einen Vergleich zwischen den verschiedenen Auflagen versuchen, den fortschreitenden Entwicklung des Werkes (insbesondere seit der bereits erwähnten vierten Auflage) hin zu einem zunehmenden philosophischen Bewusstsein hervorzuheben, das in der Lage ist, den "ganzen Menschen" der Diltheys' Abstammung immer im Vordergrund zu halten. Aus mehreren Blickwinkeln ist deutlich geworden, dass die *Allgemeine Psychopathologie* viel mehr ist als eine traditionelle psychopathologische Abhandlung und sie bewegt sich seit der ersten Auflage und mit zunehmender Intensität in den folgenden Auflagen in einer Dimension, die sowohl den Naturwissenschaften als auch den Geisteswissenschaften eigen ist und deren fruchtbare und heute unvermeidliche Wechselwirkungen sie kritisch und funktional zu erfassen und zu nutzen weiß.

6. Die Wechselwirkung zwischen Psychiatrie und Philosophie in Jaspers' Werk findet besonders Niederschlag in der Auseinandersetzung den psychiatrischen Quellen: Deswegen habe ich versucht, einige besonders bedeutsame Verbindungen nachzuzeichnen, vor allem die unmittelbar vorausgehenden Traditionlinie vor dem Entstehen seines Werkes. Aus dieser Perspektive erwies sich der Vergleich mit Wilhelm Griesinger (1817-1868) und seiner Konzeption der Krankheit sowie ihrer ätiologischen Erklärung bedeutsam. Im Vergleich zu Emil Kraepelin (1856-1926) hingegen wollte ich, immer mit direktem Bezug auf Jaspers, tiefer in das methodische Vorgehen einsteigen, welches die Untersuchung psychischer Störungen und die nosologische Konzeption leiten muss: Im letzteren Fall wurde der Dialog zwischen Jaspers und Kraepelin in der Psychiatrischen Klinik Heidelberg behandelt, in der beide arbeiteten. Insbesondere wurde durch die Analyse der ersten Jaspers' Schriften zu psychopathologischen Fragen der Unterschied ihrer Position zu den Kraepelinschen und, allgemeiner, zu einigen damals dominierenden Theorien deutlich, auch die Antizipation einiger wichtiger konzeptueller Kerne, die dann in der *Allgemeinen Psychopathologie* Eingang fanden und weiter entwickelt wurden.
Nach der historischen Rekonstruktion wurde ein beträchtlicher Teil der Arbeit diesen Personen gewidmet, in der Überzeugung, dass eine vergleichende Perspektive zusätzlich zu der genetischen Betrachtung der *Allgemeinen Psychopathologie* auch die Persönlichkeitsmerkmale sowohl Jaspers als auch seiner vielleicht wichtigsten Gesprächspartner, nämlich Griesinger und Kraepelin, hervorheben könnte. Dies sind paradigmatische Beispiele, die sehr nützlich sind, um das Bild der deutschen Psychiatrie zwischen dem Ende des 19. Jahrhunderts und dem Beginn des 20. Jahrhunderts zu rekonstruieren. Dieser Vergleich hat es ermöglicht, soweit wie möglich auch aus historisch-philosophischer und anthropologischer Sicht Aspekte zu vertiefen, die bisher ausschließlich aus psychiatrischer Perspektive untersucht wurden. Die Analyse der psychiatrischen Inhalte einiger Schriften Griesingers und Kraepelins hat andererseits in spezifischerer Weise eine Art von Psychiatrie sichtbar gemacht, die noch begrenzt und spezialisiert ist und die tiefen Neuerungen und entscheidenden Erweiterungen, die Jaspers in diesem Sinne vorgenommen hat, im Nachhinein aufscheinen lässt. Bezüglich der "Interpretationswissenschaften", die den Kern der vorliegenden Promotion bilden, wollte ich durch die Analyse und den Vergleich einiger Texte, insbesondere der eben erwähnten Autoren, die zugrundeliegenden Argumentslinien in eine allgemeinere Richtung entwickeln, indem ich kurz an die komplexe Beziehung zwischen den Naturwissenschaften und den Geisteswissenschaften erinnerte. Ziel war eine neue Betrachtung auf die Person Jaspers aus einer humanistischen Perspektive. Im fruchtbaren Zusammenspiel verschiedener Methoden und Erkenntnisse, scheint es nach Jaspers tatsächlich möglich zu sein, psychische Erkrankungen adäquat zu verstehen.

7. Vor dem Hintergrund dieser Prämissen möchte ich nun veranschaulichen, wie ich diese Themen in den einzelnen Kapiteln analysiert habe.

In den ersten Kapiteln wies ich darauf hin, wie psychische Erkrankungen tatsächlich seit Jahrhunderten aus dem offiziellen Bereich der Medizin ausgeklammert wurden. Hier konzentrierte ich mich vor allem auf einige besonders bedeutsame Interpretationen, um die Bedeutung zu erfassen, die der soziale Kontext in diesem Sinne spielt, sowie auf einige bahnbrechende und höchst innovative Aspekte der Fachdisziplin. Aus dieser Perspektive befasste ich mich nicht nur mit dem Thema der Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen, die fast immer starken Vorurteilen und wiederholten Stereotypen unterworfen sind, sondern auch mit der Rolle des Arztes und seiner Verantwortung gegenüber dem Patienten und der gesamten sozialen Gemeinschaft.

Deshalb ist **das erste Kapitel** ***Die Ursprünge des Interesses an einer psychiatrischen Störung*** in drei Absätze unterteilt: **1.1** ***Die*** **Geisteskrankheiten*****: die Notwendigkeit der historischen Rekonstruktion****,* in dem der Begriff der Geisteskrankheit behandelt wird; **1.2** ***Das Konzept der Geisteskrankheit zwischen Mythos und Legende: das Altertum****,* in dem einige Aspekte der Geschichte der Psychiatrie in griechischer und römischer Zeit nachgezeichnet werden und **1.3** ***Die 'Schatten' des Mittelalters***, in dem die Wahrnehmung von Geisteskrankheiten im Mittelalter diskutiert wird.
In diesem ersten Kapitel wollte ich die historischen Ursprünge des Interesses an psychiatrischen Störungen untersuchen und die Bedeutung im Kontext der griechisch-römischen Zivilisation und später des Mittelalters klären. Die Doktorarbeit beginnt daher mit dem Versuch einer ersten Klärung des Begriffs "*Geisteskrankheit*", die einige problematische Aspekte behandeln möchte, die ihn nicht nur aus der medizinisch-wissenschaftlichen "Erklärung", sondern auch aus der Perspektive eines umfassenderen historisch-anthropologischen und sozialen "Verständnisses" zu einem Gegenstand des Interesses und des Studiums gemacht haben. Es geht darum, die Besonderheit psychischer Erkrankungen hervorzuheben, die Notwendigkeit ihrer historischen Aufklärung und die Notwendigkeit, für Diagnose und Prognose eine spezifische und detaillierte Methodik und Therapeutik anzuwenden. Diese Überlegungen, die immer mit Jaspers' Beobachtungen im Hintergrund entwickelt wurden, sollen auch die starke anthropologische Neigung der *Allgemeinen Psychopathologie* aufzeigen und sie in ein fruchtbares Schnittfeld zwischen naturwissenschaftlicher Erkenntnis und humanistischer Reflexion stellen.
Ich habe hierzu einige Hinweise auf die ersten historischen Gemeinschaften gegeben, in denen die mythologische und legendäre Deutung der psychischen Störung besonders verwurzelt zu sein scheint. Eine tiefgreifendere Rekonstruktion betraf die ersten Zeugnisse von Ärzten der griechisch-römischen Epoche, in denen es möglich ist, trotz einiger weit verbreiteter diskrepanter Überzeugungen die ersten Versuche einer rationalen Erklärung psychischer Erkrankungen darzulegen, wie die Identifikation der "natürlichen" Ursachen und die Möglichkeit, strengere diagnostische und therapeutische Hypothesen zu formulieren. Dabei ist natürlich immer zu bedenken, dass die "wissenschaftliche" Bedeutung dieser ersten Beiträge unbedingt historisiert und kontextualisiert werden muss.
Aus methodologischer Sicht wollte ich verschiedene Interpretationen vergleichen, wenn möglich unter Bezugnahme auf die Texte der Autoren selbst, um Hypothesen, die durch die Quellen angemessen gestützt werden, darzulegen. Insbesondere habe ich versucht, die historischen Ereignisse, die verschiedenen Beschreibungen psychischer Erkrankungen und den Entwicklungsprozess der Referenzgesellschaften immer in einem Zusammenhang zu betrachten, um in der Geschichte der Psychiatrie die Momente des Fortschritts, des Stillstands oder sogar des Rückschritts aufzuzeigen. In diesem Sinne habe ich nach einer kurzen Beschreibung der Fortschritte, die die griechisch-römische Welt gemacht hat, obwohl sie von unvermeidlichen Schwierigkeiten und Konflikten gekennzeichnet war, mich mit dem Mittelalter beschäftigt, das jenseits jedes hermeneutischen Stereotyps sicherlich durch viele dunkle Seiten wie z.B. das übermächtige Wiederauftauchen der Dämonologie gekennzeichnet ist. In diesem Fall war die Analyse von Jaspers hilfreich, der

sich mit besonderem Interesse mit der sogenannten "Massenpsychose" befasste, die in dieser Zeit besonders weit verbreitet war.

Das Zweite Kapitel ***Die Geburt der Psychiatrie und Psychopathologie in der Neuzeit*** ist den psychiatrischen Ereignissen der Neuzeit gewidmet und folgt entsprechend den Bereichen: **2.1 Die "*erste psychiatrische Revolution*" *im Zeitalter der Renaissance;* 2.2 *Das siebzehnte Jahrhundert: die* "*große Internierung*" *und Hysterie, Ausdruck bürgerliche* "*Unvernunft*"*;* 2.3 *Das Zeitalter der* Aufklärung*: die somatisch-psychologische Untersuchung und die Entdeckung der Neurose;* 2.4 *Die englische und französische Tradition: die wissenschaftliche* "*Anstaltspsychiatrie*".**
Dieses Kapitel untersucht einige eigentümliche und innovative Aspekte des modernen Zeitalters und stellt die fortschreitende Offenheit gegenüber psychischen Erkrankungen heraus: Obwohl einige mittelalterliche Hinterlassenschaften noch immer stark ausgeprägt sind, erleben wir in diesem Zeitalter bereits eine erste "psychiatrische Revolution", die den Weg zu einer angemesseneren Anerkennung psychischer Störungen als spezifische Pathologie öffnet und schließlich weg von jeglichen magischen und dämonischen Interpretationen führt. Ich wollte in diesem Zusammenhang die Rolle hervorheben, die das Bürgertum oder besser gesagt das bürgerliche Bewusstsein bei der progressiven Bildung im Hinblick auf die Akzeptanz von psychischen Störungen spielt. So habe ich, auch anhand der wichtigen Zeugnisse Foucaults, die Frage der so genannten "großen Internierung" vertieft, die bei der Entstehung dessen, was Jaspers als "Anstaltspsychiatrie" bezeichnete, eine entscheidende Rolle gespielt hat. Dies kann als eines der ersten Anzeichen in Richtung einer zunehmend wissenschaftlichen Deklination der psychiatrischen Erkenntnisse betrachtet werden. Ich befasste mich daher mit den Entstehungsprozessen der ersten europäischen psychiatrischen Anstalten, die sich der "Segregation der Unvernunft" widmeten. Prozesse, die stark von der Affirmation der bürgerlichen Klasse beeinflusst wurden. Das Nachdenken über diese Dynamik erschien mir auch aus historischer Sicht nützlich, um hervorzuheben, wie sich die Beziehung zwischen psychischen Erkrankungen und der Gesellschaft in der heutigen Zeit verändert hat. So habe ich das Phänomen der "großen Internierung" und die etwas widersprüchlichen Charakteristika des 17. Jahrhunderts illustriert hatte, die vor allem durch das Thema der Hysterie gekennzeichnet waren, die zum Symbol der bürgerlichen "Unvernunft" wurde. Ich behandelte zudem die entscheidende Rolle der Aufklärungskultur, die sicherlich vor allem in Frankreich und England eine große Bedeutung für die Erneuerung der Betrachtungsweisen psychischer Krankheiten hatte. Die Entscheidung, einige bedeutende Momente in der Geschichte der französischen und englischen Psychiatrie nachzuzeichnen, ist aus historiographischer Sicht und auch im Hinblick auf Jaspers' Argumente motiviert: Die französische und englische wissenschaftliche Psychiatrie erscheint in der Tat in vielerlei Hinsicht fortschrittlicher und Vorbild für die deutsche Psychiatrie zu sein, so dass es ohne einen solchen Bezug nicht möglich wäre, die nachfolgende Dynamik der deutschen Psychiatrie zu betrachten. Insbesondere in Frankreich nimmt die Psychiatrie die ersten Züge einer Wissenschaft an, die unter anderem die Förderung einer "Anstaltspsychiatrie" ermöglichen, ein Begriff, den Jaspers geprägt hat, um den ersten Versuch zu bezeichnen, zwischen Internierten und psychisch Kranken zu unterscheiden, und damit die psychische Krankheit als eine spezifische Störung anzuerkennen, die von der Medizin vor allem geheilt werden muss.
In diesen ersten Kapiteln wird daher deutlich, wie im Laufe der Jahrhunderte die rationale, streng funktionale Haltung gegenüber der klinischen Untersuchung psychischer Erkrankungen, die bereits in griechisch-römischer Zeit in gewisser Weise anerkannt wurde, bald wieder Raum für abergläubische, magische und religiöse Überzeugungen zuließ. Diese zogen es vor, angesichts des Unbekannten und Unkontrollierbaren, die Ätiologie psychischer Erkrankungen im Wesentlichen auf das unheilvolle Werk des Teufels oder derer, die für ihn arbeiten, zu lenken. Die ersten "psychiatrischen Revolutionen" im Zeitalter der Renaissance ermöglichten es, solche abergläubischen Vorstellungen zu

überwinden und gaben der klinischen Untersuchung eine gewisse rationale und wissenschaftliche Würde, von der jedoch die in vielerlei Hinsicht noch immer so rätselhafte psychische Krankheit de facto oft ausgeschlossen war. So blieb die Psychiatrie lange Zeit zu einem Zustand erheblicher Rückständigkeit gegenüber anderen Bereichen der Medizin verurteilt. Das 18. Jahrhundert war trotz großer wissenschaftlicher Neuerungen und eines zunehmend anerkannten Vertrauens in das Potential des Menschen eine Zeitepoche, die von tiefgreifenden Widersprüchen geprägt war, in dem das anfängliche Auftreten des bürgerlichen Selbstbewusstseins einerseits und die zentralisierende Tendenz absolutistischer Regime andererseits begannen, Geisteskrankheit als ein soziales Problem zu betrachten. Dies brachte vielleicht das traurigste Phänomen der Geschichte hervor, die so genannte "große Internierung", die sich zum Schutz der rationalen, natürlichen und vor allem sozialen Ordnung in der Tat mit einer Art "ethischem Korrekturismus" identifizieren wollte. Begleitet davon war das Phänomen der sozialen Marginalisierung und auf dramatische Weise bedingte dies den radikalen Bruch zwischen dem Normalen und dem Anormalen, zwischen Gesundheit und Krankheit, der dann eine lange und qualvolle historische Periode kennzeichnen sollte. Das Phänomen der "Großen Internierung" hat eine doppelte Bedeutung angenommen: Einerseits hat es den Einfluss der Gesellschaft auf die Wahrnehmung und die Definition der psychischen Störung bestimmt, da ihr mehr oder weniger bewusst die Aufgabe übertragen wurde, die Grenze zwischen Integration und Marginalisierung auf der Grundlage der jeweils identifizierten Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit zu ziehen. Andererseits hat sich gerade aus dem Phänomen der "Großen Internierung" die erste Form der wissenschaftlichen Psychiatrie, das, was Jaspers als "Asyl" bezeichnete, zwischen Gegensätzen und Verdrängungen verschiedener Art herausgebildet. Sie stellte in gewisser Weise eine erste Form psychiatrischer "medizinischer Wissenschaft" dar und ermöglichte die Unterscheidung zwischen "sozialer Entfremdung" und "geistiger Entfremdung". Damit wurde der Weg frei für die Anerkennung der Notwendigkeit, eine spezifische therapeutische Behandlung zu definieren und zu praktizieren. Es wurde darüber hinaus eine stets erbitterte und kontroverse Diskussion über Heime und Behandlungseinrichtungen geführt, deren Bedingungen nach und nach versucht wurde zu verbessern.

Deshalb wollte ich den deutschen medizinisch-wissenschaftlichen Kontext breiter und detaillierter vertiefen, um die Schwierigkeit hervorzuheben, mit der gerade hier die Psychiatrie zu einer Wissenschaft geworden ist, und dabei einige Besonderheiten hervorzuheben, die für eine angemessenere Kontextualisierung der *Allgemeinen Psychopathologie* nützlich sind. Es sollte geklärt werden, in welchem Kontext sich Jaspers bewegt und welche Motivationen die Notwendigkeit eines neuen methodischen Ansatzes und einer anderen Artikulation der spezifischen Inhalte seinerseits irgendwie rechtfertigen können. Aus methodologischer Sicht ging es darum, einige grundlegende Momente in der Geschichte der deutschen Psychiatrie, die der *Allgemeinen Psychopathologie* vorausging, durch die Interpretation der Texte einiger Ärzte und Psychiater zu rekonstruieren, die den allmählichen Übergang von einem eher abstrakten und spekulativen Ansatz zu einer rein wissenschaftlichen Konzeption ermöglicht haben. Die angewandte Methode ist auch hier aufgrund des Mangels an italienischen Quellen und damit der Möglichkeit hilfreich, unbekannte Texte von herausragenden Persönlichkeiten der deutschen Psychiatrie im italienischen Kontext zugänglich zu machen. Aus diesem Grund hielt ich es für sinnvoll, auch mit der italienischen Übersetzung aller Zitate aus den verwendeten deutschen Texten fortzufahren. In den meisten Fällen handelt es sich um alte Texte, die selbst im deutschen Kontext nicht immer leicht zu finden sind. Sie erneut vorzuschlagen, auch mit neuen Interpretationsangeboten, erschien mir auch im deutschen Wissenschaftsszenario eine notwendige Voraussetzung. Es galt also, einige weitere deutsche Psychiater und der von ihren Theorien in die Untersuchung einzubeziehen, welche die Geschichte der deutschen und europäischen Psychiatrie maßgeblich geprägt haben und von denen ich glaubte, in Bezug auf Jaspers und die Wurzeln seiner *Allgemeinen Psychopathologie* neue

Erkenntnisse und neue hermeneutische Perspektiven in Bezug auf Philosophie und Psychiatrie gewinnen zu können. Diese Überlegungen schienen mir, kurz gesagt, eine Gelegenheit für erneute wissenschaftliche Reflexionen sowohl auf Italienisch als auch auf Deutsch zu bieten.
Die Analyse der Primärquellen erlaubt es, sie mit den Interpretationen Jaspers' zu vergleichen. In diesem Sinne erschien es mir bedeutsam, zu versuchen, einige von Jaspers' Interpretationen zu problematisieren und kritisch zu betrachten, die, wie es recht häufig geschieht, von historiographischen Modellen und hermeneutischen Perspektiven seiner Zeit beeinflusst sein könnten.
Deutschland scheint im Vergleich zu anderen europäischen Ländern einen anderen Entwicklungsprozess zu durchlaufen, sowohl aufgrund der langsameren Affirmation des bürgerlichen Selbstbewusstseins, das damals in der Lage war, das Problem der Geisteskrankheit auf innovative Weise anzugehen, als auch aufgrund der starken Einflüsse, die von der romantischen Philosophie ausgehen.

