

Dal lavoro sul negativo alla costruzione delle possibilità

Giovanni Guerra

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche

Università di Firenze

1. *La medicina*

La collocazione della medicina non solo nella città delle scienze ma nella società è senza dubbio una collocazione alta, privilegiata, di riferimento in quanto modello di sapere, metodo di indagine, pratica efficace. La medicina è un riferimento paradigmatico per molte altre scienze e molte altre pratiche, soprattutto quelle che hanno come oggetto l'uomo.

Certamente, parlare in generale di “medicina” e di “sapere medico” è impreciso. La medicina, questa “somma evolutiva di scienze applicate” – per riprendere la definizione di Canguilhem (1985) – è composta di saperi e di pratiche assai diversi: scienze di base e scienze “composte”, ricerca di laboratorio e rapporto con persone sofferenti, studi molecolari e studio del comportamento umano ... Abitualmente ci si riferisce, anche se in modo implicito, alla clinica e ai suoi risultati. E possiamo mantenere per il momento questa ambiguità della definizione, per poi prendere in considerazione più da vicino l'articolazione interna della medicina che forse anche a questa complessità deve il suo non ingiustificato fascino.

Ma come e perché la medicina si trova nella società in questa posizione così privilegiata?

Il nucleo centrale va probabilmente ricercato in un tratto antropologico universale che individua nella lotta contro la malattia, la sofferenza, la minaccia di morte una funzione cruciale. Una lotta che, declinata secondo le più varie modalità, è sostanzialmente riconducibile al confronto con la morte. La funzione della medicina è evidentemente quella di venire incontro a questa esigenza. Il medico o la figura equivalente deve intervenire con tutti i mezzi a disposizione, “in scienza e coscienza”, per cercare di curare la malattia o almeno di alleviare il dolore, rispondendo all'aspettativa di guarigione da parte del malato.

Al centro del discorso medico c'è dunque la malattia. Questa affermazione che sembra una ovvietà lapalissiana, merita però qualche riflessione.

Prima di tutto, ci obbliga a insistere sul tema della morte e dell'angoscia di morte. La vita è fragile, esposta alle minacce più diverse, destinata inevitabilmente a finire. In questo senso, ha bisogno di sostegno e di aiuto. Possiamo aggiungere che anche la vita mentale è attraversata dall'angoscia di morte: il nostro mondo interno è “abitato” da oggetti vivi e vitali ma anche morti e mortiferi, oggetti che danno la vita e oggetti ai quali si è data la morte e che perciò stesso risultano minaccianti. Anche per la nostra vita mentale c'è bisogno di una assicurazione sulla prevalenza delle forze vitali sulle forze distruttive.

Una seconda riflessione concerne il tema della terapia e della guarigione. La terapia è naturalmente centrale non solo nella pratica ma, in modo diretto o indiretto, anche nella ricerca. Per la medicina tutto “è subordinato all'ambizione di guarire: la vocazione medica è essenzialmente fondata su di essa; la terapia è il coronamento degli studi medici” (Bensaïd, 1978). Anche se si deve riconoscere che su questo tema i medici da sempre sono stati assai prudenti per non dire umili. Si cita spesso a questo proposito l'apofisma di Ambroise Paré: “Je l'ai soigné, Dieu le guérit”. Si può legittimamente supporre che questa prudenza sia l'espressione non tanto di modestia quanto di un

vero problema concettuale ed epistemologico. Tuttavia, concetto chiaro o meno, l'attesa della guarigione è ciò che alimenta la pratica medica e l'attesa del malato.

Infine, una terza riflessione sulla centralità della malattia nella medicina concerne la questione dell'ampliamento dell'intervento medico che non si occupa solo di curare la malattia ma cerca di prevenirla. In effetti, il miglioramento della qualità e della speranza di vita dell'ultimo secolo è dovuto soprattutto all'igiene e alle pratiche preventive. Da qui deriva alla medicina un ruolo che, a uno sguardo critico, può anche apparire fin troppo direttivo, "imperialista" e "totalitario" (Gori e Del Volgo, 2005). Volendo identificare un principio generale che dirige questa prospettiva, mi sembra che possa essere trovato nella *ottimizzazione* dei comportamenti dei soggetti sani al momento ma anche potenzialmente esposti alla malattia. In effetti, un maestro della medicina francese sosteneva - in modo forse ipocondriaco ma non del tutto a torto - che la salute è uno stato precario, transitorio, che non promette nulla di buono. Dunque, bisogna sempre vigilare.

