MEDICINA, RAZIONALITÀ ED ESPERIENZA

BYRON GOOD, *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*
Cambridge, Cambridge University Press, 1994

di Fabio Dei

Questo libro nasce da una serie di conferenze, le prestigiose "L.H. Morgan Lectures", tenute dall'autore nel 1990 e dedicate allo statuto e alle prospettive conoscitive dell'antropologia medica. È un libro ricco e complesso, non facile da recensire perché si muove su una molteplicità di livelli. Possiamo considerarlo come una sorta di *summa* della carriera intellettuale di Byron Good, se non persino un "manifesto" della scuola di antropologia medica di Harvard, di cui egli è esponente di primo piano. Diversamente che in molti suoi precedenti scritti, Good ha qui un intento sistematizzante e fondativo: tratteggia i lineamenti di un'intera tradizione di ricerca, la colloca in un ampio scenario epistemologico e teoretico, avanza prospettive per il futuro degli studi.

Il libro può esser letto in molte chiavi diverse: contiene infatti una densa discussione epistemologica, una ricostruzione della storia degli studi di antropologia medica, una consistente dimensione di aggiornamento teorico, e infine una serie di resoconti empirici dalle ricerche compiute da Good in Iran, in Turchia e all'interno dello stesso sistema medico statunitense. L'antropologia medica che Good ha in mente è di tipo radicalmente interpretativo o, come egli si esprime, critico-ermeneutico. Ciò significa, in primo luogo, un'antropologia che non assume la moderna concezione "biologica" del corpo e della malattia come risorsa conoscitiva. La biomedicina non è una forma di *sapere* oggettivo (corrispondente alla realtà) sulla cui base studiare le *credenze* mediche diverse (meramente culturali o simboliche): al contrario, è essa stessa una costruzione culturale, che rende possibile una peculiare ma (necessariamente) parziale esperienza del male.

«I FOGLI DI ORISS», n. 5, 1996, pp. 135-146

Il libro si apre appunto con una serrata critica del concetto di credenza nell'antropologia classica, e delle assunzioni epistemologiche realiste che fondano la dicotomia credenza-conoscenza. Il primo capitolo discute questo tema dalla prospettiva del dibattito filosofico contemporaneo; il secondo esamina gli sviluppi – e il progressivo superamento – della prospettiva realista nella storia degli studi di antropologia medica. Good ripercorre con efficacia le critiche alle concezioni assolutistiche della razionalità e all'idea di scienza come "specchio della natura", per usare l'espressione resa celebre da Richard Rorty; ed esamina i modi in cui la stessa antropologia medica è stata influenzata da una concezione empirista del linguaggio medico, secondo la quale le relazioni tra l'ordine dell'esperienza, quello del linguaggio e quello della biologia possono esser comprese nei termini di una scienza naturale positiva:

> il "modello medico" considera le malattie come entità biologiche o psicofisiologiche universali, risultanti da lesioni o disfunzioni somatiche. Queste ultime producono "segni" o anormalità fisiologiche, che possono esser misurate per mezzo di procedure cliniche e di laboratorio, oltre a produrre sintomi o espressioni dell'esperienza di malessere [...] Mentre i sintomi dei pazienti possono esser codificati in un linguaggio culturale, il fondamentale obiettivo interpretativo del clinico è decodificare le espressioni simboliche dei pazienti nei termini dei soggiacenti riferimenti somatici. L'esperienza di disordine, comunicata nel linguaggio della cultura, è interpretata alla luce dei disordini fisiologici e conduce alla diagnosi medica (p.8)

Secondo questa prospettiva, la comparazione antropologica dovrebbe trarre ad oggetto solo i sistemi simbolici locali di espressione dei sintomi, utilizzando invece la soggiacente realtà fisiologica come risorsa – giacché solo questa realtà oggettiva e pre-culturale garantirebbe la traducibilità e la comparabilità dei diversi sistemi locali. Good insiste sull'ingenuità di queste assunzioni, a fronte della "critica dei fondamenti" sviluppata dall'intero pensiero novecentesco; e sostiene che l'assunzione della "realtà oggettiva" della biomedicina come risorsa impedisce di comprendere le più profonde diversità tra sistemi medici, pregiudicando di fatto la comparazione antropologica.