Das dritte Kapitel, ***Die deutsche Psychiatrie: 'der Wendepunkt des 19. Jahrhunderts'***, eröffnet damit den Abschnitt, der der deutschen Psychiatrie und insbesondere Jaspers und seinen Quellen gewidmet ist. Eigentlich ist dieses Kapitel eher der Rekonstruktion der schwierigen Dynamik der deutschen Psychiatrie im 19. Jahrhundert gewidmet und gliedert sich in zwei Abschnitte: **3.1** ***Der Ursprung des Begriffs 'Psychiatrie': die Tradition von Halle (Saale)***; **3.2** ***Deutsche "romantische Psychiatrie":*** **Psychiker** ***und*** **Somatiker**.
Tatsächlich ist es für eine adäquatere Kontextualisierung von Jaspers' Werk und den Dialog mit seinen Quellen zunächst angebracht, den sogenannten 'Wendepunkt des 19. Jahrhunderts' zu vertiefen, der einen wichtigen Moment in der Geschichte der deutschen Psychiatrie (und nicht nur) markiert. Ohne den Verweis auf einige Autoren, die seit dem Ende des 17. Jahrhunderts das medizinisch-wissenschaftliche Szenario maßgeblich bestimmt haben und den Boden für die sogenannte "medizinische Psychologie" bereitet haben, wäre eine umfassende Analyse nicht verständlich.
Die Geschichte der deutschen Psychiatrie ist sehr umfassend, so dass nur einige wenige Aspekte vertieft werden konnten, die in Bezug auf die Entstehung und Entwicklung der *Allgemeinen Psychopathologie* irgendwie funktional waren. Zunächst stellte ich die wichtigen Traditionen, die die Schule von Halle (Saale) repräsentiert, dar: Diese Wahl ist nicht nur sozusagen "emotional" gegenüber einer Universität, an der ich die Promotionsschrift vorlegen darf, sondern vor allem wissenschaftlich bedingt, da die Universität Halle eine Reihe wichtiger Persönlichkeiten hervorgebracht hat, deren Beitrag für die Gründung und wissenschaftliche Autonomie der Psychiatrie von grundlegender Bedeutung sein wird. Zudem wurde in Halle zu Beginn des 19. Jahrhunderts der Begriff "Psychiatrie" geprägt. Ich rekonstruierte daher zunächst das Szenario von Halle zwischen dem Ende des 17. und 18. Jahrhunderts, als der mechanistische Ansatz allmählich einer etwas früheren Perspektive der modernen Psychosomatik wich, die die Seele und ihre Funktionen in Frage stellt und sie immer in enger Beziehung zum Körper betrachtet. Grundlegend erscheint daher die Diskussion über die Entstehung des Begriffs "Psychiatrie" u.a. von Johann Christian Reil (1759-1813), Medizin-Professor in Halle, der die so genannte "romantische Psychiatrie" einführt, die in Deutschland sicherlich entscheidend für die Entstehung der wissenschaftlichen Psychiatrie war. Ich wollte daher die Besonderheiten der romantischen Psychiatrie hervorheben und einige wichtige Bezugskategorien analysieren, wie z.B. die Naturphilosophie und den Idealismus, die sie stark beeinflusst haben.
In der Romantik taucht eine der wichtigsten Fragen aus der Debatte zwischen *Psychikern* und *Somatikern* auf, auf die sich auch Jaspers bezieht, obgleich sie einige relevante Aspekte zu vernachlässigen scheint. Es ging darum, eine der Voraussetzungen der romantischen Psychiatrie hervorzuheben, nämlich den Glauben an die Unantastbarkeit der Seele, der den Interpretationen sowohl der *Psychiker* als auch der *Somatiker* zugrunde liegt. Ein Glaube,

der besonders relevant war, weil er bedeutete, die Möglichkeit einer "Seelenkrankheit" außer Acht zu lassen. Die romantische Psychiatrie scheint immer noch stark von philosophischen Beweggründen geprägt zu sein, die ihre Entwicklung im wissenschaftlichen Sinne tatsächlich verlangsamt haben.
Gerade vor diesem Hintergrund kann man die Bedeutung der so genannten 'Wende des 19. Jahrhunderts' besser verstehen, zu der entscheidend, u.a. durch den Entwurf einer echten *Magna Charta* der Psychiatrie, Wilhelm Griesinger beigetragen hat, dem das 4. Kapitel der vorliegenden Arbeit gewidmet ist. Hier soll die Doppelrolle Griesingers in der wissenschaftlichen Konstitution der Psychiatrie einerseits und als bedeutende "Quelle" für die Ausbildung des jungen Jaspers andererseits genauer betrachtet werden.

Das vierte Kapitel, ***Von Wilhelm Griesinger bis Karl Jaspers: die Überschreitung des "somatischen Dogmas" und der Ursprung der deutschen wissenschaftlichen Psychiatrie*****,** widmet sich einerseits der Figur Griesinger und seinem wesentlichen Beitrag zur wissenschaftlichen Verfassung der deutschen Psychiatrie, andererseits dem Vergleich zwischen Jaspers und Griesinger. Es wird daher wie folgt diskutiert: **4.1** ***Jenseits des Reduktionismus: Wilhelm Griesinger und die Voraussetzungen der*** **Magna Charta** ***der Psychiatrie,*** in der die Bedeutung von Griesinger kontextualisiert wird, indem die Grundannahmen hervorgehoben werden, von denen seine psychiatrischen Theorien abgeleitet wurden; **4.2 Theorien und Thatsachen*****: das "Manifest" der wissenschaftlichen Psychiatrie,*** in dem Griesingers' Schrift "Theorien und Thatsachen", in der eine erste wissenschaftliche Konzeption der Psychiatrie entsteht und analysiert wird; **4.3** ***Wilhelm Griesinger, Arzt und 'Reformer': zur einen physiopathologischen Grundlagen der Psychiatrischen und menschlichen' Behandlung von Kranken,*** in dem Griesingers Schriften analysiert und übersetzt werden, in dem seine physiopathologischen Grundlagen der Psychiatrie sowie seine reformierende Seele offenbart werden; **4.4** ***Der*** **Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin** ***von Wilhelm Griesinger: die Rolle der Psychologie und das 'Verstehen' der kranken Seele in den primordialen-Delirien,*** in dem ein von Griesinger gehaltener *Vortrag* analysiert wird, in dem neue Aspekte seiner Interpretation auftauchen, die seine Distanz zu einer streng materialistischen Sichtweise und seiner Hinwendung zur Psychologie, zum Verständnis der kranken Seele zeigen; **4.5** ***Karl Jaspers und Wilhelm Griesinger: jenseits des "somatischen Dogmas"***, in dem wir ausgehend von Jaspers' Interpretationen und einigen der in der *Allgemeinen Psychopathologie* diskutierten Inhalte auch die Gemeinsamkeiten zwischen Jaspers und Griesinger herausstellen und damit dieses angebliche "somatische Dogma", das Jaspers mit Griesinger verbindet, überwinden wollen.
Das Kapitel befasst sich daher mit Griesingers Konzept der Psychiatrie, das von der philosophischen Spekulation wegführt und einen ausgeprägteren wissenschaftlichen Charakter verleihen möchte. Genau für diese zentrale Rolle wird Griesinger dann von Jaspers in Betracht gezogen, der ihn dahingehend kritisiert, weil er glaubt, in seinen Theorien eine Art "somatisches Dogma" zu finden, d.h. die fast ausschließliche Zuschreibung von psychischen Störungen auf präzise organische und zerebrale Funktionsstörungen. Genau aus diesem Grund habe ich, nachdem ich die Person Wilhelm Griesingers kurz vorgestellt hatte, eine philologische und hermeneutische Analyse der seiner frühen Schriften durchgeführt, die zeigte, dass er eigentlich viel mehr war als der strenge Materialist, der in der Geschichtsschreibung oft beschrieben wird. In diesem Sinne zielt die philologische Untersuchung der Texte einerseits darauf ab, die physiopathologischen Grundlagen der Psychiatrie hervorzuheben, durch die sie zum ersten Mal authentischere wissenschaftliche Konnotationen annimmt. Andererseits wird Griesingers Beitrag im deutschen Umfeld kontextualisiert, d.h. wie seine Perspektive eine Antwort auf die exzessive spekulative Tendenz einer romantischen Matrix darsgegen die er die Anwendung einer empirischen und wissenschaftlichen Methode darstellt. Die zentrale Stellung, die er dem organischen Element beimisst, schließt jedoch ihm zufolge

eine Offenheit für ein breiteres Verständnis der menschlichen Seele nicht aus, und zu diesem Zweck erscheint es mir nützlich, den Inhalt einer seiner *Vorträge* in der psychiatrischen Klinik in Berlin genauer zu analysieren, aus dem diese Aufmerksamkeit für die sozusagen "menschliche" Dimension der kranken Seele hervorzugehen scheint. Bei der Interpretation einiger Schriften Griesingers, von denen ich einige bedeutendere Passagen betrachtet habe, habe ich dann einen Vergleich zwischen einigen ihrer Inhalte und einigen Argumenten Jaspers' vorgenommen, um zu unterstreichen, wie plausibel es erscheinen mag, über das hermeneutische Schema hinauszugehen, auf dessen Grundlage wir Griesinger vielleicht etwas zu voreilig mit dem angeblichen "somatischen Dogma" in Verbindung gebracht haben. Hier haben sich auch einige Analogien und Berührungspunkte zwischen Griesingers psychiatrischen Konzeptionen und denen von Jaspers ergeben.
Ziel dieses Kapitels ist es daher, Jaspers' psychiatrische Konzeptionen zu analysieren, indem sie mit seinen Quellen in Verbindung gebracht werden: Dies ist die Methode, die ich anwenden wollte, um über einige psychopathologische Inhalte von Jaspers' Arbeit nachzudenken und vor allem die wichtigen methodischen Neuerungen hervorzuheben. Der Vergleich mit Griesinger verdeutlicht einen sicherlich wichtigen Aspekt von Jaspers' Verhältnis zur psychiatrischen Tradition seiner Zeit.
Die Geschichtsschreibung hat Griesinger und Jaspers oft in allzu schematischer Weise in antinomische Positionen gegenübergestellt, wobei sie in ersterem den Exponenten einer substanziell materialistischen und reduktionistischen Perspektive und in letzterem den stolzen Gegner einer solchen Sichtweise sahen. In Wirklichkeit beruht diese Interpretation vielleicht entscheidend auf dem Zeugnis, das Jaspers selbst, sicherlich in der *Allgemeinen Psychopathologie*, aber auch in seiner *Philosophischen Autobiographie*, der Nachwelt hinterlassen hat. Aus einigen philologisch vergleichenden Analysen, die zu den Texten beider durchgeführt wurden, scheint jedoch ein teilweise anderes Bild hervorzugehen, das jedoch nur im Lichte einiger grundlegender Betrachtungen in der Geschichte der deutschen Psychiatrie besser verstanden werden kann. Aus dieser Perspektive kann man in der Tat sehen, wie Griesingers Haltung tatsächlich komplexer und in gewisser Weise, jenseits des festgestellten und immer wieder wiederholten Bezugs auf das organische Datum, in einem "humanistischen" Sinne offener ist. Wenn wir seine Person und sein Werk angemessen kontextualisieren, wird in der Tat deutlich, wie er, indem er sich selbst in den kulturellen Kontext der deutschen "romantischen Psychiatrie" stellte, das Bedürfnis verspürte, die Psychiatrie wieder in einen Zustand effektiver Wissenschaftlichkeit zu versetzen, was jedoch, wie einige seiner Texte, die ich hier untersucht habe, nicht bedeutet, dass er ein reiner Materialist war und sich dem menschlichen Aspekt psychiatrischer Krankheit und Therapie verschloss. Die so genannte "romantische Psychiatrie" hatte eine starke philosophische Grundlage, sicherlich auch durch die Verbreitung und den Einfluss des deutschen Idealismus sowie einiger für die Epoche typischer Kulturfiguren. In diesem Zusammenhang wurde die Geisteskrankheit als eine Figur des Unbegreiflichen interpretiert, von der er sich sicherlich angezogen fühlte, die aber keine Entwicklung eines wissenschaftlichen Ansatzes ermöglichte. Es zeigte sich, dass diese romantische Haltung zusammen mit der besonderen politisch-sozialen und wirtschaftlichen Situation in Deutschland bis zu einem gewissen Grad die Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie hemmte.
Kurz zuvor jedoch hatte das Denken der Aufklärung auf eine wissenschaftliche Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen gedrängt und eine in gewisser Weise "objektive" Untersuchung und auch eine erste nosologische Einordnung ermöglicht. Dies hatte zusammen mit den Folgen der Französischen Revolution und dem unterschiedlichen politisch-ökonomischen und sozialen Szenario, das diese Veränderungen zwischenzeitlich bestimmte, in Frankreich eine erste Öffnung hin zu einer wissenschaftlichen Betrachtung des psychischen Lebens begünstigt. Philippe Pinel (1745-1826) hatte begonnen die psychisch Kranken aus den Fesseln zu befreien. Pinels wissenschaftliche und sicherlich menschlichere Haltung sowie die von Jean Esquirol (1772-1840) geförderte klinische

Beobachtung und die zahlreichen Fortschritte der französischen Schule nahmen die Geburt der Psychiatrie in Frankreich als eine echte medizinische Wissenschaft vorweg.
Auch England war in gewisser Weise Vorreiter dieser Veränderungen, wenn wir beispielsweise an den Beitrag von William Battie (1703-1776) denken, der als einer der ersten die Heilbarkeit des Wahnsinns intuitiv erkannte, an William Tukes (1732-1822) Intervention in Internierungsanstalten sowie an die ersten neurologischen Studien über psychische Erkrankungen. Aber auch in diesem Fall müssen wir die unterschiedlichen wirtschaftlichen und politisch-sozialen Bedingungen in England berücksichtigen, die in Ermangelung eines besonders starken absolutistischen Systems eine schnellere Entwicklung des Bürgertums ermöglicht hatten. Im Lichte dieser neuen wirtschaftlichen Bedürfnisse und der zunehmenden Industrialisierung veränderte sich die Physiognomie der Internierungseinrichtungen nachhaltig.
Diese Aspekte sind funktional, da die sozialen und wirtschaftspolitischen Bedingungen eines jeden Landes eine Rolle spielen. Sie erklären aber auch, warum in Deutschland der Prozess der Entstehung einer wissenschaftlichen psychiatrischen Identität schwieriger verlaufen war. Vielleicht war der Grund eine Angst vor möglichen wissenschaftsfeindlichen "Abweichungen": ein übertriebener Schutz der erreichten mühsamen Eroberungen, der manchmal in der Annahme dogmatischer, ebenfalls wissenschaftsfeindlicher Haltungen endete. Das 19. Jahrhundert unterschied sich von den umliegenden Ländern, ebenso wie die politische und wirtschaftliche Situation in einem Land, in dem die territoriale Zersplitterung noch immer in Kraft war und in dem verheerende Konflikte auch in sozialer Hinsicht ziemlich viel Schaden angerichtet hatten, wodurch es für ein starkes Bürgertum, das unter anderem in der Lage war, psychische Störungen zu akzeptieren, schwieriger wurde, sich von der Segregation zu befreien, durch die sie lange Zeit bestimmt war. Im 18. Jahrhundert befand sich Deutschland noch in einer Übergangsphase, wie die Spekulationen und die Beziehungen zwischen Georg Ernst Stahl (1659-1734) und Friedrich Hoffmann (1660-1742) zeigen, aus der ein medizinischer Ansatz hervorgeht, der noch immer im Wesentlichen iatrochemisch und mechanisch ist, obwohl jetzt die Notwendigkeit einer psychiatrischen Theorie heranreift, die organische Prozesse in einer breiteren und umfassenderen Perspektive zu betrachten. Damals sprach man in Deutschland nicht von Psychiatrie, sondern von "medizinischer Psychologie", und selbst das ist nicht unwichtig, da es sozusagen ein psychiatrisches Bewusstsein widerspiegelt, das noch weitgehend als rückständig und unreif galt. Reil selbst prägt zwar den Begriff "Psychiatrie", bleibt aber in der Tat mit der Idee der "Seelenpflege" verbunden, und zwar in einer Perspektive, die zeigt, dass die Psychiatrie trotz der ersten Versuche, ein zufriedenstellendes Gleichgewicht zwischen Theorie und Praxis wiederherzustellen vermag. Die psychiatrischen Untersuchungen verleihen einen gewissen Grad an Wissenschaftlichkeit, der im Wesentlichen immer noch als das Vorrecht der Philosophie galt. Dieser Prozess wird dann, wie wir gesehen haben, durch romantische Einflüsse etwas behindert. Die romantische Psychiatrie ist in der Tat von einem stark philosophischen und insbesondere idealistischen Ansatz geprägt, der in der Tat in der Idee der Unverletzlichkeit der Seele verankert ist. Dies bringt unweigerlich eine Spaltung zwischen Körper und Seele mit sich, wenn man bedenkt, dass letztere, wie aus der Debatte zwischen *Psychikern* und *Somatikern* gut hervorgeht, in ihrem intimsten und tiefsten Teil nicht krank werden kann. Die psychische Störung wird von den ersteren auf präzise moralische und theologische Abweichungen und von den letzteren auf eine organische Veränderung zurückgeführt, die sich jedoch sehr von derjenigen unterscheidet, die mit der Idee der "Lokalisation" verbunden ist, die erst in späteren Jahren diskutiert werden soll. Griesinger bewegt sich gerade von der Kritik zu den Vorstellungen sowohl der *Psychiker* als auch der *Somatiker*, denen er vorwirft, sie hätten eine philosophische Interpretation bevorzugt, die den Diskurs über psychische Störungen letztlich in eine alles andere als wissenschaftliche Dimension gestellt habe. Griesingers Überlegungen müssen dann im Kontext dieses Versuchs, die Wissenschaftlichkeit für die Psychiatrie zurückzugewinnen, verstanden werden, indem

man sie von einer so abstrakten philosophischen Interpretation wie der seiner Zeit vorwegnimmt. Einerseits bedeutet dies jedoch nicht, dass er die binomiale Psychiatrie-Philosophie klar trennt, sondern nur, dass er sie neu interpretiert, indem er, wie seiner Argumentationsweise folgend, an bestimmten dialektischen Kategorien festhält, die für die idealistische Philosophie typisch sind. Andererseits fordert er aber eine rigorose wissenschaftliche Erklärung für psychische Erkrankungen ein. Auf diese Weise müssen die unzweifelhafte "Strenge" und der starke "Empirismus", die seine Theorie auszeichnen, in einer anderen Perspektive gesehen werden. Sie sind in der Tat eine Art "antiromantische" Reaktion und ein erster Versuch, innerhalb der deutschen Tradition eine effektive Wissenschaftlichkeit in der Psychiatrie zu erreichen.