Possiamo ritenere che il quadro così rapidamente tratteggiato costituisca lo sfondo di senso comune sul quale si disegna la configurazione della medicina e la maggior parte del dibattito intorno ad essa. Un quadro piuttosto stereotipato nel quale prevalgono alcune rappresentazioni della medicina mentre altre, pur possibili, compaiono poco o nulla. In particolare, è accentuato il ruolo di difesa dalla malattia e di prescrizione di comportamenti corretti. Ruolo fondamentale e irrinunciabile al quale vorremmo provare ad affiancare altri ruoli esplorando la complessità del pensiero medico per individuare altre possibilità comunque presenti, a nostro avviso, nell'impianto concettuale della medicina moderna occidentale.

2. Medicina: biologia e clinica

Un primo passo è dato appunto dalla ripresa di alcuni principi costitutivi della medicina. In particolare, ci riferiamo a quello che è stato definito il processo di "molecolarizzazione" della medicina (Azzone, 1991). È oggi convinzione condivisa, infatti, che la descrizione più adeguata dei processi fisiologici e patologici nonché l'indicazione più appropriata dell'intervento terapeutico si trovino a livello molecolare. In questo processo, la biologia viene ad assumere il ruolo di fondazione scientifica della medicina e della clinica.

Anche il termine "biologia" copre differenti accezioni in quanto si riferisce sia allo studio dei meccanismi di organizzazione del vivente sia allo studio delle grandi funzioni finalizzate dell'organismo sia alla biologia evolutiva sia ancora, più genericamente, a tutte le scienze che hanno per oggetto la vita. Si tratta, dunque, di un campo piuttosto vasto ed eterogeneo che però può trovare nella teoria di Darwin una sorta di cornice unificante delle diverse prospettive di studio.

Non è questa la sede per discutere del complesso di teorie che si dipartono da Darwin. Un tema però è cruciale ai fini della nostra discussione: l'adattamento, che può essere anche indicato come l'essenza dell'intervento della medicina. Affermazione questa che si può meglio comprendere partendo dal luogo nel quale l'adattamento trova la sua collocazione più tipica cioè dalla biologia evolutiva.

Che cos'è l'adattamento per la biologia evolutiva? La rappresentazione più popolare e diffusa è senz'altro quella che dipinge un organismo passivo che subisce le variazioni dell'ambiente. Ma ci sono altre interpretazioni più complesse e ricche che ne danno un'immagine completamente differente. Mi riferisco alle ipotesi sostenute, in modo diverso ma convergente, da autori come Richard Lewontin, Stephen J. Gould, Nils Eldredge, Humberto Maturana e Francisco Varela. Di queste ipotesi mi limito qui a segnalare l'elemento più utile ai nostri fini cioè l'ipotesi

che ogni specie e , in definitiva, ogni organismo costruisce il suo ambiente selezionando dal mondo gli elementi per lui più significativi. La significatività degli elementi è determinata, prima di tutto, dal genoma. Come afferma in modo lapidario Lewontin, l'ambiente è codificato nel DNA degli organismi. Ma certamente non è difficile estendere l'idea di costruzione dell'ambiente alla dimensione psicologica, riferendosi al significato che i soggetti danno alle loro esperienze, alla loro storia, alle loro relazioni.

Ma restiamo ancora sul terreno della biologia esplorando il rapporto che il tema dell'adattamento intrattiene con la clinica. Si deve riconoscere che i principi darwiniani cruciali della variazione, della ereditarietà e della selezione non giocano un ruolo particolarmente rilevante nella pratica clinica. Tuttavia, se si pensa alla vita come a un processo di continuo adattamento che attraversa momenti di salute e, inevitabilmente, momenti di malattia, appare in modo molto evidente che la funzione del medico è quello di fornire mezzi e strumenti di aiuto nei momenti di sofferenza, di limitazione, di riduzione – per dirla con Canguilhem - del potere normativo dell'individuo. L'intervento medico, da questo punto di vista, consiste nella ricerca e nell'offerta di occasioni affinché il soggetto trovi quella norma di vita che gli è possibile all'interno dei vincoli con i quali è confrontato.

Questa affermazione di per sé non ha nulla di sorprendente o di particolarmente innovativo. È, infatti, quanto fanno quotidianamente i medici e il personale sanitario, magari non esprimendosi nei termini qui usati: basti pensare, per un esempio chiaro, a coloro che sono impegnati nella riabilitazione o nel trattamento delle malattie croniche, ricercando con il soggetto ciò che per lui è possibile cioè la *sua* norma, la *sua* normalità.