La sua argomentazione consiste prima di tutto nel mostrare come la stessa biomedicina sia una costruzione culturale e locale. A questo è

dedicato il terzo capitolo del libro. Partendo da una ricerca condotta tra gli studenti di medicina di Harvard, Good tenta di enucleare i "principi formativi" (concetto che trae dalla *Filosofia delle forme simboliche* di Cassirer) che stanno alla base della "realtà" biomedica. Principi che affondano le radici non tanto in astratte concezioni filosofiche, quanto in *pratiche* che danno forma all'esperienza stessa che il medico ha del corpo e della malattia. Nella formazione del medico, ad esempio, hanno un ruolo cruciale la pratica anatomica, che insegna a *vedere* il corpo in modi radicalmente diversi da quelli del senso comune; la pratica dello *scrivere* note cliniche su un paziente e quella di presentare un caso ai colleghi, in cui è richiesta la capacità di selezionare l'essenziale dall'inessenziale, di ricondurre a un numero limitato di categorie rilevanti una realtà esistenziale che è sempre infinitamente complessa. Attraverso simili pratiche, la medicina moderna costruisce la malattia in una prospettiva che Good chiama "materialistica e individualizzante", e che così sintetizza:

> La malattia (*disease*) risiede nel corpo individuale, e lo scopo della cura è comprendere i fenomeni di superficie in riferimento a un più profondo ordine ontologico, di legare i sintomi e i segni alla struttura o alle funzioni fisiologiche, intervenendo su quel livello. La malattia (*disease*) ha un corso naturale, e nella sua storia non interviene alcun agente personalizzato. La struttura narrativa e fenomenologica dell'esperienza di malattia (*illness*), e la persona che è soggetto della sofferenza, sono rilevanti per la comune pratica clinica solo in quanto rivelano l'ordine patofisiologico, dando la possibilità al medico di formulare e documentare il caso sotto forma di progetto medico (p. 83)

A Good non interessa criticare questa concezione – in nome, poniamo, di una qualche concezione alternativa che si presenta come "più vera". Gli interessa invece contestarne le pretese di universalità. Quella che si costituisce all'interno delle pratiche biomediche, come egli si esprime, è una epistemologia "locale", che non può essere assunta a base della comparazione interculturale: l'analisi antropologica potrà semmai trarla ad oggetto di comparazione, accanto alle "epistemologie" costituite all'interno di culture diverse – o di diverse forme pratiche di vita all'interno della stessa moderna società occidentale. La prospettiva di Good è qui decisamente relativista (perlomeno, nella comu-

ne accezione di questo termine nel dibattito antropologico): nella comparazione tra sistemi medici non abbiamo a che fare con diversi modi di spiegare e di intervenire su una stessa realtà, ma con modi diversi e tendenzialmente incommensurabili di costruire una possibile esperienza della realtà. Questa prospettiva è sostenuta nel libro con frequenti e puntuali riferimenti ai principali indirizzi anti-empiristi della filosofia novecentesca: dal neokantismo di Cassirer, alla fenomenologia di Schutz, al costruttivismo di Goodman, all'ermeneutica di Ricoeur, al pragmatismo di Rorty (meno cospicui, singolarmente, i riferimenti a Wittgenstein, che ci si aspetterebbe invece di trovare al centro di un simile scenario filosofico).

Il quarto capitolo ci introduce appunto nel vivo delle discrepanze tra la formulazione biomedica della realtà e altre "forme simboliche" in cui l'esperienza della sofferenza e della malattia va ad inscriversi. Good discute a lungo due esempi. Il primo è il caso di una giovane americana, Testimone di Geova, che dà senso a certi propri sintomi (sanguinamenti rettali) nel quadro di un "modello mitico" espresso in un linguaggio religioso; questo modello sfugge completamente ai medici che la curano, e può invece esser scoperto dall'analisi dell'insieme di relazioni semiotiche (p. 100) presenti all'interno del suo discorso. All'interno della stessa cultura, e in relazione a un sintomo preciso, emerge qui un sottile ma chiaro problema di "traducibilità".

Assai più vistoso è il problema di traducibilità nel secondo esempio, che riguarda i rapporti tra la biomedicina occidentale e la tradizione medica galenica e islamica. Come "tradurre" una teoria medica che concepisce il funzionamento dell'organismo in termini di interazioni tra un certo numero di costituenti elementari caricate di un forte valore simbolico, come il caldo e il freddo, il secco e l'umido, gli "umori" ecc.? Good critica con forza le traduzioni di tipo empirista, che cercano di determinare il significato di tali nozioni aliene con una realtà oggettiva e indipendente – il che equivale, di solito, nel rileggerli nei termini di concetti biomedici, giudicandoli come "realistici" o come "simbolici" a seconda del loro grado di corrispondenza a questi ultimi. Allo stesso modo, Good ritiene inservibile per l'antropologia medica il modello "analitico" di traduzione, basato sul celebre "Principio di carità" di Donald Davidson (interpretare enunciati alieni in modo che risultino il più possibile veri e coerenti rispetto alle nostre concezioni culturali). Il