Die Rekonstruktion von Griesingers wissenschaftlichem Profil ist jedoch schwierig, sowohl wegen seiner unzweifelhaften Komplexität als auch wegen einiger Ereignisse im Zusammenhang mit seiner Rezeption. Eine eigene psychiatrische Reflexion, bei der die Zentralität, die das körperliche Element einnimmt, ein eindimensionales Begriffsschema suggerieren kann, ist weit entfernt von einer psychologischen und humanistischen Haltung, die mit einem umfassenderen Verständnis verbunden ist. Das System von Merkmalen mit zweifelloser Komplexität, also das von Griesinger, bei dem jedoch die verschiedenen Instanzen, wenn sie richtig kontextualisiert werden, nimmt eine recht unterschiedliche Bedeutung an. Neben dem Bild des strengen Materialisten, Anhängers, um von Jaspers zu sprechen, jenes "somatischen Dogmas", für das "Geisteskrankheiten Hirnkrankheiten" sind, wollte ich mich hier, ausgehend von einigen seiner Texte, dem des "Wissenschaftlers" Griesinger nähern. Er widersetzt sich den eitlen und sterilen Spekulationen der Zeit und versucht stark von der kranken Seele fasziniert, deren Dynamik empirisch und rigoros "zu erklären", ohne jedoch auf ein tieferes "Verständnis" und eine menschlichere Betrachtung der Kranken zu verzichten.

Aufgrund dieser Reihenfolge von Gründen zog ich es vor, anstatt mich analytisch mit Griesingers berühmtester Abhandlung über die Psychiatrie zu befassen, mich einigen seiner Schriften und Reden sozusagen vorbereitend und begleitend zu nähern. Hier ging es mir neben den streng fachlichen Aspekten auch die weitergehenden Absichten des Autors nachzuzeichnen, seine authentische Vorstellung von der psychischen Störung und die Ziele, die die Wissenschaft verfolgen muss, um diejenigen zu heilen und zu unterstützen, die schließlich nur als die Unglücklichsten angesehen werden. Vergleicht man diese Texte mit den Aussagen Jaspers', so zeigt sich eine partielle Fehlinterpretation des jungen Psychopathologen, der sich bei der Beschreibung Griesingers in der Tat auf eine recht skizzenhafte Bewertung beschränkt hat. Sicherlich aufgrund der negativen und etwas irreführenden Rezeption war Jaspers der Vorstellung verfallen, dass sich Griesingers Denken allzu oft ausschließlich auf ein "somatisches Dogma" bezog, und zwar aufgrund eines Ausdrucks, der ihm selbst zugeschrieben wird, der aber in Wirklichkeit in seinen Schriften nie in diesen Begriffen aufzutauchen scheint: Die Formel "Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten", die jedoch meines Erachtens die Tiefe und Komplexität seines Denkens nicht vollständig auszudrücken vermag.

Zwar betrachtet Griesinger die Psychiatrie aus pathophysiologischer Perspektive, d.h. er wendet die Reflextheorie des Nervensystems auf psychische Störungen an, und es ist daher unbestreitbar, dass seine Überlegungen sozusagen eine stark organischen Richtung annehmen, was aber nicht bedeutet, dass sie vollständig auf eine materialistische und reduktionistische Perspektive zurückgeführt werden sollten: Der *Vortrag*, den er 1867 in Berlin hielt, ist in dieser Hinsicht sicherlich bedeutsam, in dem er erklärt, dass das, was ihn dazu trieb, sich der Psychiatrie zu nähern, die Möglichkeit des Zugangs zu einem breiteren Verständnis der kranken Seele war, ein Interesse, zu dem er selbst seine Zuhörer einlädt, niemals auf die Exklusivität einer exakten und rigorosen Wissenschaft zu verzichten. In diesem Aufsatz taucht auch der Hinweis auf eine psychologische Betrachtung der Krankheit und die Notwendigkeit auf, sich nicht nur darauf zu beschränken, die Dynamik der Hirnmechanismen zu rekonstruieren, die nicht immer erschöpfend ist, sondern auch ein

umfassenderes und komplexeres Verständnis des kranken Individuums zu gewinnen. Es ist notwendig, sich der inneren Welt des Patienten, seiner Psychologie, zu nähern und zu versuchen, seine Seele, insbesondere "die kranke Seele", zu verstehen. Aus dieser Perspektive ist der *Vortrag* sowohl aus streng akademischer Sicht sehr bedeutsam, weil er dem zu entsprechen scheint, was Jaspers als "Universitätspsychiatrie" bezeichnete. Zudem wird aus diesen Überlegungen ein erster Vergleich mit einigen jasperschen Überlegungen möglich. Tatsächlich gibt es nicht nur einige wichtige Erklärungen für die Primordialen-Delirien, was auch das zentrale Thema von Jaspers' psychopathologischer Untersuchung ist, sondern auch einige Elemente, die zeigen, dass Griesingers Position viel kritischer und weniger einseitig ist, als oft angenommen wurde. In einigen Überlegungen Griesingers, wenn auch mit den entsprechenden Unterschieden zu Jasper, tauchen Aspekte auf, die mehr als reduktionistisch aufgefasst sind und sich an weiter gefasste Prinzipien orientieren, die von Jaspers in einem gewissen Grad geteilt werden. Dies betrifft z. B. die psychologische Betrachtung der Krankheit, die immer wieder in Frage gestellt wird, sowie die weit verbreitete Verwendung des Begriffs "Verstehen", typischerweise mit dem Zusatz "humanistisch". Im Umgang mit psychischen Erkrankungen, ohne jedoch den ausdrücklichen Bezug auf die menschliche Dimension zu erwähnen, wird diese für die Behandlung des Patienten als nicht weniger relevant angesehen als die strengere wissenschaftliche. Für diese Reihenfolge der Überlegungen kann es daher nur etwas reduzierend und irreführend erscheinen, Griesingers Ansatz ausschließlich auf der materialistischen Ebene zu diskutieren. Es ist wahrscheinlich, dass Jaspers' Kritik an dem angeblichen "somatischen Dogma" und den gewagten Verbindungen, die laut Griesinger zwischen Psychopathologie und Neurologie bestehen, weder die hermeneutischen Revisionen, die Jaspers lange Zeit sogar mit der Hirnmythologie verband, noch diese wichtigen Überlegungen, die in wahrscheinlich weniger bekannten Texten zum Ausdruck kamen, gebührend berücksichtigte.

Schon dank einer ersten Neubewertung durch Ludwig Binswanger (1881-1966) war die Person Griesinger von der organischen Strömung der zerebralen Pathologie getrennt worden, und dies erscheint plausibel, weil die Interpretation von psychischen Störungen bei Griesinger sozusagen "zerebral" auf pathophysiologischer Ebene vorgenommen wird, d. h. ohne Verabsolutierungsanspruch im anatomischen Sinne. Psychische Erkrankungen werden als Störungen des Denkens und des Willens verstanden, indem sie als Symptome tieferer Hirnstörungen interpretiert werden. Dennoch scheinen Griesingers Theorie als auch seine allgemeine Haltung nicht mit den dogmatischen Formulierungen einer rein organischen Psychiatrie übereinzustimmen. Tatsächlich ist die physiologische Interpretation der psychischen Prozesse, auf die er seine Theorie aufbaut, gerade durch die Unsicherheit der damaligen zerebralen Anatomie bestimmt, die seinerzeit eine reine anatomische Grundlage der Psychiatrie nicht zulässt, d. h. eine Erklärung des mentalen Elements, das nur auf die zerebrale Pathologie zurückzuführen ist. Dies ist Griesinger in dieser Hinsicht klar und so behauptet er die Besonderheit psychischer Prozesse und stärkt die Unabhängigkeit, die Geisteskrankheiten in Bezug auf die Gehirnpathologie bewahren müssen. Es gibt ihm zufolge keine reine anatomische Erklärung für jede psychische Störung, weshalb er auf der symptomatologischen Bewertung der Störung besteht, nach der die Krankheit das Symptom einer Hirnstörung ist, d.h. der Ausdruck einer Hirnerkrankung, die sich nach einer neurophysiologischen Veränderung entwickelt. Es ist genau diese neurophysiologische Perspektive, die den Sinn einer zerebralen Lokalisation erklären möchte, die, wie wir gesehen haben, eine ganz andere Nuance annimmt als die somatische Forschung, die später von den Anhängern der "Hirnmythologie" entwickelt wurde.

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen wollte ich eine hermeneutische Perspektive skizzieren, die über dieses von Jaspers hervorgehobene angebliche "somatische Dogma" hinausgeht und vielmehr einige Analogien aufgreift, die sich zwischen ihm und Griesinger abzuzeichnen scheinen. Es handelt sich sicherlich um eine weniger übliche Interpretation,

da die beiden zumeist bezüglich sehr unterschiedlicher, wenn nicht sogar antinomischer Positionen betrachtet wurden. Aber über einige Aspekte hinaus, die mit einer streng medizinischen und fachlichen Reflexion verbunden sind, ergeben sich zwischen ihnen mehrere Berührungspunkte, die z. B. die Methode der Annäherung an die psychische Dimension, die Vorstellung von Krankheit in ihrem konstitutiven Zusammenhang mit Gesundheit, die sozusagen "menschliche" Berücksichtigung des Kranken usw. betreffen. Zunächst ist die offene und antidogmatische wissenschaftliche Haltung sowohl von Griesinger als auch von Jaspers hervorzuheben, die nicht auf der Grundlage ihrer eigenen Überzeugungen und abgeschlossenen Systeme aufbaute, sondern immer wieder überprüfte und immer weiter modifizierbare Überlegungen anstellte, in denen sie die Bedeutung des Schutzes und der Achtung der grundlegenden Verbindung zwischen Theorie und Praxis sowie die Vermeidung jeder starren und dogmatischen Tendenz bekräftigte. Ausgehend von einigen Überlegungen, die Griesinger im *Vortrag* formuliert hat und in denen sich der mehrdimensionale Charakter seiner Psychiatrie herauskristallisiert, der sich in vielerlei Hinsicht auch im Werk Jaspers' wiederfindet, lassen sich also weitere Analogien erkennen. Im Falle Griesingers ist die starke physiologische Bedeutung der Gesamtargumentation zwar unzweifelhaft, aber ebenso deutlich wird, dass dies auch auf anderen Ebenen der Fall ist, indem beispielsweise die ätiologische Erforschung der Krankheitsentstehung in einem biologischen und psychologischen Sinne weiterentwickelt wird. Die Ursachen psychischer Erkrankungen können in der Tat vielfältig sein, und in der Anerkennung ihrer möglichen Vielfalt können wir sicherlich bereits eine gewisse Aufgeschlossenheit Griesingers erkennen, der nicht nur die organische und zerebrale Funktionsweise, sondern auch den Einfluss äußerer Faktoren und innerer Veranlagungen berücksichtigt und dabei somatischen wie psychologischen Methoden spezifische Gültigkeit zuschreibt. Eine weitere Analogie lässt sich gerade in der Bedeutung des psychologischen Ansatzes zeigen, aus der sich die Überlegung ergibt, die psychologische Wissenschaft als wichtig zu betrachten, d. h. den Charakter der Wissenschaftlichkeit zu stärken. Bei Griesinger verweist Jaspers auf die "empirische Psychologie" von Johann Friedrich Herbart (1776-1841), aber auch bei ihm darf die Psychologie weder eitlen und abstrakten Spekulationen noch den bereits erwähnten "philosophischen Vorurteilen" ausgeliefert sein, denen er selbst entfliehen möchte. Für Griesinger – wie für Jaspers – muss sie vielmehr als Hilfsmittel bei der psychiatrischen Untersuchung dienen, sowohl in Bezug auf die Diagnose und Behandlung der psychischen Störung als auch ganz allgemein als Instrument zum Verständnis des Subjekts und des Umfelds, mit dem er interagiert. Darüber hinaus darf man, wie Griesinger direkt spezifiziert, im Namen der Wissenschaft niemals auf das Verständnis der Seele verzichten. Diese Aussagen sprechen, wie viele andere auch, von einem Arzt, der die menschliche und psychologische Dimension beachtet, sowie von den erbarmungslosen empirischen Zeugnissen und den raffinierten Tüfteleien einer strengen Wissenschaft. Schließlich darf Krankheit sowohl für Griesinger als auch für Jaspers nicht als eine autonome ontologische Realität verstanden werden, sondern als eine Bedingung, die in einer gewissen Kontinuität mit dem Gesundheitszustand steht. Tatsächlich ist es nicht möglich, einen klaren Bruch zwischen Gesundheit und Krankheit zu ziehen, wie die ununterbrochenen Wechselwirkungen zwischen Normalzuständen und pathologischen Prozessen zeigen, die deshalb in Kontinuität und immer im Zusammenhang mit der Komplexität des Individuums gesehen werden müssen. Die Analyse des Delirs in seinen verschiedenen Formen stellt ein konkretes Beispiel für diesen wissenschaftlichen Ansatz dar, der sowohl für Jaspers wie auch für Griesinger für die Art und Weise steht, wie sie mit einigen spezifischen Aspekten des Themas umgehen, als auch für die methodologische Haltung der Offenheit. Schließlich ist das Delirium auch ein konkretes Beispiel für die weit verbreitete Unverständlichkeit, welche die psychische Störung umgibt und die daher die Unmöglichkeit zu bestätigen scheint, starre und einseitige Definitionen der Begriffe Gesundheit und Krankheit vorzunehmen. Man kann sicherlich argumentieren, dass sowohl Griesinger als auch Jaspers sich in der tiefen Unverständlichkeit der psychischen

Erkrankung, wenn auch mit unvermeidlichen Unterschieden verbunden waren, sie jedoch auf wissenschaftliche Weise einen Rückfall in sterilen Dogmatismus vermeiden wollten. Beide haben die psychiatrische Forschung in eine Richtung gelenkt, in der neben der notwendigen wissenschaftlichen Strenge auch die tiefste und authentischste menschliche Dimension gewahrt werden konnte. Obwohl sie unterschiedliche Instrumente benutzten, wollte keiner von ihnen auf den Versuch eines authentischen Verständnisses der kranken Seele verzichten, dem Ausdruck einer dynamischen Innerlichkeit, die weit über jede umschriebene organische Läsion hinausgeht. Schließlich bewegen sich beide Überlegungen in einem Horizont, der durch die Schnittmenge von Psychiatrie und Philosophie gekennzeichnet ist, wobei letztere für Griesinger sicherlich eine eher marginale Rolle einnimmt, während Jaspers sie viel besser integriert und in die Dynamik des psychiatrischen Verständnisses einbindet.
Bezogen auf diesen "Dialog" mit seinen Quellen scheint Jaspers Griesinger näher zu stehen als Kraepelin, trotz der ausdrücklichsten und immer wiederkehrenden Zeugnisse der Wertschätzung für letzteren. Er spricht beide nicht nur in der *Allgemeinen Psychopathologie* an, sondern auch in der *Philosophische Autobiographie,* und das ist nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass sie zweifellos eine zentrale Rolle bei der Entwicklung seines psychopathologischen Denkens gespielt haben. Vielleicht ist die größere Offenheit, mit der er sich Kraepelin zuwendet, auch auf den Geist der Zugehörigkeit zur psychiatrischen Klinik in Heidelberg zurückzuführen, für die Kraepelin ein illustrer Vertreter war. Das 5. Kapitel dieser Arbeit ist dem Dialog mit Kraepelin gewidmet, unter Bezugnahme auf Jaspers' psychopathologische Ausbildung in der Heidelberger Klinik.

Das fünfte Kapitel, ***Der Junge Jaspers und die Heidelberger Klinik: die konzeptuelle Genese der Allgemeinen Psychopathologie von '13,*** ist wie folgt aufgebaut: **5.1** ***Karl Jaspers Psychopathologe. Die Tradition der Heidelberger Klinik,*** in der wir uns auf die Ausbildung von Jaspers an der Heidelberger Klinik unter besonderer Berücksichtigung der Rolle, die Kraepelin hier gespielt hat, konzentrieren; **5.2** ***Jenseits der klinisch-deskriptiven Methode und der Nosologie von Kraepelin:*** **Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz** ***und die*** **Allgemeine Psychopathologie***,* in der wir die Konzeption von Jaspers und Kraepelin in Bezug auf die Nosologie und die psychiatrische Methode anhand einer ersten Schrift von Jaspers vergleichen wollen, der *Allgemeinen Psychopathologie* und Kraepelins Abhandlung über die Psychiatrie; **5.3 Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox (Schizophrenie*): die Wurzeln des Methodenpluralismus der*** **Allgemeinen Psychopathologie***,* in der eine der ersten psychopathologischen Schriften Jaspers analysiert wird, die inhaltliche, vor allem methodische Vorwegnahmen macht, die sich dann in der *Allgemeinen Psychopathologie* wiederfinden.
In diesem Kapitel bin ich deshalb auf die Tätigkeit Jaspers' als junger Psychiater eingegangen, wobei ich mich insbesondere auf seine Ausbildung an der psychiatrischen Klinik in Heidelberg und seine frühen psychopathologischen Schriften bezogen habe. In diesem Teil der Doktorarbeit habe ich stärker die Korrespondenz und autobiographische Schriften analysiert, um die Persönlichkeit Jaspers als Psychopathologe durch seine Notizen, den Dialog mit Kollegen und die Zeugnisse anderer Psychiater seiner Zeit beschreiben zu können. Besondere Aufmerksamkeit schenkte ich in diesem Zusammenhang Emil Kraepelin, der zur Zeit Jaspers die psychiatrische Klinik in Heidelberg leitete und sie mit seinen eigenen psychiatrischen Theorien und Überlegungen nachhaltig prägte. Aus diesem Grund habe ich dann einen kurzen Vergleich zwischen Kraepelin und Jaspers vorgenommen, wobei ich einige methodologische und nosologische Erwägungen näher ausgeführt habe. Dies geschah insbesondere durch die Analyse einer ersten psychopathologischen Schrift von Jaspers, nämlich *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz* von 1910, und der *Allgemeinen*

Psychopathologie. Eine Interpretation und eine Analyse von Jaspers' frühen psychopathologischen Schriften schien mir für den Diskurs, den ich zu argumentieren versuchte, funktional zu sein. Sie zeugen nicht nur von Jaspers' ständigem Bezug auf die Quellen der Zeit, sondern nehmen auch irgendwie seinen Methodenpluralismus vorweg, der in der *Allgemeinen Psychopathologie* von 1913 und, mehr noch, in späteren Ausgaben weiterentwickelt wurde. In diesem Zusammenhang fand ich auch den Vergleich zwischen der 1913 erschienenen psychopathologischen Schrift *Kausale und* "*verständliche*" *Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie*) und der *Allgemeinen Psychopathologie* sinnvoll, und zwar, um einige inhaltliche Ähnlichkeiten wie die begriffliche Entstehung des letzteren Werkes aufzuzeigen.