A questo punto dobbiamo inserire una rivisitazione del principio di ottimizzazione di cui si diceva più sopra come di un principio caratterizzante la medicina e anche un certa idea della biologia.

3. *Adattamento: prescrizione della ottimizzazione o sfruttamento delle occasioni?*

Che cosa vuol dire ottimizzazione in campo biologico e clinico?

In ambito clinico, si riferisce al miglioramento progressivo delle pratiche mediche: si pensi alla *Evidence Based Medicine*- e può essere estesa alla ottimizzazione dei comportamenti dei pazienti relativamente alla loro patologia o alle pratiche preventive.

Ma se approfondiamo l'analisi degli impliciti della ottimizzazione incontriamo qualcosa di più controverso.

Per intraprendere questa analisi utilizziamo un pensiero di Georges Canguilhem (1966): “ la vita per il medico non è un oggetto, è un'attività polarizzata di cui la medicina prolunga [...] l'effetto spontaneo di difesa e di lotta contro tutto ciò che è un valore negativo”.

Questa affermazione, ribadendo la profonda identità di medicina e terapia, definisce l'oggetto dell'intervento medico nei termini di ciò che per il vivente è negativo. Se la vita è un processo adattativo, l'intervento medico cercherà di agire sugli impedimenti, sui blocchi, sulla impraticabilità di certe vie, ma di per sé non prescriverà vie di sviluppo supposte migliori.

Questa lettura dell'intervento clinico è del tutto sintonica con l'interpretazione dell'evoluzione come di una “una lunga pazienza cieca”¹. Interpretazione resa plasticamente visibile dalla celebre metafora di S. J. Gould dei pennacchi della cupola dell'Ascensione di S. Marco: le

¹ *Una lunga pazienza cieca* è il titolo, che riprende un'espressione del romanzo *Volupté* di Saint-Beuve, di un bellissimo libro di Giulio Barsanti sulla storia dell'evoluzione.

figure poste alla base dei pennacchi rappresentano i quattro fiumi biblici che versano dell'acqua nello spazio triangolare rastremato verso il basso ai loro piedi. Gould osserva che il tutto è così meraviglioso che quel pennacchio sembra costruito apposta per permettere quella rappresentazione. Naturalmente le cose sono andate all'inverso: essendoci quello spazio delimitato, l'artista lo ha genialmente sfruttato. Insomma, uscendo dalla metafora, nell'evoluzione ci sono delle circostanze casuali che offrono delle occasioni per degli sviluppi contingenti, imprevisi e imprevedibili che non rispondono ad alcun progetto migliorativo ma che comunque aprono vie nuove, nuove occasioni, nuove costruzioni dell'ambiente.

Non è questa la sede per discutere l'ipotesi sui cosiddetti "vantaggi evolutivi" ma una piccola nota può essere opportuna in quanto ha delle ricadute sul discorso che veniamo facendo. Un "vantaggio" potrebbe essere tale forse solo immaginando una competizione tra organismi o specie sullo sfondo di un mondo invariante e impassibile. Ma, come si è detto, gli organismi viventi modificano il mondo attraverso un processo di co-costruzione e co-evoluzione che seleziona e dà forma all'ambiente. Il "miglioramento", in questo senso, è relativo solo all'ambiente che le nuove strutture biologiche costruiscono. Per esempio, l'occhio -che è una "conquista evolutiva"- non costituisce alcun vantaggio per una specie che ne è dotata ma che vive in ambienti senza luce. L'evoluzione è afinalistica e non prescrive in positivo quale sia la direzione da prendere; la selezione non è prescrittiva, si limita a imporre i vincoli indispensabili della vita: sopravvivenza e riproduzione.

Tornando alla clinica, la logica dell'intervento terapeutico è del tutto analoga al processo evolutivo. L'adattamento per il soggetto consiste nella ricerca, tra vincoli e possibilità, di una via che si può chiamare di "sviluppo", purché si privi questo termine del valore di miglioramento, di progresso, di ottimizzazione. Se manteniamo il principio che la normalità della vita è la varietà e non l'ideal-tipo normativo al quale uniformarsi, si comprende ancora meglio come il senso dell'intervento medico sia quello di aiutare il soggetto a trovare la sua normalità, a identificare quella norma che gli è possibile. Il medico non persegue la salute perfetta ma ricerca con il paziente la salute possibile.

I processi evolutivi e l'intervento clinico, da questo punto di vista, rispondono alla stessa logica. E questa identità di logica permette di aggiungere ancora una nota sul tema della normalità/patologia e una precisazione intorno al termine "terapia".