punto, insiste Good, è che non sono mai singoli termini dei linguaggi medici a poter esser comparati, ma interi sistemi di pratiche e di saperi. Egli sostiene dunque la necessità di una "ermeneutica antropologica", nella quale la traduzione o interpretazione anche di un solo concetto (p. es. "calore") implichi l'immersione in una intera tradizione semiotica e scientifica e nelle pratiche che la sostengono (p. 112). "Tradurre" un sistema medico "altro" implica ricostruire un intero orizzonte fenomenologico, un universo significativo che va inteso a diversi livelli. Good individua almeno quattro di questi livelli, costruendo su di essi una solida griglia metodologica:

— un primo livello *semiotico*, concernente i sistemi teoretici, le assunzioni metafisiche, i significati attribuiti dalla tradizione;

— un secondo livello relativo alle *pratiche* legate a quella specifica tradizione;

— un terzo, relativo ai modi dell'esperienza e della percezione sensibile aperti da quelle pratiche e dal quel sistema semiotico;

— un quarto livello relativo ai modi in cui un determinato sistema medico è connesso alle *relazioni sociali* e di potere, definendosi attraverso lo scontro e il negoziato di "voci" variamente autorevoli.

In suoi precedenti lavori, Good aveva insistito soprattutto sui primi due aspetti, proponendo il concetto di "rete semantica" (*semantic network*) come chiave dell'analisi antropologica. I saperi e i comportamenti medici, in questa prospettiva, si fondano su strutture generative di significati che possono esser ricostruite col metodo dell'analisi semiotica: un punto di vista fortemente influenzato dalle posizioni dello strutturalismo e della linguistica generativo-trasformazionale. In questo libro, la teoria delle "reti semantiche" è sottoposta ad esplicita autocritica (v. p. 171 sgg.). Good la considera non tanto errata quanto parziale, e pone l'accento piuttosto sugli ultimi due punti sopra citati, vale a dire sui modi di costituzione dell'esperienza soggettiva della salute-malattia, da un lato, e dall'altro sui processi di negoziazione sociale della realtà medica. Le analisi semiotiche, come osserva ad esempio a proposito della *Nascita della clinica* di Foucault, per quanto feconde, hanno il cruciale difetto di trascurare il ruolo attivo della soggettività nella costituzione dei modelli culturali – così come la critica letteraria strutturalista trascura il ruolo dell'autore fino a farlo scomparire.

La necessità di comprendere l'elaborazione soggettiva delle reti semantiche conduce Good ad utilizzare massicciamente gli strumenti della fenomenologia. Così, il capitolo 5 poggia interamente sul concetto husserliano di *Lebenswelt* (e sulle sue elaborazioni da parte di Schutz e Merleau-Ponty), come chiave per comprendere l'elaborazione dell'esperienza di dolore cronico. Analizzando in profondità un singolo *case-study*, Good mostra come l'esperienza del dolore cronico porti alla dissoluzione del più comune "mondo della vita", della realtà di senso comune che fa da sfondo all'esistenza quotidiana nelle nostre società. Il dolore cronico è vissuto come dissoluzione di un universo o "provincia" di significato, per usare il termine schutziano, ed innesca tuttavia processi di ricostruzione di un nuovo ordine simbolico al cui interno il dolore possa trovare un senso.

Per il lettore italiano, è interessante notare le analogie di questo approccio con l'analisi demartiniana della "crisi della presenza" e del suo "riscatto" per mezzo del simbolismo mitico-rituale. Good non cita mai de Martino e, Husserl a parte, utilizza fonti diverse: ma è evidente come le sue riflessioni affondino nello stesso *humus* filosofico fenomenologico ed esistenzialista cui attingeva lo studioso napoletano. Il disfarsi e rifarsi del mondo nel vissuto del dolore cronico ha molto in comune con le dinamiche crisi-reintegrazione culturale descritte da De Martino. Da un lato, il dolore cronico rappresenta un rischio esistenziale radicale, di fronte a cui sembrano cadere i presupposti basilari della realtà di senso comune: come nella crisi della presenza, si perde il senso del Sé in quanto distinto dalle cose esterne, il senso di vivere in un mondo condiviso con altri, il comune ordine temporale dell'esperienza, la capacità di rapportarsi al mondo in modo attivo, secondo progetti intenzionali e "sospendendo" le nostre ansie fondamentali – in particolare la consapevolezza della nostra mortalità (cfr. su questo punto testi demartiniani come *La fine del mondo* e, soprattutto, i saggi recentemente rieditì in *Storia e metastoria*, a cura di M. Massenzio). Dall'altro lato, a questa dissoluzione di un mondo si contrappone lo sforzo di costruire un nuovo ordine che possa ricomprendere al proprio interno l'esperienza rischiosa e risolverla secondo modelli culturali socialmente condivisi – in particolare, narrazioni mitiche e pratiche rituali.