Die Rekonstruktion von Jaspers' Erfahrungen in der Heidelberger Klinik basierte hier weitgehend auf seinen direkten Zeugnissen, da er in seinen autobiographischen Schriften nicht nur die streng wissenschaftlichen, sondern auch die eher menschlichen und persönlichen Aspekte seines freiwilligen Praktikums beschreibt, die oft mit den wechselnden Empfindungen verbunden sind: Vom anfänglichen Erstaunen über die immer wieder erneuerte Neugierde bis hin zur Unzufriedenheit mit einem methodischen Ansatz, der ihm unzureichend erschien, um die Eigenart des psychischen Lebens zu erfassen. Schon früher, in der *Psychopathologie* von 1913, zeigt sich sein Interesse an der Beziehung zwischen Psychiatrie und Philosophie in bestimmten Charakter- und Persönlichkeitsmerkmalen des jungen Jaspers, die ihn zunächst von seinen Kollegen in der Klinik distanzieren, bei denen er sowohl die spezialisierten wissenschaftlichen Fähigkeiten als auch die substantielle Unfähigkeit zur Ausübung des kritischen Denkens bemerkt. In diesem Sinne erscheint Jaspers im Vergleich zu seinen Kollegen als eine Persönlichkeit, die stark von einer angeborenen philosophischen Berufung geprägt ist, die sich auch in der ständigen Übung kritischen Denkens manifestiert. Und andererseits findet sich dies auf spielerische Weise auch in der oft ironischen Betrachtung, die Kollegen über Jaspers' exzessives "Philosophieren" anstellen. Die Rekonstruktion seiner Tätigkeit in der Klinik, so kurz und schematisch sie auch sein mag, hat es ermöglicht, die wichtigsten Etappen seiner psychopathologischen Ausbildung nachzuvollziehen, aber auch einige eigentümliche Aspekte seines Charakters aufzuzeigen, die immer auf den weiten Horizont der Humanwissenschaften basierten. Er zeigte sofort einen gewissen Stolz und eine große Dankbarkeit für die ihm von Willmanns gebotene Möglichkeit, ein Praktikum an diesem prestigeträchtigen Ort zu absolvieren, aber gleichzeitig verbarg er nicht das Gefühl der Unzulänglichkeit angesichts der Untersuchungsmethoden, die damals selbst an diesem Ort für das Studium des mentalen Elements angewandt wurden. Er fühlte sich stets sowohl von der medizinischen Wissenschaft im engeren Sinne als auch von einer viel umfassenderen Betrachtung der menschlichen Dynamik angezogen, und aus diesem Grund war er sicherlich eine für diese Umgebungen ungewöhnliche Persönlichkeit. Der Kontext der Klinik, zusammen mit dem ständigen Bezug auf Kraepelins psychiatrische Konzeption, begünstigt die Entstehung der ersten jaspischen Schriften zu psychopathologischen Themen. Insbesondere aus der Analyse der *Methoden der Intelligenzprüfung und des Begriffs der Demenz* entstammt eine erste Formulierung des Methodenpluralismus, der später in der *Allgemeinen Psychopathologie* breiter diskutiert und verwendet wird. In diesem Aufsatz stellt Jaspers in der Tat bereits die Notwendigkeit heraus, eine "zweite Gruppe von Methoden" zu verwenden, die das "Verstehen" der psychischen Realität durch die "Identifikation" in der gelebten Erfahrung des Patienten ermöglichen. Hieraus folgte die Unterscheidung der *Allgemeinen Psychopathologie* in eine "objektive Psychologie" und in eine "subjektive Psychologie", die diesem Bedürfnis nach methodischer Erweiterung entsprechen. Der junge Psychopathologe ist davon überzeugt, dass man zwar anfangs leichter von den Methoden der Naturwissenschaften angezogen werden kann, später aber oft eine gewisse Enttäuschung eintritt: Es ist dieselbe, die er wahrscheinlich angesichts der oft unbefriedigenden Methoden in der Klinik aus erster Hand erfahren hat.

Die Methoden der empirischen Wissenschaften mögen in der Tat erschöpfender und rigoroser erscheinen, und vor allem wird man zunächst von ihrer scheinbaren Leichtigkeit angezogen, mit der sie es erlauben, schnelle und vor allem "objektive" Ergebnisse zu erzielen, im Vergleich zu den viel unsichereren Mitteln der Humanwissenschaften. Solche "objektiven" Methoden laufen jedoch Gefahr, die Besonderheit des Übersinnlichen nicht erfassen zu können, sich auf eine quantitative Interpretation zu beschränken und stattdessen die grundlegende qualitative Dimension völlig auszublenden. Um dieser Perspektive zu zum Erfolg zu verhelfen, zeigt Jaspers, wie es selbst innerhalb der Methodologien, die zur Vorbereitung der Intelligenztests verwendet werden, nützlich ist, auch wenn der Bezug auf mechanische Prozesse vorherrscht, andere Mittel einzusetzen, die es erlauben, noch komplexere und sozusagen weniger leicht "objektivierbare" Aspekte wie Persönlichkeit und Wille zu "verstehen". Diese methodologischen Überlegungen sollten in gewisser Weise eine andere Antwort auf die Psychiatrie seiner Zeit darstellen, die im Wesentlichen von Kraepelins methodologischer und nosologischer Konzeption dominiert wurde. Es handelt sich im Wesentlichen um einen klinisch-deskriptiven Ansatz, der auf der den Naturwissenschaften eigenen kausalen Erklärung basierte und bei dem die direkte Beobachtung des Patienten und die Analyse des Krankheitsverlaufs von großer Bedeutung waren. Zu diesen Elementen kam auch die bedeutende Rolle hinzu, die der Auswertung der Biographien der Patienten zukam, was dazu beitrug, die Ätiologie der Krankheit zu rekonstruieren und es insbesondere ermöglichte sie es, die Fälle, in denen die Krankheit irgendwie mit einem früheren Gesundheitszustand zusammenhing, von den Fällen zu unterscheiden, in denen sie plötzlich und scheinbar unverständlich aufgetreten war. Aus nosologischer Sicht befasste er sich mit dieser Polarisierung der Störungen und unterschied zwischen solchen, die auf *Dementia praecox* zurückzuführen sind, und solchen manisch-depressiven Ursprungs. In dieser psychopathologischen Schrift leitete Jaspers den Dialog mit Kraepelin ein, der sich vor allem in Bezug auf die methodologische und nosologische Konzeption entwickelte, wobei er sich schnell davon distanzierte.

Das Thema dieses Aufsatzes von 1910 bezieht sich in besonderer Weise auf die Definition des Begriffs der Demenz, die Jaspers insbesondere in dieser Phase als eine Störung der Intelligenz interpretiert. Er unterscheidet sich davon, was Kraepelin behauptet hatte, der sie stattdessen mit einem Zustand des allgemeinen Verfalls des Individuums in Verbindung gebracht hatte. Die Reflexion über Demenz ist eine Gelegenheit, auch eine Kritik an der Klassifizierung psychischer Störungen nach "morbiden Einheiten" zu üben. Seit diesem ersten Aufsatz begreift Jaspers in der Tat die Schwierigkeit, psychische Störungen klar zu klassifizieren, deren unzählige Nuancen eher eine Klassifizierung nach "Typen" als nach gut isolierten und definierten Krankheitsbildern erlauben. Hier zeigt sich nicht nur seine Unzufriedenheit mit der klinisch-deskriptiven Methode, die unfähig ist, die Fülle des psychischen Lebens zu erfassen. sondern auch mit Kraepelins nosologischer Klassifikation, von der er vor allem in der *Allgemeinen Psychopathologie* gerade die Gliederung in "Krankheitseinheit" nicht teilt, die angesichts der vielen möglichen Zusammenhänge des psychischen Lebens und damit der verschiedenen Störungen allenfalls eine gültige Orientierung, nicht aber ein strenges nosologisches Kriterium darstellen kann: In diesem Sinne bevorzugt Jaspers, in Übereinstimmung mit dem, was er bereits in seinem Aufsatz von 1910 vorweggenommen hatte, eine nosologische Unterscheidung auf der Grundlage der "Symptomenkomplexe des psychischen Lebens", die "allgemeine Typen innerhalb der Krankheitseinheit" bilden.

Die psychopathologische Schrift von 1910 nimmt also einen Teil des begrifflichen Kerns der *Allgemeinen Psychopathologie* vorweg und stellt eine Art "Dialog" mit Kraepelin her, gegenüber dem sich eine nicht gleichgültige methodologische und nosologische Distanz herauskristallisiert. Jaspers schlägt hierbei freundlicheren Töne an, da er in Wirklichkeit Kraepelin wahrscheinlich für viel bedeutsamer hält als Griesinger.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es daher, einige der ersten psychopathologischen Schriften herauszustellen, die die bedeutendste konzeptuelle Wurzel der *Allgemeinen*

Psychopathologie von 1913 darstellen. Dies geht bereits aus der Schrift von 1910 hervor, aber noch deutlicher wird es im Beitrag von 1913 mit dem Titel *Kausale und* "*verständliche*" *Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie)*, wo der in der *Allgemeinen Psychopathologie* weit entwickelte methodische Pluralismus deutlicher Gestalt annimmt. Hier wird unter anderem auf dem Unterschied zwischen *Erklären* und *Verstehen* bestanden und das Konzept des "genetischen Verstehens" vertieft, das es erlaubt, die "verständlichen Zusammenhänge" des psychischen Lebens zu erfassen. Ich wollte den ersten Teil dieses Aufsatzes, der im Wesentlichen der methodologischen Darstellung gewidmet ist, mit dem Kapitel der *Allgemeinen Psychopathologie* vergleichen, in dem es um "verständlichen Zusammenhänge" geht. Es zeigte sich zunächst einmal eine offensichtliche inhaltliche Analogie, die von einer relevanten lexikalischen Verwandtschaft getragen wurde, so dass Jaspers selbst in der *Allgemeinen Psychopathologie* zur weiteren Klärung auf diese andere psychopathologische Schrift von 1913 verweist.

Es überrascht daher nicht, welche zentrale Rolle für Jaspers die "Zusammenhänge" des psychischen Lebens annehmen: Dies scheint in der Tat weitgehend mit den allgemeinen Überzeugungen des jungen Psychopathologen übereinzustimmen, der, wie wir gesehen haben, von Anfang an eine gewisse Skepsis gegenüber einer klaren Einteilung der psychischen Phänomene in "Krankheitseinheiten" gezeigt hatte. Er hielt diese Phänomene für zu komplex und eng miteinander verbunden, als dass sie analysiert und klassifiziert werden könnten, ohne ihre grundlegenden Wechselwirkungen angemessen zu berücksichtigen. Im Gegenteil, solche "Zusammenhänge" ermöglichen es, die übermäßige Statik und Abgeschlossenheit zu überwinden, die sich aus einer strengen und rigiden Klassifizierung ergeben, und ermöglichen es, die unendlichen Nuancen des nun endlich "verstandenen" psychischen Lebens so weit wie möglich in seiner authentischen Fülle zu erfassen. Die "verständlichen Zusammenhänge" ermöglichen es nämlich, zu erfassen, wie das "Psychische vom Psychischen herrührt". Hier wird zum ersten Mal eine deutlichere Unterscheidung zwischen den Zielen getroffen, die mit der Kausalmethode des *Erklärens* verfolgt werden können, und dem, was stattdessen durch *Verstehen* erreichbar erscheint. Diese Unterscheidung bezieht gewissermaßen auf die jeweiligen Untersuchungsfelder und betont vor allem entgegen jedem absolutistischen Anspruch ausdrücklich die Existenz eines unbewussten Teils des Menschen, der dazu bestimmt ist, "unverständlich" zu bleiben. Somit setzt diese psychopathologische Schrift dem Verständnis im Gegensatz zur kausalen Erklärung, die sich theoretisch bis ins Unendliche fortsetzen ließe, gewisse Grenzen, da es mit der konstitutiven Unverständlichkeit der menschlichen Natur konfrontiert ist, von der einige Aspekte offenbar auf Dauer rätselhaft bleiben.

Auffallend ist daher die offensichtliche Analogie zwischen einigen Inhalten von *Kausalen und* "*verständliche*" *Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox* (*Schizophrenie)* und mehreren relevanten theoretischen Artikulationen der *Allgemeinen Psychopathologie.*: Hierbei handelt es sich tatsächlich um zeitgenössische Schriften, die Jaspers wahrscheinlich im gleichen Zeitraum verfasst hat. Diese Hypothese wird im Übrigen durch die vergleichende Analyse der beiden Texte bestätigt, aus der unter anderem abgeleitet wird, dass die Entstehung von Jaspers' Methodenpluralismus, der in der *Allgemeinen Psychopathologie* so weit verbreitet ist und verwendet wird, auch in dieser anderen Schrift von 1913 im Großen und Ganzen zu finden ist. Sie wird wahrscheinlich zum ersten Mal in erschöpfender Weise dargestellt und als Methode des "Verstehens" erklärt.

Es handelt sich wahrscheinlich um die erste Übertragung der damals als *Methodenstreit* bezeichneten Debatte über Gegenstand und Methode der Geisteswissenschaften im psychopathologischen Bereich. Wir finden einige Aspekte, auch in Jaspers' Analyse, in angemessener Weise wieder aufgegriffen und angepasst.

Der vorhergehende Hinweis auf den Methodenpluralismus hat es in der Tat erforderlich gemacht, im Laufe der vorliegenden Arbeit die Unterschiede zwischen der ersten Auflage

der *Psychopathologie* und der vierten Auflage hervorzuheben. Jaspers erklärt seine philosophischen Quellen besser, und beschreibt wie er die Idee des "Verstehens" aufgegriffen hatte, um sie dann auf das spezifische Gebiet der psychopathologischen Methode zu übertragen. Die Auflage von 1946 erlaubt es, auch im Lichte einiger bedeutender Korrespondenzen zwischen Jaspers und seinen wichtigen Gesprächspartnern, die weitere Reifung seiner philosophischen Reflexion auch im Lichte des *Methodenstreits* vertieft zu erfassen. Von hier aus greift er neben den soeben erwähnten wichtigen methoden Überlegungen auch die Idee des "ganzen Menschen" als einer irreduziblen Figur auf, die in den Mittelpunkt der Reflexion über das psychische Unbehagen gestellt wird.
In diesem Sinne erschien es mir wichtig, auf einigen wichtigen Änderungen zu bestehen, die Jaspers ab der vierten Auflage an der *Allgemeinen Psychopathologie* vorgenommen hat und die mit der in diesem Werk vertretenen hermeneutischen Perspektive in Einklang zu stehen scheinen und den philosophischen Aspekt des Werkes besonders hervorheben.

Das sechste Kapitel der Dissertation, ***Verstehen und die Idee des "ganzen Menschen": der erneuerte psychopathologische Ansatz***, ist den in der vierten Auflage eingeführten Neuerungen gewidmet, unter besonderer Berücksichtigung der Rekonstruktion des philosophischen Kontextes, der die Entstehung des Begriffs des Verstehens ermöglichte. In diesem Sinne ist das Kapitel wie folgt gegliedert: **6.1 *Die Debatte über Gegenstand und Methode der Geisteswissenschaften zwischen dem 19. und 20. Jahrhundert,*** in der die methodologische Debatte zwischen Geistes- und Naturwissenschaften unter besonderer Bezugnahme auf die berühmtesten Vertreter von Dilthey bis Rickert rekonstruiert wird; **6.2 *Jaspers' Psychopathologie zwischen* Geistes- *und* Naturwissenschaften*: Komplexität des theoretischen und therapeutischen Ansatzes***, in dem die Umsetzung dieser methodischen Debatte in die *Allgemeine Psychopathologie* im Mittelpunkt steht; **6.3 *Die Erweiterung der psychopathologischen Methode und die Rolle der* Verstehens***,* in der die Neuerungen der vierten Auflage und die Klarstellungen, die Jaspers zu seinen "Quellen" des Verständnisses gibt, eingehend untersucht werden; **6.4 *Der "ganze Mensch": zwischen Philosophie und Wissenschaft,*** in der durch die Analyse einiger Teile der vierten Auflage die Wechselwirkung zwischen Philosophie und Psychiatrie hervorgehoben wird, die in Jaspers' Konzeption des "ganzen Menschen" zum Ausdruck kommt.
Ausgehend von den Entwicklungen der *Allgemeinen Psychopathologie* habe ich daher im 6. und letzten Kapitel Jaspers' Reifungsprozess und seinen wissenschaftlichen und akademischen "Übergang" von der Psychiatrie zur Philosophie vertieft. Gerade durch die Betrachtung des allgemeinen historisch-philosophischen Kontextes lassen sich einige wichtige Unterschiede zwischen der ersten Auflage von 1913 und (vor allem) der vierten Ausgabe von 1946 noch deutlicher herausstellen, wo Jaspers unter anderem auf der Bedeutung des "Verstehens" als grundlegende, wenn auch nicht ausschließliche Methode für die Psychopathologie besteht. Aus dieser Perspektive habe ich diese Überlegung in den Kontext der breiteren Debatte über die Beziehungen zwischen Natur- und Geisteswissenschaften gestellt und dabei kurz auf einige der grundlegenden Artikulationen des berühmten *Methodenstreits* Bezug genommen, der in Deutschland zwischen dem Ende des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts an Schärfe gewann. In diesem Sinne habe ich durch eine kurze vergleichende Analyse einiger grundlegender Passagen der ersten und vierten Auflage der *Allgemeinen Psychopathologie* die Bedeutung dieser "methodologischen" Diskussion auch für die Entwicklung von Jaspers' Werks herausgestellt.
Schließlich ging ich noch kurz auf die immer stärker werdenden Hinweise von Jaspers auf den "ganzen Menschen" ein, den auch die Psychopathologie in seiner irreduziblen Komplexität zu erfassen und zu schützen wollte. Der psychisch Kranke nimmt also zunächst einmal das Erscheinungsbild des Individuums in seiner irreduziblen und unantastbaren Komplexität an. In diesem Sinne ist der Mensch viel mehr und wird deshalb auch als viel mehr als der bloße einfache Patient begriffen.

Jaspers vervollständigt sein Werk mit dem wichtigen Hinweis auf die letztendliche Unerklärbarkeit des Menschen. Auch wenn einige Aspekte der menschlichen Dimension aus phänomenologischer Sicht bekannt sein mögen, so bleibt doch die letztendliche und unendliche Tiefe des Menschen in ihrer komplexen und artikulierten Gesamtheit faktisch unzugänglich. Hatte er bereits in der 13. Ausgabe die Komplexität der menschlichen Wirklichkeit intuitiv erkannt, indem er unter anderem eine Untersuchungsmethode vorschlug, die sie in ihrer irreduziblen Besonderheit zu erfassen vermag, so griff er in der Auflage von 1946 die philosophische Reflexion stärker auf, um die Idee des "ganzen Menschen" herauszustellen, der als derjenige gilt, der sich jedem rigorosen wissenschaftlichen Anspruch entzieht, der darauf abzielt, seine letztendliche Grundlage aufzuspüren und zu entwirren.

Die spekulative und existentielle Parabel von Jaspers war so dicht mit signifikanten Momenten und komplexen Elementen, dass sie sich für weitere Analysen und Interpretationen anbietet: Was ich hier in gewisser Weise beabsichtigt habe, war, einige Elemente einer spekulativen Bildung und Entwicklung von außergewöhnlicher Tiefe aufzugreifen, um zu zeigen, wie viele Elemente darin integriert sind, die der deutsche Philosoph und Psychopathologe mit außerordentlicher Originalität und Fruchtbarkeit neu formulieren konnte.

Auf diese Weise werden die grundlegenden Motive Jaspers' und die nachfolgenden Entwicklungen der *Allgemeinen Psychopathologie* innerhalb der fruchtbareren Interaktion zwischen Psychiatrie und Philosophie und damit zwischen Natur- und Geisteswissenschaften kontextualisiert. Und sicherlich lassen sich noch viele andere Ideen oder Aspekte dieser Entwicklung nachweisen.

Bibliografia

a) Scritti di Karl Jaspers

- *Heimweh und Verbrechen*, Diss., Leipzig, F.C.W. Vogel, 1909; edita anche in «Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik», 1909, XXXV, pp. 1-116; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, Berlin, Springer, 1963, pp. 1-84; ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie,* hrsg. C. Marazia unter Mitwirkung von D. Fonfara, Basel, Schwabe, 2019, pp. 11-105.

- *Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: "Entwicklung einer Persönlichkeit" oder "Prozess"?*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1910, I, pp. 567-637; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 85-141; ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 107-173 (traduzione italiana, a cura di S. Achella: *Delirio di gelosia. Un contributo alla questione: "sviluppo di una personalità" o "processo"?,* Milano, Raffaello Cortina, 2015).

- *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Kritisches Referat*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1910, I, pp. 401-452; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 142-190; ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 175-227.

- *Zur Analyse der Trugwahrnehmungen (Leibhaftigkeit und Realitätsurteil)*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1911, VI, pp. 460-535; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 191-251; ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 229-296.

- *Die Trugwahrnehmungen*. *Kritisches Referat*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1912, IV, pp. 289-354; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 252-313; ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 297-365.

- *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie*, in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1912, IX, pp. 391-408; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 314-328; ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 367-382 (traduzione italiana, a cura di F. Leoni e I. Bove: *L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia*, in «Atque», 2000/2001, 22, pp. 97-124, ed anche, a cura di A. Donise: *L'indirizzo fenomenologico in psicopatologia*, in Id., *Scritti Psicopatologici,* a cura di S. Achella e A. Donise, Napoli, Guida, 2004, pp. 27-50).

- *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie*), in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1913, XIV, pp. 158–263; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 329-412; ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 383-479.

- *Über leibhaftige Bewusstheiten (Bewusstheitstäuschungen) ein psychopathologisches Elementarsymptom,* in «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie», 1913, II, pp. 149-161; poi in Id., *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 413-420, ora anche in *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, cit., pp. 481-489 (traduzione italiana, a cura di S. Achella: *Le coscienzialità corporee,* in Id., *Scritti psicopatologici,* cit., pp. 51-63).

- *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1913. Edizioni successive, con il medesimo titolo e presso lo stesso editore: 1920 e 1923; poi, con il titolo *Allgemeine Psychopathologie*, presso lo stesso editore: 1946, 1948; 1953, 1959; infine, *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin/Heidelberg/New York, Springer, 1973 (traduzione italiana della settima edizione, del 1959, a cura di R. Priori: *Psicopatologia generale,* Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1964. L*'Einführung* all'edizione del 1913 è ora apparsa in traduzione italiana, a cura di S. Achella - A. Donise: *Introduzione,* in Id., *Scritti psicopatologici,* cit., pp. 81-113; il cap. III dell'edizione del 1913, *Die Zusammenhänge des Seelenlebens: I. Die verständlichen Zusammenhänge*, è ora apparso in traduzione italiana, a cura di S. Achella: *Le connessioni comprensibili,* in Id., *Scritti psicopatologici,* cit., pp. 115-126).

- *Politische Stimmungen* (1917), in Id., *Nachlass*: *Karl Jaspers. Philosophie und Politik*, hrsg. R. Wiehl und D. Kaegi, Heidelberg, Universitätsverlag C. Winter, 1999, pp. 229-251 (traduzione italiana, a cura di E. Alessiato: *Atteggiamenti politici*, in «Iride», 2005, XVIII, 45, pp. 261-288).

- *Psychologie der Weltanschauungen*, Berlin, Springer, 1919 (traduzione italiana, a cura di V. Loriga: *Psicologia delle visioni del mondo,* Roma, Astrolabio, 1950).

- *Strindberg und Van Gogh. Versuch einer pathographischen Analyse unter ergleichender Heranziehung von Swedenborg und Hölderlin*, Bern, Bircher, 1922 (traduzione italiana, a cura di B. Baumbusch e M. Gandolfi: *Genio e follia*. *Strindberg e Van Gogh*, Milano, Raffaello Cortina, 2001).

- *Die Idee der Universität*, Berlin, Springer, 1923.

- *Die geistige Situation der Zeit*, Berlin, De Gruyter, 1931 (traduzione italiana, a cura di N. De Domenico: *La situazione spirituale del tempo*, Roma, Jouvence, 1982).

- *Max Weber. Deutsches Wesen im politischen Denke, im Forschen und Philosophieren*, Oldenburg, Stalling, 1932; poi riedito con il titolo: *Max Weber. Politiker, Forscher, Philosoph*, Bremen, Storm, 1946 (traduzione italiana, a cura di E. Pocar: *Max Weber, politico, scienziato, filosofo*, Napoli, Morano, 1969).

- *Philosophie*, Berlin, Springer, 1932 (traduzione italiana, a cura di U. Galimberti: *Filosofia*, Milano, Mondadori, 2009).

- *Vernunft und Existenz*, Groningen, Wolters, 1935 (traduzione italiana, a cura di E. Paci: *Ragione ed esistenza*, Milano, Bocca, 1942. Comprende solo le prime quattro lezioni lì contenute, mentre la quinta è stata pubblicata, con il titolo *Le possibilità della filosofia contemporanea*, nell'edizione italiana di *Existenzphilosophie*, vale a dire: *La filosofia dell'esistenza,* a cura di O. Abate, Milano, Bompiani, 1940, pp. 151-183).

- *Nietzsche. Einführung in das Verständnis seines Philosophierens*, Berlin, De Gruyter, 1936 (traduzione italiana, a cura di R. Rustichelli: *Nietzsche. Introduzione alla comprensione del suo filosofare*, Milano, Mursia, 1996).

- *Existenzphilosophie*, Berlin, De Gruyter, 1937.

- *Die Schuldfrage*, Heidelberg, 1946 (traduzione italiana, a cura di A. Pinotti: *La questione della colpa*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996).

- *Über meine Philosophie* (1947), in Id., *Was ist Philosophie? Ein Lesebuch*, hrsg. H. Saner, München, Piper, 1976, pp. 389-414 (traduzione italiana, a cura di R. De Rosa: *La mia filosofia*, Torino, Einaudi, 1948).

- *Von der Wahrheit*, München, Piper, 1947 (traduzione italiana parziale, a cura di U. Galimberti: *Sulla verità*, Brescia, La Scuola, 1970).

- *Vom Ursprung und Ziel der Geschichte*, München/Zurich, Artemis Verlag, 1949 (traduzione italiana, a cura di A. Guadagnin: *Origine e senso della storia*, Milano, Edizioni di Comunità, 1965).

- *Über Bedingungen und Möglichkeiten eines neuen Humanismus*, in «Die Wandlung», IV, 1949 (traduzione italiana, a cura di R. Celada Ballanti: *Per un nuovo umanesimo: condizioni e possibilità,* in D. Venturelli (a cura di), *Etica e destino,* Genova, Il Melangolo, 1997, pp. 11-35).

- *Einführung in die Philosophie*, Zürich, Artemis, 1950.

- *Rechenschaft und Ausblick*, München, Piper, 1951.

- *Wesen und Kritik der Psychotherapie,* München, Piper, 1955.

- *Schelling. Grösse und Verhängnis*, München, Piper, 1955.

- *Philosophische Autobiographie*, in P. A. Schilpp (hrsg.), *Karl Jaspers*, Stuttgart, Kohlhammer, 1957, pp. 1-80 (traduzione italiana, a cura di E. Pocar: *Autobiografia filosofica*, Napoli, Morano, 1969).

- *Der Arzt im technischen Zeitalter* (1958), München, Piper, 1986 (traduzione italiana, a cura di M. Nobile: *Il medico nell'età della tecnica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991).

- *Die Atombombe und die Zukunft des Menschen. Politisches Bewusstsein in unserer Zeit*, München, Piper, 1958 (traduzione italiana, a cura di L. Quattrocchi: *La bomba atomica e il destino dell'uomo*, Milano, Il Saggiatore, 1960).

- *Freiheit und Wiedervereinigung. Über Aufgaben deutscher Politik*, München, Piper, 1960 (traduzione italiana, a cura di A. Spinelli: *La Germania tra libertà e riunificazione*, Milano, Edizioni di Comunità, 1961).

- *Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung*, München/Zürich, Piper, 1962.

- *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, Berlin, Springer, 1963 (poi riedita nel 1990).

- *Hoffnung und Sorge. Schriften zur deutschen Politik 1945–1965*, Leinen, Piper, 1965.

- *Wohin treibt die Bundesrepublik? Tatsachen, Gefahren, Chancen*, München, Piper, 1966 (comprende anche il dialogo con R. Augstein dal titolo: *Für Völkermord gibt es keine Verjährung*, comparso in «Der Spiegel», 10.3.1965, 19; traduzione italiana, a cura di M.C. Beretta: *Germania d'oggi. Dove va la Repubblica federale?*, Milano, Mursia, 1969, che comprende anche il sopra ricordato: *Per il genocidio non può esserci prescrizione*).

- *Schicksal und Wille. Autobiographische Schriften,* hrsg. H. Saner, München, Piper, 1967 (traduzione italiana, a cura di R. Brusotti: *Volontà e destino. Scritti autobiografici,* Genova, Il Melangolo, 1993).

- *Philosophische Aufsätze*, Frankfurt a.M-Hamburg, Fischer-Bücherei, 1967.

- *Wahrheit und Bewärung. Philosophieren für die Praxis*, München, Piper, 1983.

- *Karl Jaspers Studium*, in *Jahrbuch der Österreichischen Karl Jaspers Gesellschaft*, E. Salamun-Hybasek / K. Salamun (hrsg.), Innsbruck, Studien Verlag, 1996.

- *Karl Jaspers Gesamtausgabe (KJG)* – Bd. I/3: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie,* hrsg. C. Marazia unter Mitwirkung D. Fonfara, Basel, Schwabe, 2019.

- *Karl Jaspers. Leben als Grenzsituation. Eine Biographie in Briefen*, hrsg. M. Bormuth, Göttingen, Wallstein, 2019.

Carteggi:

- Arendt H. / Jaspers K., *Briefwechsel 1926-1969*, hrsg. L. Köhler und H. Saner, München, Piper, 1985 (traduzione italiana, a cura di Q. Principe: *Carteggio 1926–1969*, Milano, Feltrinelli, 1989).

- Hammelsbeck O. / Jaspers K., *Briefwechsel 1919-1969*, hrsg. H. Horn, Frankfurt a.M./Bern/New York, Lang, 1986.

- Heidegger M. / Jaspers K., *Briefwechsel 1920-1963*, hrsg. W. Biemel und H. Saner, Frankfurt a.M., Klostermann, 1990 (traduzione italiana, a cura di A. Iadicicco: *Lettere 1920-1963*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2009).

- *Karl Jaspers Korrespondenzen*, *Philosophie*, hrsg. D. Kaegi und R. Wiehl, Göttingen, Wallstein Verlag, 2016.

- *Karl Jaspers Korrespondenzen*, *Politik - Universität*, hrsg. C. Dutt und E. Wolgast, Göttingen, Wallstein Verlag, 2016.

- *Karl Jaspers Korrespondenzen*, *Psychiatrie – Medizin – Naturwissenschaften*, hrsg. M. Bormuth und D. v. Engelhardt, Göttingen, Wallstein Verlag, 2016.

b) Opere di Wilhelm Griesinger ed Emil Kraepelin

- Griesinger W., *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende*, Stuttgart, Krabbe, 1845 (edizione successiva rivista e qui utilizzata: Stuttgart, Krabbe, 1867).

- Griesinger W., *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Infectionskrankheiten*, Erlangen, Enke, 1864.

- Griesinger W., *Biographische Skizze*, hrsg. C.A. Wunderlich, Leipzig, Wigand, 1869.

- Griesinger W., *Gesammelte Abhandlungen*, hrsg. C.A. Wunderlich, Erster Band: *Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen*; Zweiter Band: *Verschiedene Abhandlungen*, Berlin, Hirschwald, 1872.

- Kraepelin E., *Compendium der Psychiatrie. Zum Gebrauch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Abel, 1883 (traduzione italiana, a cura di R. Brugia: *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*, Napoli, Vallardi, 1884). Dalla seconda edizione, poi, Kraepelin E., *Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, zweite gänzlich umgearbeitete Auflage, Leipzig, Abel, 1887. Le edizioni successive, variamente rielaborate sono: terza Leipzig, Abel, 1889; quarta Leipzig, Abel, 1893; quinta Leipzig, Barth, 1896; sesta (I Band: *Allgemeine* Psychiatrie, II Band: *Klinische Psychiatrie*) Leipzig, Barth, 1899; settima (I Band: *Allgemeine Psychiatrie*, II Band: *Klinische Psychiatrie*; di tale edizione vi è la traduzione italiana, a cura di G. Guidi, sotto la direzione di A. Tamburini: *Trattato di Psichiatria*, vol. I: *Psichiatria generale*, vol. II: *Psichiatria speciale*, Milano, Vallardi, 1906/1907) Leipzig, Barth, 1904; ottava (I Band: *Allgemeine Psychiatrie*, II Band: *Klinische Psychiatrie*) Leipzig, Barth, 1909; nona (mit und hrsg. J. Lange, I Band: *Allgemeine Psychiatrie*, II Band: *Klinische Psychiatrie*) Lepizig, Barth, 1927.

- Kraepelin E., *Zur Überbürdungsfrage*, Jena, Fischer, 1897.

- Kraepelin E., *Einführung in die Psychiatrische Klinik: zweiunddreißig Vorlesungen*, Leipzig, Barth, 1905 (traduzione italiana, a cura di P. Amaldi e B. Manzoni: *Introduzione alla clinica psichiatrica: trenta lezioni del dott. Emilio Kraepelin*, Milano, Società Editrice Libraria, 1905; traduzione inglese, a cura di T. Johnstone: *Lectures on Clinical Psychiatry*, New York/London, Hafner, 1968).

- Kraepelin E., *Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1918.

- Kraepelin E., *Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1918 (traduzione inglese, a cura di W. Baskin: *One hundred year of Psychiatry*, London, Peter Owen, 1962).

- Kraepelin E., *Psychologie des Alkohols*, Berlin, Reuland, 1930.

- Kraepelin E., *Dementia Praecox and Paraphrenia*, a cura di R.M. Barclay, Chippenham, Thoemmes Press, 2002 (traduzione parziale da E. Kraepelin, *Psychiatrie.* Vol. III, Parte II, *Sezione sulle demenze endogene*. La prima traduzione inglese è: Edinburgh, Livingstone, 1919; l'opera è stata poi ristampata, con un'introduzione storica: New York, Robert E. Krieger Publishing, 1971).

- Kraepelin E., *Dementia Praecox I*, a cura di G. e P. Kantzas, Pisa, Ets, 1989.

- Kraepelin E. / Wundt W., *Der Briefwechsel zwischen Wilhelm Wundt & Emil Kraepelin. Zeugnis einer jahrzehntelangen Freundschaft*, hrsg. H. Steinberg, Bern, Hans Huber, 2002.

- Weber M. M. / Holsboer F. / Hoff P. / Ploog D. / Hippius H. (hrsg.), *Emil Kraepelin Edition*:

- Band 1: *Persönliches. Selbstzeugnisse*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2000.
-Band 2: *Kriminologische und forensische Schriften*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom, P. Hoff, M. M. Weber, München, Belleville, 2001.
- Band 3*: Briefe I 1868-1886*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2002.
- Band 4: *Kraepelin in Dorpat – 1886-1891*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom, A. Hirschmüller e M.M. Weber, München, Belleville, 2003.
- Band 5: *Kraepelin in Heidelberg, 1891-1903*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2005.
- Band 6: *Kraepelin in München I, 1903-1914*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2006.
- Band 7: *Kraepelin in München II, 1914-1921*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber, München, Belleville, 2009.
- Band 8: *Kraepelin in München III, 1921-1926*, hrsg. W. Burgmair, E.J. Engstrom e M.M. Weber München, Belleville, 2013.

c) Letteratura critica e altri scritti

- AA.VV., *Karl Jaspers. Esistenza e trascendenza*, a cura di R. Brambilla, Assisi, Ed. Biblioteca Pro Civitate Christiana, 1988.