Per la verità, il paziente americano analizzato da Good vive in una cultura che non offre modelli mitico-rituali di riferimento in grado di

ricomprendere e dare un senso all'esperienza disgregante (quali, ad esempio, le pratiche del lutto o il tarantismo studiati da De Martino). La medicina e la psichiatria, cui egli si rivolge, non riescono a fornirgli mezzi adeguati per simbolizzare il suo vissuto e – di conseguenza – per alleviare la sua sofferenza. Egli deve elaborare, per così dire, una mitologia e un immaginario privato – che, nel caso specifico, passano attraverso un'attività di pittura, che egli vive come "una forma di auto-estensione immaginativa, un modo di proiettare la propria coscienza nel mondo" (p.130).

Per De Martino, una mitologia privata è per definizione priva di valore terapeutico, dal momento che non riapre a un ordine condiviso di rappresentazioni, e dunque non fa che accentuare ulteriormente il distacco dalla realtà ordinaria – e qui sta, a suo parere, la differenza fondamentale tra il simbolismo provato delle nevrosi e quello pubblico del rito. Nell'esempio trattato da Good sembra invece che la risposta alla minaccia disgregante del dolore cronico per mezzo di un simbolismo privato abbia almeno un certo grado di successo. Questa è l'altra faccia dell'esasperato individualismo della modernità. Le società tradizionali offrono più chiari modelli di protezione dalla crisi della presenza, ma implicano l'adesione del "malato" a un numero limitato di ruoli fissi stabiliti dalla tradizione (la tarantata, il posseduto, l'affatturato ecc.). La modernità, per così dire, offre minori garanzie, ma concede anche maggiore libertà all'elaborazione individuale della crisi; l'arte, per l'appunto, è un modo in cui un simbolismo privato si legittima socialmente, rovesciando una crisi esistenziale e un certo grado di devianza dal "mondo della vita" ordinario in valori positivi e in ruoli di grande prestigio.

Negli studi demartiniani – come, del resto, in gran parte dell'antropologia classica – ci troviamo di fronte a individui schiacciati dal peso della comunità e della tradizione. Le analisi di Good sottolineano di più il ruolo attivo dell'individuo nel dare un senso al proprio male: l'individuo valuta e soppesa gli strumenti che la cultura offre, negozia le interpretazioni, si orienta tra molteplici possibilità creando un proprio personale racconto. "Racconto" è qui il termine cruciale. Good ritiene infatti che il "mondo della vita", disgregato dall'insorgere minaccioso del male, si ricostituisca attraverso costruzioni *narrative*; e alla rappresentazione narrativa della malattia dedica la parte finale del libro (capitoli 6 e 7):

> Nella forma della narrazione l'esperienza è rappresentata e raccontata, gli eventi sono presentati come dotati di un ordine coerente e significativo, in cui si descrivono al tempo stesso le attività e gli eventi, le esperienze associate con essi, il significato che hanno per la persona interessata [...] Le narrazioni proiettano inoltre le nostre attività ed esperienze nel futuro, organizzando teleologicamente i nostri desideri e le nostre strategie, dirigendole verso fini immaginati o verso forme di esperienza che le nostre vite – o certe nostre particolari attività – mirano a raggiungere (p. 139).