- Acham K., *Il contributo di Dilthey alla filosofia della scienza e all'analisi delle visioni del mondo*, in F. Bianco (a cura di), *Dilthey e il pensiero del Novecento*, Milano, Franco Angeli, 1988[2], pp. 76-81.

- Achella S., *Rimanere in cammino. Karl Jaspers e la crisi della filosofia,* Napoli, Guida, 2012.

- Achella S. / Donise A. / Wagner S. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. II: *Psicopatologia Generale*, 2014.

- Achella S. / Wagner S. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. I: *Fede e sapere*, 2013.

- Ackerknecht E.H., *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Enke, 1957 (traduzione italiana, a cura di M. Conci: *Breve storia della psichiatria*, Massari, Bolsena (VT), 1999).

- Adorno T.W., *Il gergo dell'autenticità. Sull'ideologia tedesca,* traduzione italiana a cura di P. Lauro, Torino, Bollati Boringhieri, 1989.

- Alberti M., *Medizinische Betrachtungen von den Kräften der Seelen*, Halle, Hendeln, 1740.

- Alessiato E., *Karl Jaspers e la politica*. *Dalle origini alla questione della colpa*, Napoli, Orthotes Editrice, 2012.

- Angermeyer M.C. / Steinberg H., *Bilder zur Geschichte der Leipziger Universität Psychiatrie*, Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität, 2003.

- Angst J., *Today's perspective on Kraepelin's nosology of endogenous psychoses*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 1993, pp. 164-170.

- Anzalone M. / Masullo P.A. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. V: *Medicina tra scienza e filosofia*, 2017.

- Arendt H., *Humanitas Mundi. Scritti su K. Jaspers,* a cura di R. Peluso, Milano/Udine, Mimesis Edizioni, 2015.

- Babini V.P. / Cotti M. / Minuz F. / Tagliavini A., *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metá dell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 1982.

- Babini V.P., *La vita come invenzione. Motivi bergsoniani in psichiatria*, Bologna, Il Mulino, 1990.

- Babini V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2011.

- Ballerini A., *Psicopatologia fenomenologica. Percorsi di lettura,* Roma, Arnaldo, 1928.

-Ballerini A. / Cappellari L. / Gozzetti G., *Psicopatologia fenomenologica della psicosi. Sul senso dell'incontro con l'esperienza psicotica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999.

- Basso M.L., *Karl Jaspers filosofo della libertà nel solco del kantismo,* Bologna, Clueb, 1999.

- Battaglia F., *Il problema morale nell'esistenzialismo*, Bologna, Cesare Zuffi, 1949.

- Battaglia F., *La nuova filosofia di Karl Jaspers,* in «Giornale di metafisica», 1951, VI, pp. 234-274.

- Beringer K., *Karl Wilmanns*, in «Der Nervenarzt», 1 febbraio 1947, pp. 1-4.

- Berrios G.E., *Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history*, in «History of Psychiatry», 1992, pp. 303-327.

- Binswanger L., *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, zweiter Band: *Zur Problematik der psychiatrischen Forschung und zum Problem der Psychiatrie,* Bern, Francke, 1955 (traduzione italiana, a cura di E. Filippini: *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, Milano, Feltrinelli, 1970).

- Binswanger L., *Ausgewählte Werke*, Bd. IV: *Der Mensch in der Psychiatrie*, Heidelberg, Asanger, 1994.

- Binswanger L., *Bemerkungen zu der Arbeit Jaspers': Kausale una "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie)*, in «Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse», 1913, I, pp. 383-390.

- Binswanger L., *Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie*, Berlin, Springer, 1922.

- Binswanger L., *Karl Jaspers und die Psychiatrie*, in «Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie», 1943, LI, pp. 1-13 (traduzione italiana, a cura di L. Guidetti: *Karl Jaspers e la psichiatria*, in S. Besoli (a cura di), *L. Binswanger, esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro. I margini di un'esplorazione fenomenologica-psichiatrica*, Macerata, Quodlibet, 2006, pp. 41-58).

- Blankenburg W., *Karl Jasper (1883-1969)*, in D. v. Engelhardt und F. Hartmann (hrsg.), *Klassiker der Medizin*, zweiter Band: *Von Philippe Pinel bis Viktor von Weizsäcker*, München, Beck, 1991, pp. 350-365.

- Bleuler E., *Dementia praecox Oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig/Wien, Deuticke, 1911 (traduzione italiana, a cura di A. Schiacchitano: *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, Sacile (PN), Polimnia, 2017).

- Bleuler E., *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin, Springer, 1955 (traduzione italiana, a cura di C. Mainoldi: *Trattato di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1967).

- Bobbio N., *Libertà e azione nella filosofia di Karl Jaspers,* in AA.VV., *Il problema dell'azione e le sue diverse concezioni,* Milano, Bocca, 1943, pp. 111-122.

- Böcker F. / Weig W. (hrsg.), *Aktuelle Kernfrage in der Psychiatrie*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1988.

- Bodamer J., *Zur phaenomenologie des geschichtlichen Geistes in der Psychiatrie*, in «Der Nervenarzt», 1948, 19, pp. 229-310.

- Bormuth M., *Aspekte der Kritik an der Psychoanalyse bei Karl Jaspers*, in «Jahrbuch der Österreichischen Karl-Jaspers-Gesellschaft», 1997, X, pp. 55-90.

- Bormuth M., *Das Verhältnis von Karl Jaspers und Kurt Kolle im Spiegel ihres Diskurses um Psychotherapie*, in «Jahrbuch der Österreichischen Karl-Jaspers-Gesellschaft», 1996, IX, pp. 71-89.

- Bormuth M., *Die Psychoanalysekritik von Karl Jaspers als Weltanschauungskritik*, in L.H. Ehrlich / R. Wisser (ed.), *Karl Jaspers´ Philosophy. Rooted in the Present, Paradigma for the Future,* Würzburg, Königshausen und Neumann, 2003, pp. 215-222.

- Bormuth M., *Eine Ideengeschichte der Freiheit. Karl Jaspers´ Allgemeine Psychopathologie*, in «Nervenheilkunde*»,* 2014, XXXIII, pp. 609-616.

- Bormuth M., *Freedom and Mystery: An Intellectual History of Jaspers´ General Psychopathology*, in «Psychopathology. International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology, Phenomenology and Psychiatric Diagnosis», 2013, XLVI, pp. 281-289.

- Bormuth M., *Karl Jaspers zur Aufklärung über Medizin und Psychiatrie im Nationalsozialismus*, in G. Nissen und F. Badura (hrsg.), *Schriftenreihe der deutschen Gesellschaft zur Geschichte der Nervenheilkunde*», Würzburg, Königshausen und Neumann, 2000, 6, pp. 75-91.

- Bormuth M., *Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse*, in G. Nissen und B. Holdorff (hrsg.), *Schriftenreihe der deutschen Gesellschaft zur Geschichte der Nervenheilkunde*, Würzburg, Königshausen und Neumann, 2002, 8, pp. 3-19.

- Bormuth M., *Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse*, Stuttgart/Bad Cannstatt, Frommann-Holzboog, 2017.

- Bormuth M., *Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und Max Weber*, in B. Weidmann (hrsg.), *Existenz in Kommunikation. Zur philosophischen Ethik von Karl Jaspers*, Würzburg, Königshausen und Neumann, 2004, pp. 119-150.

- Bormuth M. (hrsg.), «Offener Horizont. Jahrbuch der Karl Jaspers-Gesellschaft», Band 1, Göttingen, Wallstein, 2014, Band 2, Göttingen, Wallstein, 2015.

- Bormuth M., *Psychiatrie als Kulturwissenschaft. Überlegungen nach Max Weber*, in «Der Nervenarzt», 2010, LXXXI, pp. 1344-1353.

- Bormuth M., *Selbstreflexion bei Jaspers im Blick auf das psychiatrische Werk*, in S. Rinofner-Kreidl / H. Wiltsche (hrsg.), *Karl Jaspers´ "Allgemeine Psychopathologie" zwischen Wissenschaft, Philosophie und Praxis*, Würzburg, Königshausen und Neumann, 2008, pp. 92-116.

- Bormuth M., *Verbrechen und Sicherheit. Der Umgang mit psychisch kranken Straftätern aus historischer Sicht*, in *Münsterklinik Zwiefalten: Psychisch kranke Straftäter – welche Verantwortung hat die Gesellschaft?*, Zwiefalten, Verlag Psychiatrie und Geschichte, 2005, pp. 24-36.

- Bormuth M., *Zwischen Freiheit und Notwendigkeit – Karl Jaspers´ Bedeutung für die Hirnforschung*, in P. Sulz / E. Rudolf / D. Kaegi (hrsg.), *Philosophie und Medizin – Zwei entfernte Verwandte*, Zürich, Chronos, 2006, pp. 139-157.

- Bormuth M. / Matthies S., *Ethische Konflikte in Psychiatrie und Psychotherapie*, in «Ärzteblatt Baden-Württemberg», 2000, LVII, pp. 93-99.

- Bormuth M. / Schneider F. (hrsg.), *Psychiatrische Anthropologie. Zur Aktualität Hans Heimanns*, Stuttgart, Kohlhammer, 2013.

- Bormuth M. / Wiesing U., *Einleitung*, in Id. (hrsg.), *Ethische Aspekte der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie*, Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 2004, pp. 1-12.

- Bormuth M. / Wiesing U. (hrsg.), *Ethische Aspekte der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 2004.*

- Borrello G., *La filosofia come cura, Karl Jaspers filosofo e medico – Dall'antipsichiatria alla politica attraverso una filosofia dell'esistenza*, Napoli, Liguori, 2009.

- Breyer T. / Fuchs T. / Holzhey-Kunz A. (hrsg.), *Ludwig Binswanger und Erwin Straus. Beiträge zur psychiatrischen Phänomenologie*, Freiburg/München, Karl Alber, 2015.

- Brino O. / Celada Ballanti R. / Garaventa R. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. VI: *Il dialogo interreligioso,* 2018.

- Brunner J., *Eichmann, Arendt and Freud in Jerusalem: On the Evils of Narcissism and the Pleasures of Thoughtlessness*, in «History and Memory*»,* 1996, VIII, pp. 61-88.

- Bumke O., *Psychologie und Psychiatrie*, in «Klinische Wochenschrift», 1922, I, pp. 201-204.

- Cacciatore G., *Scienza e filosofia in Dilthey*, Napoli, Guida, 1976.

- Cantillo G., *Filosofia italiana ed esistenzialismo tedesco,* in «Rivista di Filosofia», 1988, LXXIX, 2-3, pp. 197-243.

- Cantillo G., *Introduzione a Jaspers*, Roma/Bari, Laterza, 2001.

- Cantillo G., *Karl Jaspers e "La questione della colpa"*, in P. Amodio, G. Lissa e R. De Maio (a cura di), *La Sho'ah tra interpretazione e memoria*, Milano, Vivarium, 1999, pp. 587-624.

- Cantillo G., *Il pluralismo metodologico e la fenomenologia nella psicopatologia di Karl Jaspers*, in M. Anzalone, A. Donise, P.A. Masullo e F. Miano (a cura di), *Esistenza, ragione e trascendenza. Studi su Karl Jaspers*, Bologna, Il Mulino, 2020, pp. 15-38.

- Carr G.R., *Karl Jasper as an Intellectual Critic: The Political Dimension of his Thought,* Frankfurt a.M./Bern/New York, Peter Lang, 1983.

- Cazzullo C.L. / Sini C., *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*, Milano, Masson, 1984.

- Civita A.*, Psicopatologia. Un'introduzione storica*, Roma, Carocci, 1999.

- Colonnello P., *Persona e libertà nel pensiero jaspersiano. Nota sulla recezione di Jaspers in Italia,* in «Filosofia oggi»*,* 1984, VII, 4, pp. 1-12.

- Conte D., *Albe e tramonti d'Europa. Ernst Jünger e Oswald Spengler*, Roma, Edizioni di Storia e Letteratura, 2009.

- Conte D., *Psicologia e storia nella* Psicologia delle visioni del mondo *di Karl Jaspers. Con qualche addentellato*, in *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, a cura di A. Donise, O. Immel, I. Rotella, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. VII: *Psicologia delle visioni del mondo 1919-2019*, 2019, pp. 35-59.

- Conte D., *Equipaggiamento per il futuro. Karl Jaspers e la storia*, in *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. VIII: *Influssi e interferenze: Karl Jaspers e i contemporanei*, a cura di G. Magnano San Lio, M. Magnano San Lio, 2020, pp. 15-41.

- D'Ippolito B.M., *La cattedrale sommersa. Fenomenologia e psicopatologia in Ludwig Binswanger*, Milano, Franco Angeli, 2004.

- De Bernardi A. (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea,* Milano, Franco Angeli, 1982.

- Descartes R., *Les meditations metaphysiques*, A Paris, chez la veuue Iean Camusat, et Pierre Le Petit, 1647 (traduzione italiana, a cura di E. Garin: *Opere filosofiche, Vol. II. Meditazioni metafisiche. Obbiezioni e risposte*, Roma/Bari, Laterza, 1992).

- De Ceglia F.P., *I fari di Halle. Georg Ernst Stahl, Friedrich Hoffmann e la medicina europea del primo Settecento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

- De Feo N., *Introduzione a Weber*, Roma/Bari, Laterza, 1970.

- De Ruggiero G., *Corso di lezioni su la libertà*, Roma, Tumminelli, 1945.

- De Ruggiero G., *L'esistenzialismo*, Bari, Laterza, 1954.

- Detlefs G., *Wilhelm Griesingers Ansätze zur Psichiatriereform*, Pfaffenweiler, Centaurus-Verl.-Ges., 1993.

- Del Pistoia L., *Saggi fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2016.

- Deodati M. / Miano F. / Wagner S. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. III: *Storia e età assiale*, 2015.

- Deodati M. / Ricci Sindoni P. / Scafoglio L. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. IV: *Jaspers e il Novecento,* 2016.

- Donise A. / Immel O. /Rotella I. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. VII: *Psicologia delle visioni del mondo 1919-2019*, 2019.

- Devries M.W. / Müller N. / Möller H.J. /Saugstad L.F., *Emil Kraepelin's legacy: systematic clinical observation and the categorical classification of psychiatric diseas*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 2008, 258, Supplement 2, pp. 1-2.

- Dilthey W., *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften,* in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. VII: *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*, hrsg. B. Groethuysen, Leipzig, Teubner, 1927, pp. 79-188 (traduzione italana, a cura di P. Rossi: *La costruzione del mondo storico nelle scienze dello spirito*, in P. Rossi (a cura di), *Critica della ragione storica*, cit., pp. 145-289).

- Dilthey W., *Die Typen der Weltanschauung und ihre Ausbildung in den metaphysischen Systemen*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. VIII: *Weltanschauungslehre. Abhandlungen zur Philosophie der Philosophie*, hrsg. B. Groethuysen, Leipzig, Teubner, 1931, pp. 75-118 (traduzione italiana, a cura di G. Magnano San Lio: *I tipi di visione del mondo e il loro sviluppo nei sistemi metafisici*, in Id., *La dottrina delle visioni del mondo*, Napoli, Guida, 1998, pp. 167-224).

- Dilthey W., *Einleitung in die Geisteswissenschaften*. *Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. I: *Einleitung in die Geisteswissenschaften. Versuch einer Grundlegung für das Studium der Gesellschaft und der Geschichte*, hrsg. B. Groethuysen, Leipzig, Teubner, 1922 (traduzione

italiana, a cura di G.A. De Toni: *Introduzione alle scienze dello spirito. Ricerca di una fondazione per lo studio della società e della storia*, Firenze, La Nuova Italia, 1974).

- Dilthey W., *Gesammelte Schriften*, vol. XIX: *Grundlegung der Wissenschaften vom Menschen, der Gesellschaft und der Geschichte. Ausarbeitung und Entwürfe zum zweiten Band der Einleitung in die Geisteswissenschaften (ca.1870-1895)*, hrsg. H. Johach und F. Rodi, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1982 (traduzione italiana, a cura di G. Ciriello: *Materiali per il secondo volume della* Introduzione alle scienze dello spirito. *Scritti inediti (1880-1893)*, Napoli, Federico II University Press, 2017).

- Dilthey W., *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. V: *Die geistige Welt. Einleitung in die Philosophie des Lebens*, I parte: *Abhandlungen zur Grundlegung der Geisteswissenschaften*, hrsg. G. Misch, Leipzig, Teubner, 1924, pp. 139-240 (traduzione italiana, a cura di G. Marini: *Idee su una psicologia analitica e descrittiva*, in A. Marini (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Per la fondazione delle scienze dello spirito. Scritti editi e inediti (1860-1896)*, Milano, Franco Angeli, 1985, pp. 351-446).

- Dilthey W., *Plan der Fortsetzung zum Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. VII, cit., pp. 191-293 (traduzione italiana, a cura di P. Rossi: *Nuovi studi per la costruzione del mondo storico nelle scienze dello spirito*, in P. Rossi (a cura di), *Critica della ragione storica*, Torino, Einaudi, 1954, pp. 293-384).

- Dilthey W., *Über das Studium der Geschichte der Wissenschaften vom Menschen, der Gesellschaft und dem Staat*, in Id., *Gesammelte Schriften*, vol. V, cit., pp. 31-73 (traduzione italiana, a cura di G. Cacciatore: *Lo studio delle scienze umane, sociali e politiche*, Napoli, Morano, 1975).

- Dilthey W., *[Über vergleichende Psychologie]. Beiträge zum Studium der Individualität*, in Id., *Gesammelte Schrften*, vol. V, cit., pp. 241-316 (traduzione italiana, a cura di G. Marini: [*Sulla psicologia comparativa*]. *Contributi allo studio dell'individualità*, in A. Marini (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Per la fondazione delle scienze dello spirito. Scritti editi e inediti 1860-1896*, cit., pp. 447-518).

- Dörner K., *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt a.M., Verlagsanstalt, 1969 (traduzione italiana, a cura di F. Giacanelli: *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma/Bari, Laterza, 1975).

- Ebbinghaus H., *Über erklärende und beschreibende Psychologie*, in «Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane», 1895/1896, IX, pp. 161-205 (traduzione italiana, a cura di G. Marini: *Psicologia esplicativa e psicologia descrittiva,* in A. Marini (a cura di), *Materiali per Dilthey. Ebbinghaus, Yorck-Dilthey, Wundt, Windelband: aspetti del dibattito sulla psicologia,* Milano, Unicopli, 1979, pp. 1-56).

- Ebstein E., *Ärzte – Briefe aus vier Jahrhundert*, Berlin, Springer, 1920.

- Ehrlich L.H. / Wisser R., *Karl Jaspers today. Philosophy at the Threshold of the Future,* Washington, Center for Advanced Research in Phenomenology & University Press of America, 1988.

- Ellenberger H.F., *I movimenti di liberazione mitica e altri saggi sulla storia della psichiatria*, Napoli, Liguori, 1986.

- Eming K. / Fuchs T. (hrsg.), *Karl Jaspers – Philosophie und Psychopathologie*, Heidelberg, Winter, 2008.

- Engelhardt v. D., *Georg Ernst Stahl im Urteil der Medizingeschichte*. *Dimensionen, Phasen, Perspektiven*, in D. v. Engelhardt und A. Gierer (hrsg.), *Georg Ernst Stahl (1659–1734) in wissenschaftshistorischer Sicht*, Heidelberg, Barth, 2000, pp. 59-80.

- Engelhardt v. D. (hrsg.), *Psychopathologie Gestern, Heute, Morgen. Zum 100. Geburstag der «Allgemeinen Psychopathologie» von K. Jaspers*, Heidelberg, Mattes, 2015.

- Engelhardt v. D. / Hartmann F. (hrsg.), *Klassiker der Medizin*, I-II, München, Beck, 1991.

- Engstrom E.J., *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, Ithaca (New York), Cornell University Press, 2003.

- Engstrom E.J. / Roelcke V. (hrsg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Basel, Schwabe, 2003.

- Ermarth M., *Wilhelm Dilthey: The Critique of Historical Reason*, Chicago-London, The University of Chicago Press, 1978.

- Ferrando G. / Visintini G. (a cura di), *Follia e diritto*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

- Ferrari S., *Jaspers e la Germania*, in «Il Mulino», 1990, XXXIX, pp. 875-889.

- Finger O. / Herneck F. (hrsg.), *Von Liebig zu Laue. Ethos und Weltbild grosser deutscher Naturforscher und Ärzte*, Berlin, Veb Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1963.

- Förster J.C., *Übersicht der Geschichte der Universität zu Halle in ihrem ersten Jahrhundert*, Halle, Hallescher Verlag, 1998.

- Foucault M., *Dits et écrits*, a cura di Daniel Defert e François Ewald con la collaborazione di Jacques Lagrange, Paris, Gallimard, 1994 (in edizione italiana: *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, vol. 1: *Follia, scrittura, discorso (1961-1970)*, vol. 2: *Poteri, saperi, strategie (1971-1977)*, vol. 3: *Estetica dell'esistenza, etica, politica (1978-1985)*, Milano, Feltrinelli, 1996-1998).

- Foucault M., *Les anormaux. Cours au Collège de France (1974-1975)*, Paris, Gallimard, 1999 (traduzione italiana, a cura di V. Marchetti e A. Salomoni: *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, Feltrinelli, 2000).

- Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique*, Paris, Gallimard, 2003 (edizione stabilita da J. Lagrange, traduzione italiana, a cura di M. Bertani: *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974*), Milano, Feltrinelli, 2004).

- Foucault M., *L'Herméneutique du sujet*, Paris, Gallimard, 2001 (edizione stabilita da F. Gros, traduzione italiana, a cura di M. Bertani: *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Milano, Feltrinelli, 2003).

- Foucault M., *Maladie mentale et psychologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1954 (traduzione italiana, a cura di F. Polidori: *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1997).

- Foucault M., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963 (traduzione italiana, a cura di A. Fontana: *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1998).

- Foucault M., *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Parigi, Plon, 1961 (traduzione italiana, a cura di F. Ferrucci: *Storia della follia*, Milano, Rizzoli, 1963).

- Friedländer L.H., *Zur Geschichte der medicinischen Fakultät in Halle*, in «Archiv für die gesamte Medizin», 1842, III, 1, pp. 1-21.

- Fuchs F. / Micali S. / Wandruszka B. (hrsg.), *Karl Jaspers – Phanomenologie und Psychopathologie*, Freiburg/München, Karl Alber, 2008.

- Fuchs T., *Selbst und Schizophrenie*, in «Deutsche Zeitschrift für Philosophie», 2012, 60, 6, pp. 887-901.

- Fuchs T. / Stanghellini G. (ed.), *One century of Karl Jaspers' general psychopathology*, Oxford, Oxford University Press, 2013 (edizione italiana: *Cent'anni di psicopatologia generale di Karl Jaspers*, Roma, L'Asino d'Oro, 2016).

- Fusar Poli P., *One Century of Allgemeine Psychopathologie (1913 to 2013) by Karl Jaspers*, in «Schizophrenia Bulletin», 2013, 39, 2, pp. 268-269.

- Galimberti U., *Il corpo. Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia,* Milano, Feltrinelli, 1983.

- Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 2006.

- Galliker M. / Wolfradt U. (hrsg.), *Kompendium psychologischer Theorien,* Berlin, Suhrkamp, 2015.

- Garaventa R., «*La verità è ciò che ci unisce». Attualità del pensiero di Karl Jaspers*, Napoli/Salerno, Orthotes, 2017.

- Garrabé J., *Histoire de la Schizophrénie*, Paris, Seghers, 1992 (traduzione italiana, a cura di M. Alessandrini: *Storia della schizofrenia*, Roma, Magi, 2001).

- Gaupp R., *Brief an Karl Jaspers*, in K. Piper (hrsg.), *Offener Horizont*. *Festschrift für Karl Jaspers*, München, Piper, 1953, pp. 149-154.

- Gerlach H.M. / Mocek S. (hrsg.), *Karl Jaspers (1883-1969). Eine marxistisch-leninistische Auseinandersetzung mit Jaspers' philosophischem, politischem und medizinischem Werk*, Halle (Saale), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Wissenschaftliche Beiträge, 1984.

- Geyer-Kordesch J., *Pietismus, Medizin und Aufklärung in Preußen im 18. Jahrhundert. Das Leben und Werk Georg Ernst Stahls*, Tübingen, Niemeyer, 2000.

- Giustino Vitolo A., *Sul rapporto Jaspers-Weber. I: Il disincanto del mondo; II: La «filosofia dell'esistenza»*, in «Atti dell'Accademia di Scienze morali e politiche», 1989, C, pp. 55-69 e 241-265.

- Glatzel J., *Zum Problem der Krankheitseinheit in der Psychiatrie seit Jaspers*, in J.M. Burchard (hrsg.), *Psychopathologie. Neue Beiträge zu Klinik und Praxis*, Stuttgart/*New* York, Schattauer, 1981, pp. 133-145.

- Glaus A. / Grünthal E. / Heimann H. / Kuhn R. / Spoerri T. / Wyrsch J. (hrsg.), *Beiträge zur Geschichte der Psychiatrie und Hirnanatomie*, Basel, Karger, 1957.

- Gottschalk H., *Karl Jaspers*, Berlin, Colloquium, 1966.

- Gross G. / Hubner G., *Sensorische Störungen bei Schizophrenien*, in «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank», 1972, 216, pp. 119-130.

- Grosso L., *Wilhelm Griesinger tra fisiopatologia del sistema nervoso e psicologia dell'io*, contributo al convegno su «I confini dell'anima. Filosofia e psicologia da Herbart a Freud», L'Aquila, 11-14 maggio 1994.

- Gruhle H.W., *Psychopathologie und akademischer Unterricht,* in K. Piper (hrsg.), *Offener Horizont*. *Festschrift für Karl Jaspers*, München, Piper, 1953, pp. 155-168.

- Guarnieri P., *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia,* Firenze, Olschki, 1991.

- Häfner H., *Descriptive psychopathology phenomenology, and the legacy of Karl Jaspers*, in «Dialogues in Clinical Neurosciences», 2015, 17, 1, pp. 19-29.

- Häfner H., *Karl Jaspers. 100 Jahre "Allgemeine Psychopathologie"*, in «Nervenarzt», 2013, 11, pp. 1281-1290.

- Harth D. (hrsg.), *Karl Jaspers. Denken zwischen Wissenschaft, Politik und Philosophie,* Stuttgart, Metzler, 1989.

- Heimann H., *Der Einfluss Karl Jaspers' auf die Psychopathologie*, in «Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie», 1950, CXX, pp. 1-19.

- Heinz A., *Gesundheit. Begriffe und Konzepte*, Stuttgart, Kohlhammer, 2016.

- Helm J., *Das Medizinkonzept Georg Ernst Stahls und seine Rezeption im Halleschem Pietismus und in der Zeit der Romantik*, in «Berichte zur Wissenschaftsgeschichte», 2002, 23, pp. 167-190.

- Herbart J.F., *Psychologie als Wissenschaft, neu gegründet auf Erfahrung, Metaphysik, und Mathematik*, Königsberg, Unzer, 1824-1826.

- Hermle L*., Karl Wilmanns (1873-1945) – biobibliographische Betrachtung einer psychiatrischen Ära*, in «Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete», 1988, 56, pp. 103-110.

- Hersch J. / Lochman J.M. / Wiehl R., *Karl Jaspers. Philosoph, Arzt, politischer Denker*, München, Piper, 1986.

- Hinchman L.P. / Hinchman S.K., *Existentialism Politicized: Arendt's Debt to Jaspers*, in «The Review of Politics», 1991, LIII, 3, pp. 435-468.

- Hippius H. / Peters G. / Ploog D. (unter Mitarbeit von P. Hoff und A. Kreuter), *Emil Kraepelin Lebenserinnerungen*, Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo, Springer, 1983.

- Hoff P., *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung*, Berlin/Heidelberg, Springer, 1994.

- Hoff P., *Ergebnisse und Kasuistik. Zum Krankheitsbegriff bei Emil Kraepelin*, in «Nervenarzt», 1985, 56, pp. 510-513.

- Hoff P., *Geschichte der Psychiatrie*, Berlin/Heidelberg, Springer, 2016.

- Hoff. P., *Kraepelin and degeneration theory*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 2008, 258, pp. 12-17.

- Hoff P. / Hippius H., *Wilhelm Griesinger (1817-1868) – sein Psychiatrieverständnis aus historisches und aktueller Perspektive*, in «Der Nervenarzt», 2001, 72, pp. 885-892.

-Hoffmann F., *Disputatio physico-medica de causis caloris naturalis et praeternaturalis in corpore nostro*, [Halae], Zeitleri, 1699.

- Hoffmann F., *Medicina rationalis systematica*, Halae Magdeburgicae, prostat in officina Rengeriana,1718-1739, poi riedita in Id., *Operum Omnium physico-medicorum supplementum*, Genevae, Apud Fratres de Tournes, 1749, *Pars Prima.*

-Hoffmann F., *Commentarius de differentia inter ejus doctrinam medico-mechanicam, et Georgii Ernesti Stahlii medicum-organicam*, in Id., *Operum Omnium physico-medicorum supplementum*, Genevae, Apud Fratres de Tournes, 1749, *Pars secunda*, pp. 423-499.

- Hoffmann F., *Differenza tra la dottrina di Stahl e la mia in patologia e terapia*, a cura di F.P. De Ceglia, Pisa, Plus, 2009.

- Jablensky A. / Woodbury M.A., *Dementia praecox and manic-depressive insanty in 1908: a Grade of Membership analysis oft he Kraepelinian dichotomy*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 1995, 245, pp. 202-209.

- Jäger M., *Konzepte der Psychopathologie. Von Karl Jaspers zu den Ansätzen des 21. Jahrhunderts,* Stuttgart, Kohlhammer, 2016.

- Janzarik W. (hrsg.), *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*, Stuttgart, Enke, 1979.

- Kaegi D., "*Es ist mit unserem Leben etwas ganz anderes geworden". Zwei Briefe von Löwith und Jaspers*, in «Heidelberger Jahrbücher», 1997, XLI, pp. 284-296.

- Kaiser W. / Mocek R., *Johann Christian Reil*, Leipzig, Teubner, 1979.

- Kaufmann M., *Aufgeklärte Anarchie. Eine Einführung in die politische Philosophie*, Berlin, Akademie Verlag, 1999 (traduzione italiana: *Anarchia illuminata. Un'introduzione alla filosofia politica*, Napoli, Liguori, 2007).

- Kloos G. (mit einem Geleitwort von Karl Jaspers), *Die Konstitutionslehre von Carl Gustav Carus mit besonderer Berücksichtigung seiner Physiognomik*, Basel/New York, Karger, 1951.

- Kolle K., *Emil Kraepelin 1856-1926*, in Id. (hrsg.), *Grosse Nervenärzte*, Bd. I, Stuttgart, Thieme, 1956, pp. 175-186.

- Kolle K., *Karl Jaspers geb. 1983*, in Id. (hrsg.), *Grosse Nervenärzte*, Bd. I, cit., pp. 145-152.

- Kolle K., *Karl Jaspers als Psychopathologe*, in P.A. Schilpp (hrsg.), *Karl Jaspers*, Stuttgart, Kohlhammer, 1957, pp. 436-464.

- Kolle K., *Kraepelin und Freud. Beitrag zur neueren Geschichte der Psychiatrie,* Stuttgart, Thieme, 1957.

- Kolle K., *Karl Jaspers als Lehrer eines Psychiatiers*, in K. Piper und H. Saner (hrsg.), *Erinnerungen an Karl Jaspers*, München/Zürich, Piper, 1974, pp. 53-58.

- Kornbichler T., *Deutsche Geschichtsschreibung im 19. Jahrhundert. Wilhelm Dilthey und die Begründung der modernen Geschichtswissenschaft*, Pfaffenweiler, Centaurus-Verlagsgesellschaft, 1986.

- Krüger G., *Einleitung zu Jaspers' "Die Geistige Situation der Zeit" (1932)*, in H. Saner (hrsg.), *Karl Jaspers in der Diskussion*, München, Piper, 1973, pp. 133-141.

- Kumazaki T., *The theoretical root of Karl Jaspers' General Psychopathology. Part I: Reconsidering the influence od phenomenology and hermeneutic*, in «History of Psychiatry», 2013, 24, 2, pp. 212-226.

- Kutzer M., *„Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien*, in E.J. Engstrom / V. Roelcke (hrsg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, cit., pp. 27-47.

- Langs R., *Follia e cura*, Torino, Bollati Boringhieri, 1988.

- Leonhard J.F. (hrsg.), *Karl Jaspers in seiner Heidelberger Zeit*, Heidelberg, Heidelberger Verlagsanstalt und Druckerei, 1983.

- Lombardi P. / Bonomi C. (a cura di), *Osservazioni dalla casa dei folli.* "*I saperi sulla follia. Il corpo e le passioni nel Settecento in Europa e nel Granducato di Toscana"*, Firenze, Nicomp, 2006.

- Löwith K., *Die Geistige Situation der Zeit*, in H. Saner (hrsg.), *Karl Jaspers in der Diskussion*, cit., pp. 142-152.

- Maggini C., *Il pregiudizio nel processo diagnostico e terapeutico in psichiatria*, in «Journal of Psychopathology», 2015, 21, pp. 23-29.

- Magnano San Lio G., *Forme del sapere e struttura della vita. Per una storia del concetto di* Weltanschauung. *Tra Kant e Dilthey*, Soveria Mannelli (Cz), Rubbettino, 2005.

- Magnano San Lio G. / Magnano San Lio M. (a cura di), *Studi Jaspersiani*. *Rivista annuale della "Società italiana Karl Jaspers"*, Napoli/Salerno, Orthotes Editrice, vol. VIII: *Influssi e interferenze: Karl Jaspers e i contemporanei*, 2020.

- Mann T., *Betrachtungen eines Unpolitischen*, Berlin, S. Fischer, 1918 (traduzione italiana, a cura di M. Marianelli e M. Ingenney: *Considerazioni di un impolitico*, Milano, Adelphi, 1997).

- Marneros A. / Dorsch V. / Gutmann P. / Pillmann F., *Reil und seine Nachfolger. Zwei Jahrhunderte Universitätspsychiatrie am Geburtsort der "Psychiatrie",* Köln, ANA Publishers, 2012.

- Marneros A. / Pillmann F., *Das Wort Psychiatrie… wurde in Halle geboren. Von den Anfangen der deutsche Psychiatrie*, Stuttgart, Schattauer, 2005.

- Martinez Gomez L., *Los Tipos de "Weltanschauung" de Guillermo Dilthey*, in «Pensamiento», 1952, 8, pp. 5-29.

- Masi G., *La ricerca della verità in Karl Jaspers*, Bologna, Zuffi, 1952.

- Massimilla E., *Presupposti e percorsi del comprendere esplicativo. Max Weber e i suoi interlocutori,* Napoli, Liguori, 2015.

- Massimilla E., *Tre studi su Weber. Fra Rickert e Von Kries*, Napoli, Liguori, 2010.

- Mayer (von) J.R., *Über die Erhaltung der Energie. Briefe an Wilhelm Griesinger nebst dessen Antwortschreiben aus den Jahren 1842-1845*, hrsg. W. Preyer, Berlin, Gebrüβer Paetel, 1889.

- Meo O., *Psicopatologia e filosofia in Karl Jaspers*, Firenze, Le Monnier, 1979.

- Mette A., *Wilhelm Griesinger. Der Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland,* Leipzig, Teubner, 1976.

- Miano F., *Esistenza e responsabilità. Il problema del male nella visione etico-politica di K. Jaspers,* in R. Gatti (a cura di), *Il male politico*, Roma, Città Nuova, 2000, pp. 37-56.

- Miano F., *Etica e storia nel pensiero di Karl Jaspers*, Napoli, Loffredo, 1993.

- Minkowski E., *Le temps vécu*. *Études phénoménologiques et psychopathologiques,* Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1968 (traduzione italiana, a cura di G. Terzian: *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Torino, Einaudi, 1971).

- Misch G., *Vom Lebens- und Gedankenkreis Wilhelm Diltheys*, Frankfurt a. M., Schulte/Bulmke, 1947.

- Moeller R.G., *War Stories: The Search for a Usable Past in the Federal Republic of Germany*, in «The American Historical Review», 1996, CI, 4, pp. 1008-1048.

- Mommsen W.J., *Max Weber und die deutsche Politik, 1890-1920*, Tübingen, Mohr, 1974 (traduzione italiana, a cura di D. Conte: *Max Weber e la politica tedesca*, Bologna, Il Mulino, 1993).