Il ruolo delle forme narrative nella costituzione dell'esperienza del male è esplorato da Good attraverso l'ampia discussione di un'altra sua ricerca, condotta in Turchia su pazienti epilettici. La sua analisi è affascinante, e troppo complessa per poterne dar conto in poche righe. Good si imbatte in storie di vita in cui l'esperienza delle convulsioni gioca un ruolo cruciale e drammatico, punteggiate dai tentativi di trovare adeguate risorse terapeutiche per fronteggiare il male ma, soprattutto, dagli sforzi di ricostituire attorno a questa esperienza deviante un qualche grado di normalità sociale. Da un lato, come detto, Good pone l'accento sul soggetto come attivo centro propulsore di queste che potremmo chiamare storie-costitutive-di-realtà (in ciò contrapponendosi a certo strutturalismo). Dall'altro lato, tuttavia, insiste sul fatto che il soggetto stesso non è un'entità pre-sociale; e le narrazioni cui ogni individuo affida il senso della propria esperienza di malattia hanno una profonda qualità "dialogica e intersoggettiva":

> Le narrazioni [dei pazienti epilettici turchi] erano intersoggettive in un modo ovvio e diretto: erano racconti che utilizzavano forme culturali popolari per descrivere esperienze condivise dai membri di una famiglia; racconti costruiti dialogicamente, spesso narrati attraverso le conversazioni intrecciate di diverse persone; racconti che si riferivano spesso alle esperienze di persone diverse dal narratore; racconti posizionati a metà strada tra gli autori, i narratori e gli ascoltatori (p. 158).

Concludendo il capitolo sulla rappresentazione narrativa della malattia, Good avanza una griglia interpretativa che val la pena sintetizzare, giacché si tratta forse della proposta teorica più forte dell'intero libro. La griglia è costituita da sei punti (pp. 164-5), che possono esser considerati come altrettanti momenti di analisi dei materiali:

— gran parte di quello che sappiamo sull'esperienza culturale della malattia, lo sappiamo attraverso le narrazioni – narrazione dei malati, dei loro familiari, di medici e guaritori ecc. Vi è dunque anzitutto una centralità *metodologica* della narrazione;

— vi è tuttavia anche una sua centralità, per così dire, *ontologica*, dal momento che per i malati stessi la narrazione è un mezzo fondamentale per dare una forma e un significato alla propria esperienza passata ed alle aspettative per il futuro;

— le storie di malattia hanno diversi elementi in comune con la *fiction*, con la narrazione letteraria: hanno una trama, si presentano come configurazioni ordinate di eventi, possiedono sempre un certo grado di apertura e indeterminatezza;

— una volta raccontate, le storie si rendono *indipendenti* dal loro stesso narratore e dal loro contesto performativo. Sono raccontate sempre di nuovo; i loro effetti e le loro interpretazioni divengono imprevedibili e non controllabili dall'autore;

— le narrazioni di malattia hanno spesso il potere di riorganizzare la realtà per includervi *esperienze non comuni*, inquietanti, misteriose – in altre parole, aprono lo spazio a una dimensione diversa da quella della razionalità ordinaria, in un modo che non risulta possibile al discorso non-narrativo;

— infine, il narratore può esser considerato non solo come autore delle storie ma anche, per molti versi, come *lettore* – in altre parole, la sua posizione può esser compresa nei termini del ruolo che la più recente teoria letteraria assegna al lettore. Il malato si trova a leggere una storia nel senso che spesso non può determinarne in anticipo la conclusione, ed è costretto, con il progredire degli eventi, a rivedere continuamente interpretazioni, giudizi, aspettative. Come per un'opera letteraria, la malattia "può essere compresa e costituita solo attraverso un atto sintetico, conferendo un senso più ampio a ciò che può esser esperito solo in momenti separati e da prospettive limitate" (p. 164).

Quest'ultimo punto è fondamentale, poiché apre la strada ad un approccio fondamentalmente *estetico* al problema dell'esperienza culturale della malattia e della guarigione. Il "senso del male" si costituisce soprattutto attraverso la narrazione e l'ascolto di storie; e le storie rispondono ad una razionalità in senso lato estetica, diversa dalla razionalità discorsiva e "scientifica". Gli antropologi cadono in una sorta di

confusione categoriale quando leggono solo in termini di razionalità discorsiva le rappresentazioni della malattia – riducendole per l'appunto a "credenze". Il malato che cerca di capire qualcosa della propria esperienza non assomiglia tanto allo scienziato che formula ipotesi, le mette alla prova ecc., quanto al lettore che si immerge in nuovi universi immaginativi:

> I trattamenti medici introducono la persona che soffre in nuovi mondi immaginativi – si tratti del mondo specializzato della biomedicina o di quelli di altre forme di cura. Aspetti nuovi dell'esperienza sono tematizzati, mentre altri recedono sullo sfondo. La malattia [...] è piena di "vuoti", di riferimenti al non conosciuto e al non conoscibile, che provocano una risposta immaginativa. E queste sono tutte caratteristiche che autori come Ingarden, Iser, Ricoeur e altri hanno riconosciuto nella fenomenologia della lettura (p. 164)

Questa proposta di un approccio estetico alla malattia è approfondita in particolare in riferimento alla "teoria del lettore" del critico Wolfgang Iser ed alla nozione backtiniana di "eteroglossia" – termine che ha avuto grande fortuna nell'antropologia cosiddetta postmoderna (da rilevare con sorpresa, anche qui, l'assenza di riferimenti a Wittgenstein, il filosofo che con maggior chiarezza – soprattutto nei suoi scritti su Frazer e Freud – ha indicato la natura estetica di molti problemi antropologici). Con questo richiamo alla comprensione estetica, il libro si chiude sul terreno da cui era partito: la critica al primato della "ragione strumentale" nella biomedicina e nell'antropologia che sul modello biomedico si fonda.

Un'ultima osservazione. Il libro si rivolge da un lato agli antropologi, dall'altro – nonostante l'impianto "tecnico" che mette in gioco – a un più vasto pubblico, interessato alle prospettive di sviluppo di una medicina in senso lato umanistica. Nei confronti del dibattito antropologico, Good si schiera in modo netto nel dibattito tra "interpretativi" ed "oggettivisti". Egli sostiene la prospettiva interpretativa ed ermeneutica, come detto, radicandola nelle grandi correnti del pensiero contemporaneo; ma è soprattutto interessante (e tutt'altro che scontata) la sua rivendicazione al versante ermeneutico dell'intera tradizione dell'antropologia boasiana, basata com'è sull'attenzione ai modi in cui l'esperienza, la conoscenza e la stessa "realtà" sono mediate da forme culturali storicamente mutevoli (v. pp. 88, 176). Good è anche convinto che l'antropologia medica giochi un ruolo cruciale in questa tradizione di studi, e non sia soltanto una sub-disciplina tra le altre. Più di altri settori di studio, essa mette infatti in gioco nodi epistemologici cruciali: i rapporti tra l'ordine della biologia e quello della cultura, il carattere "culturalmente condizionato" (come si sarebbe espresso De Martino) della realtà, le relazioni tra esperienza e linguaggio ecc. Tanto che Good suggerisce di considerare l'antropologia medica come la "Londra" della disciplina – una metropoli dove confluiscono discussioni su tutti i più importanti argomenti all'ordine del giorno (pp. 5, 184).

Ma il libro non è rivolto solo agli antropologi. Si colloca invece nel quadro di un più ampio discorso contemporaneo di critica alla biomedicina, accostandosi per molti versi, ad esempio, ad un testo quale *Dove si nasconde la salute* di H.G. Gadamer. In entrambi i casi si mette l'accento sui pericoli di un appiattimento dell'arte della guarigione sul modello biomedico, della "colonizzazione del mondo della vita da parte della ragione strumentale". Una colonizzazione che limita le nostre possibilità di comprendere altre dimensioni esistenziali della malattia, delle pratiche di guarigione, della stessa vita umana – e di comprendere come la malattia, la sofferenza e la guarigione si costituiscano all'interno di realtà culturali diverse dalla nostra. Gadamer propone, come "terapia" contro la colonizzazione della ragione strumentale, il ritorno alle scaturigini della riflessione occidentale sulla salute e la malattia – in particolare, a quel pensiero greco che lascia aperte potenzialità smarrite nei successivi sviluppi della razionalità. Per Good la terapia consiste nella critica epistemologica ma anche, naturalmente, nell'incontro etnografico, nell'apertura al senso del male in "universi morali locali" (p. 181) diversi dal nostro. Entrambi gli autori, senza svalutare la biomedicina in quanto tale, pongono l'accento sulla ristrettezza di orizzonti che sembra oggi caratterizzarla. Laddove la filosofia e l'antropologia sono oggi pervase da un diffuso senso di ironia rispetto alla certezza del sapere, al progresso ecc., la biomedicina è ancora legata alle pretese di rappresentare semplicemente l'Ordine Naturale. Si ha talvolta l'impressione, osserva Good, che solo noi antropologi abbiamo attraversato la crisi sociale degli anni Sessanta e l'era post-coloniale – e che i nostri colleghi medici non lo abbiano fatto (p. 182).

Sia Gadamer che Good auspicano dunque una riforma in senso umanistico della medicina, in cui la riflessione filosofica ed antropologica svolgano un ruolo specifico e cruciale. Un auspicio che purtroppo, viste le attuali chiusure accademiche e istituzionali di queste discipline, sembra ben lontano dal realizzarsi.