- Müller J.P., *Handbuch der Physiologie des Menschen für Vorlesungen*, Coblenz, Hölscher, 1834.

- Örnek Y., *Karl Jaspers. Philosophie der Freiheit*, Freiburg/München, Karl Alber, 1986.

- Paci E., *L'esistenzialismo*, Padova, Cedam, 1943.

- Pareyson L., *Esistenza e persona*, Genova, Il Melangolo, 1985.

- Pareyson L., *Filosofia della libertà*, Genova, Il Melangolo, 1989.

- Pareyson L., *Karl Jaspers*, Genova, Marietti, 1983.

- Pareyson L., *Studi sull'esistenzialismo*, Firenze, Sansoni, 1950.

- Pauleikhoff B., *Emil Kraepelin (1856-1926)*, in Engelhardt v. D. / Hartmann F. (hrsg.), *Klassiker der Medizin*, vol. I, cit., pp. 299-322.

- Pauleikhoff B., *Unterschiede zwischen Erklären und Verstehen auf Grund des ursprünglichen Wortsinns*, in «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank», 1963, 204, pp. 556-561.

- Penzo G., *Jaspers. Esistenza e trascendenza*, Roma, Edizioni Studium, 1985.

- Penzo G. (a cura di), *Karl Jaspers e la critica*, Brescia, Morcelliana, 1985.

- Penzo G., *Il comprendere in Karl Jaspers e il problema dell'ermeneutica*, Roma, Armando Editore, 1985.

- Peters U.H. (hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Band X: *Ergebnisse für die Medizin (2). Psychiatrie*, Zürich, Kindler, 1980.

- Piovani P., *Principi di una filosofia della morale* (1972), ora in Id., *Per una filosofia della morale*, a cura di F. Tessitore, Milano, Bompiani, 2010, pp. 659-872.

- Porter R., *Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte*, Zürich, *Dörlemann*, 2005.

- Reil J.C., *Entwurf einer allgemeinen Pathologie und Therapie*, Halle, in der Curtschen Buchhandlung, 1816, 3 voll.

- Rickert H., *Der Gegenstand der Erkenntnis. Ein Beitrag zum Problem der philosophischen Transcendenz*, Freiburg i. B., Mohr, 1892.

- Rickert H., *Die Grenzen der naturwissnschaftlichen Begriffsbildung,* Hildesheim, Olms, 1896 (traduzione italiana, a cura di M. Catarzi: *I limiti dell'elaborazione concettuale scientifico-naturale: un'introduzione logica alle scienze storiche*, Napoli, Liguori 2002).

- Rickert H., *Kulturwissenschaft und Naturwissenschaft*, Tübingen, Mohr, 1915.

- Ritter H. / Scherf E., *Habe unbändig viel zu tun… Johann Christian Reil*, Halle (Saale), Hasenverlag, 2011.

- Ricci Sindoni P., *I confini del conoscere. Jaspers dalla psichiatria alla filosofia*, Messina, Giannini, 1980.

- Ricci Sindoni P., *Realtà politica e riflessione filosofica nel pensiero di K. Jaspers*, in «La nuova critica», 1973, 11, pp. 57-80.

- Ricci Sindoni P., *Un filosofo tra i filosofi. Karl Jaspers e il pensiero occidentale*, Milano/Udine, Mimesis, 2018.

- Rodi F., *Genesi e struttura della "Introduzione alle scienze dello spirito*" *di Dilthey*, in G. Cacciatore / G. Cantillo (a cura di), *Wilhelm Dilthey. Critica della metafisica e ragione storica*, Bologna, Il Mulino, 1985, pp. 187-203.

- Rodi F., *La ricostruzione del sistema della "Introduzione alle scienze dello spirito"*, in F. Bianco (a cura di), *Dilthey e il pensiero del Novecento*, Milano, Franco Angeli, 1988[2], pp. 168-178.

- Rossi Monti M., *Psichiatria e Fenomenologia*, Torino, Loescher, 1978.

- Rothschuh K.E., *Studien zu Friedrich Hoffmann* (1660-1742), «Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte», 1976, 60, 2, pp.163-193, e 3, pp. 235-270.

- Sa'Adah A., *Regime Change: Lessons from Germany on Justice, Institution Building*, *and Democracy*, in «The Journal of Conflict Resolution», 2006, III, pp. 303-323.

- Sabbatini R. (a cura di), *Dal monastero allo spedale de' pazzi. Fregionaia da metà Settecento al 1808*, Roma, Donzelli, 2012.

- Salamun K., *Karl Jaspers*, München, Beck, 1985.

- Salamun K. (hrsg.), *Karl Jaspers. Zur Aktualität seines Denkens,* München, Piper, 1991.

- Salamun K., *Moral implications of Karl Jaspers' Existentialism*, in «Philosophy and Phenomenological Research», 1998, XLIX, 2, pp. 317-323.

- Sammet K., *"Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland". Wilhelm Griesinger im Streit mit der Konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*, Münster/Hamburg/London, Lit, 2000.

- Saner H., *Karl Jaspers,* Hamburg, Rowohlt, 1970.

- Saner H. (hrsg.), *Karl Jaspers in der Diskussion,* München, Piper, 1973.

- Sarti G., '*Non c'è futuro senza passato'. La rivista 'Die Wandlung' (1945-49)*, in «Intersezioni», 1997, XVII, 3, pp. 447-468.

- Scharfetter C., *Allgemeine Psychopatologie: eine Einfürung,* Stuttgart/New-York Thieme, 1991 (traduzione italiana, a cura di A. Vicari: *Psicopatologia generale*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2018[3]).

- Schilpp P.A. (hrsg.), *Karl Jaspers*, Stuttgart, Kohlhammer, 1957.

-Schlimme J.E., *Karl Jaspers und Psychopathologie und Psychotherapie*, in H.R. Yousefi/ W. Schüsser/ R. Schulz /U. Diehl, *Karl Jaspers- Grundbegriffe seines Denkens*, Reinbek, Lau Verlag & Handel KG, 2011, pp. 229-250.

- Schmidt-Degenhard M., *Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz, Kohlhammer, 1983.

- Schmitt W., *Das Modell der Naturwissenschaft in der Psychiatrie im Übergang vom 19. Zum 20. Jahrundert*, in «Berichte zur Wissenschaftsgeschichte», 1983, 6, pp. 89-101.

- Schmitt W., *Die Psychopathologie von Karl Jaspers in der modernen Psychiatrie*, in U.H. Peters (hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Band X: *Ergebnisse für die Medizin (2). Psychiatrie*, Zürich, Kindler,1980, pp. 46-62-

- Schmitt W., *Karl Jaspers als Psychiater und sein Einfluss auf die Psychiatrie*, in J.F. Leonhard (hrsg.), *Karl Jaspers in seiner Heidelberger Zeit*, cit., pp. 23-82.

- Schneider F. (hrsg.), *Irgendwie kommnt es anders. Psychiatrer Erzählen*, Berlin/Heidelberg, Springer, 2012.

- Schneider K., *Klinische Psychopathologie*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1950 (traduzione italiana, a cura di B. Callieri: *Psicopatologia clinica*, Firenze, Sansoni, 1965)

- Schott H. / Tölle R., *Geschichte der Psychiatrie*. *Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen*, München, Beck, 2006

- Schrader W., *Geschichte der Friedrichs Universität zu Halle,* I-II, Berlin, Dümmlers, 1894.

- Schulze J.H., *Commentarius de vita Friderici Hoffmanni*, Halae Magdeburgicae, prostat in officina Rengeriana, 1740.

- Schüßler W., *Jaspers zur Einführung*, Hamburg, Junios, 1995.

- Seidel K. / Szewczyk H., *Psychopathologie – Aspekte einer Neubesinnung,* Berlin, Veb Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1978.

- Shepherd M., *Kraepelin and modern psychiatry*, in «European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience», 1995, 245, pp. 189-195.

- Shorter E., *Storia della psichiatria: dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Milano, Masson, 2000.

-Stahl G. E., *Exercitatio medica practica de febre petechiali seu purpurata*, Jenae, literis Joh. Dav. Wertheri, 1685

- Steger F. (unter Mitarbeit von K. Fürholzer und M. Schochow), *Prägende Persönlichkeiten in Psychiatrie und Psychotherapie,* Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2015.

- Steinberg H., *Kraepelin in Leipzig. Eine Begegnung von Psychiatrie und Psychologie*, Bonn, Das Narrenschiff, 2001.

- Strebel J. S., *Commentationis de Viri quondam illustris Georgii Ernesti Stahl*, Onoldi, Typis Laurentii Messeri, 1758.

- Tessitore F., *Per una storia della cultura* (1988), ora in Id., *Contributi alla storia e alla teoria dello storicismo*, vol. I, Roma, Edizioni di Storia e Letteratura, 1995, pp. 35-79.

- Tessitore F., *Tra esistenzialismo e storicismo: la filosofia morale di Pietro Piovani* (1974), ora in Id., *Contributi alla storia e alla teoria dello storicismo*, vol. V, Roma, Edizioni di Storia e Letteratura, 2000, pp. 431-498.

- Thiele R., *Wilhelm Griesinger 1817-1868*, in Kolle K. (hrsg.), *Grosse Nervenärzte*, cit., pp. 115-127.

- Thomasius C., *Sincerus Veritatis Indagator Viro Celeberrimo, Autori Novae Philosophiae Elastico-Corpuscularis, Fundamenta Verae, Antiquissimae, Et Ex Philosophia Mosaica Desumtae Hypotheseos*, Halae Magdebvrgicae, Typis Christoph. Salfeld, Regim. Elect. Brandenb. Typogr., 1694.

- Trombatori D., *Colloqui con Foucault: pensieri, opere, omissioni dell'ultimo maître-à-penser*, Roma, Castelvecchi, 1999.

- Van den Berg J.H., *Fenomenologia e psichiatria. Introduzione alla moderna psicopatologia fenomenologica*, Milano, Bompiani, 1961.

- Van den Berg J.H., *Il metodo fenomenologico in psichiatria e in psicoterapia*, Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2016.

- Veauthier F.W. (hrsg.), *Karl Jaspers zu Ehren*, Heidelberg, Carl Winter, 1986.

- Viotti-Daker M., *Die Kontinuität der Psychosen in den Werken Griesingers, Kalbhaums und Kraepelins und die Idee der Einheitpsychose*, Regensburg, S. Roderer Verlag, 1994.

- Wach J., *Die Typenlehre Trendelenburgs und ihr Einfluss auf Dilthey*, Tübingen, Mohr, 1926.

- Wahrig-Schmidt B., *Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie*, Tübingen, Gunter Narr Verlag, 1985.

- Wahrig-Schimdt B., *Elementi di filosofia dialettica nella psichiatria del giovane Griesinger*, in «Rivista di Psicologia» 1955, 2, pp. 53-61.

- Wahrig-Schimdt B., *Wilhelm Griesinger*, in D. v. Engelhardt und F. Hartmann (hrsg.), *Klassiker der Medizin*, zweiter Band: *Von Philippe Pinel bis Viktor von Weizsacker*, München, Beck, 1991, pp. 172-189.

- Warren M., *Max Weber's Liberalism for a Nietzschean World*, in «The American Political Science Review», 1988, LXXXII, 1, pp. 31-50.

- Warsitz R.P., *Zwischen Verstehen und Erklären. Die widerständige Erfahrung der Psychoanalyse bei Karl Jaspers, Jürgen Habermas und Jacques Lacan*, Würzburg, Königshausen & Neumann, 1990.

- Weber M., *Die Entwicklung der Psychofarmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlicher Medizin. Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesysistems*, München, Urban & Vogel, 1999.

- Weber M., *Der Sinn der "Wertfreiheit" der soziologischen und ökonomischen Wissenschaften*, in «Logos», 1917, VII, pp. 40-88 (traduzione italiana, a cura di P. Rossi: *Il senso della 'avalutatività' delle scienze sociologiche ed economiche*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Torino, Einaudi, 2003, pp. 241-303).

- Weber M., *Die 'Obiektivität' sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis*, in «Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik», 1904, XIX, pp. 22-87 (traduzione italiana, a cura di P. Rossi: *L''oggettività' conoscitiva della scienza sociale e della politica sociale*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, cit., pp. 3-88).

- Weber M., *Die protestantische Ethik und der "Geist" des Kapitalismus*, in «Archiv für Sozialwississenschaften und Sozialpolitik», 1904, XX, pp. 1-54, e 1905, XXI, pp. 1-110 (traduzione, italiana a cura di P. Burresi: *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo,* Roma, Sansoni, 1945).

- Weber M., *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Tübingen, Mohr, 1922.

- Weber M., *Kritische Studien auf dem Gebiet der kulturwissenschaftlichen Logik,* in «Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik», 1906, XXII, pp. 143-207 (traduzione italiana, a cura di P. Rossi: *Studi critici intorno alla logica delle scienze della cultura*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, cit., pp. 89-180).

- Weber M., *Politik als Beruf*, München/Leipzig, Duncker & Humblot, 1919 (traduzione italiana, a cura di F. Tuccari: *La politica come professione*, Milano, Mondadori, 2006).

- Weber M., *Roscher und Knies und die logischen Probleme der historischen Nationalökonomie*, Berlin, Duncker & Humblot, 1906 (traduzione italiana, a cura di A. Roversi e C. Tommasi: *Roscher e Knies e i problemi logici della scuola storica dell'economia*, in Id., *Saggi sulla dottrina della scienza*, Bari, De Donato, 1980).

- Weber M., *Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie*, in «Logos», 1913, IV, 3, pp. 427-474 (traduzione italiana, a cura di P. Rossi: *Alcune categorie della sociologia comprendente*, in Id., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, cit., pp. 181-239).

- Weber M., *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen, Mohr, 1922 (traduzione italiana, a cura di T. Biagiotti, F. Casabianca, P. Chiodi, E. Fubini, G. Giordano e P. Rossi: *Economia e società*, Milano, Edizioni di Comunità, 1961).

- Weber M., *Wissenschaft als Beruf*, München/Leipzig, Duncker & Humblot, 1919 (traduzione italiana, a cura di L. Pellicani: *La scienza come professione*, Roma, Armando Editore, 1997).

- Wiehl R. / Kaegi D. (hrsg.), Karl Jaspers. *Philosophie und Politik*, Heidelberg, Universitätverlag Winter, 1999.

- Wiesner A., *Leben und Werk des Tübinger Professors Wilhelm Griesinger*, Emsdetten, Heinr. & J. Lechte, 1937.

- Windelband W., *Geschichte und Naturwissenschaft*, in Id., *Präludien*, Tübingen Mohr, 1921[6], vol. II, pp. 136-160 (traduzione italiana, a cura di P. Rossi: *Storia e scienza della natura*, in P. Rossi (a cura di) *Lo storicismo tedesco*, Torino, Utet, 1977, pp. 313–332).

- Witter H., *Die Bedeutung von Karl Jaspers für die Psychiatrie*, in *Karl Jaspers zu Ehren*, cit., pp. 103-120.

- Wolfradt U., *Depersonalisation. Selbstentfremdung und Realitätsstörung*, Köln, Kölner Studien Verlag, 2003.

- Wunderlich C.A., *Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Ebner&Seübert, 1859.

- Zilboorg G. / Henry G.W., *A History of Medical Psychology*, New York, W.W. Norton & Company, 1941 (traduzione italiana, a cura di M. Edwards: *Storia della psichiatria,* Milano, Feltrinelli, 1963).

Indice

Introduzione p. 3

Capitolo primo - Le origini dell'interesse per il disagio mentale p. 11
1.1 Le *Geisteskrankheiten*: la necessità di una ricostruzione storica p. 11
1.2 Il concetto di malattia mentale tra mito e leggenda: il mondo antico p. 18
1.3 Le 'ombre' del Medioevo p. 38

Capitolo secondo - La nascita della psichiatria e della psicopatologia in età moderna p. 45
2.1 La "prima rivoluzione psichiatrica" in età rinascimentale p. 45
2.2 Il Seicento: il "grande internamento" e l'isteria, espressione borghese della "non-ragione" p. 50
2.3 L'età dell'*Aufklärung*: l'indagine somatico-psicologica e la scoperta della nevrosi p. 62
2.4 La tradizione inglese e francese: la psichiatria scientifica "manicomiale" p. 68

Capitolo terzo - La psichiatria tedesca: la 'svolta ottocentesca' p. 83
3.1 L'origine del termine 'psichiatria': la tradizione di Halle (Saale) p. 83
3.2 La "psichiatria romantica" tedesca: *Psychiker* e *Somatiker* p. 117

Capitolo quarto - Da Wilhelm Griesinger a Karl Jaspers: il superamento del "dogma somatico" e l'origine della psichiatria scientifica tedesca p. 138
4.1 Oltre il riduzionismo: Wilhelm Griesinger e i presupposti della *Magna Charta* della psichiatria p. 138
4.2 *Theorien und Thatsachen*: il 'manifesto' della psichiatria scientifica p. 153
4.3 Wilhelm Griesinger, medico e 'riformatore': per una fondazione fisiopatologica della psichiatria e un trattamento 'umano' dei malati p. 159
4.4 Il *Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin* di Wilhelm Griesinger: il ruolo della psicologia e la 'comprensione' dell'anima malata nei deliri primordiali p. 184
4.5 Karl Jaspers e Wilhelm Griesinger: al di là del "dogma somatico" p. 195

Capitolo quinto - Il giovane Jaspers e la clinica di Heidelberg: la genesi concettuale dell'*Allgemeine Psychopathologie* del '13 p. 219
5.1 Karl Jaspers psicopatologo. La tradizione della clinica di Heidelberg p. 219
5.2. Oltre il metodo clinico-descrittivo e la nosologia di Kraepelin: *Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz* e *Allgemeine Psychopathologie* p. 231
5.3 *Kausale und "verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia Praecox*

(*Schizophrenie*): le radici del pluralismo metodologico dell'*Allgemeine Psychopathologie* p. 264

Capitolo sesto - Il *Verstehen* e l'idea di "uomo intero": il rinnovato approccio psicopatologico p. 281
6.1 Il dibattito su oggetto e metodo delle scienze umane tra Otto e Novecento p. 281
6.2 La psicopatologia jaspersiana tra *Geisteswissenschaften* e *Naturwissenschaften*: complessità dell'approccio teorico e terapeutico p. 294
6.3 L'ampliamento del metodo psicopatologico e il ruolo del *Verstehen* p. 302
6.4 L'"uomo intero": tra filosofia e scienze p. 310

Conclusioni p. 320

Zusammenfassung p. 332

Bibliografia p. 355

Indice p. 379