Una breve discussione della coppia normale/patologico non può prescindere dal riferimento obbligato all'opera di Georges Canguilhem che ha permesso di precisare il senso della opposizione a partire dalla constatazione che la patologia non è assenza di norme ma è presenza di una norma più ristretta e rigida rispetto a quella presente nella condizione di sanità. In altri termini, la salute corrisponde alla varietà, la patologia al restringimento della varietà. E, in effetti, mentre ci sono i manuali di patologia che descrivono le caratteristiche dei quadri patologici, non esistono manuali di normalità: siamo piuttosto uguali nella malattia, siamo molto diversi nella buona salute.

In questa prospettiva, si vede ancor più chiaramente come il termine /terapia/ sia usato in modo del tutto improprio qualora lo si intenda come intervento volto alla normalizzazione, quasi che lo scopo della cura fosse ritrovare la precedente normalità perduta. Del tutto simile a quello della terapia è il destino del termine /guarigione/ che, per quanto lo si neghi, veicola sempre una qualche attesa della *restitutio ad integrum*. Potrebbe essere utile invece recuperare il senso originario di terapia che è quello di cura, rispetto, servitù. Recupero motivato non dall'idea che nell'origine della parola ci sia la sua verità ma dalla opportunità di uscire dalla stereotipia

ritrovando gli spunti più appropriati. In questo senso, dunque, la terapia è attenzione alla specificità individuale che è specificità sia dello stato di malattia sia del processo terapeutico e della guarigione, intesi tutti come momenti provvisori dell'adattamento. Se la terapia appare prescrittiva, lo è solo nei confronti del negativo, della malattia ma non può esserlo nell'indicazione di mete positive. Queste appartengono alle possibilità dell'organismo e del soggetto.

Queste brevi note sulla normalità e sulla terapia richiamano l'attenzione sulla individualità, sulla varietà e sull'indeterminatezza delle vie che allontanano dal negativo.

Un esempio, in questo senso, è dato dai processi di riparazione e rigenerazione (categorie sotto le quali alcuni Autori rubricano il processo della guarigione) che sono estremamente flessibili e opportunisti, utilizzando le potenzialità presenti attraverso vie diverse: la guarigione è un processo strettamente legato alle condizioni e alle possibilità del soggetto (Taddei, 2009).

La biologia e la clinica mostrano chiaramente come proprio partendo dalla scoperta del limite si apra una prospettiva indeterminata di sviluppo di potenzialità che, attraverso la selezione all'interno della varietà, ricerca nuovi e imprevedibili comportamenti e modi di funzionare. Indeterminatezza non equivale evidentemente a onnipotenza: lo sviluppo avviene all'interno di confini al di là e al di qua dei quali non c'è possibilità di vita. E, tuttavia, si tratta di uno sviluppo che si muove proprio sul confine, esplorandone continuamente la possibile infrazione.

Quanto finora detto può essere ripreso e pienamente compreso alla luce del concetto di autonomia: autorganizzazione, costruzione di sé e dell'ambiente, evoluzione tra vincoli e possibilità attraverso la selezione all'interno della varietà, contingenza (determinismo e imprevedibilità) dello sviluppo ... ne sono le caratteristiche principali (Guerra, 2003). Proprio riprendendo queste caratteristiche dell'autonomia, il discorso biologico e clinico si presenta del tutto analogo ad alcune prospettive psicologiche. Al di là delle ovvie differenze dei materiali sui quali si lavora e delle tecniche, anche la logica del processo psicoterapeutico, alla luce dell'autonomia, è del tutto analoga alla logica della terapia medica².

Si è cercato di sviluppare un percorso di rimandi continui tra biologia (soprattutto evolutiva) e clinica medica con lo scopo di tratteggiare il ruolo del negativo nella vita dei soggetti (medicina) e nella evoluzione. Il lavoro sul negativo è ciò che caratterizza la medicina: confonderlo con la prescrizione di qualche positività rischia di essere fuorviante, perdendo il senso autentico della cura che è apertura verso il possibile.

4. Ritorno alla antropologia

Uno dei punti dai quali eravamo partiti era stato la constatazione del ruolo dell'angoscia di morte nella vita dell'uomo da cui nasce anche la rilevanza delle pratiche mediche. Su questo tema concludiamo, proponendo proprio intorno al valore del negativo una connessione tra tematiche biologico-cliniche e tematiche antropologiche.

Percorreremo questa connessione con l'ausilio di quel repertorio infinito di domande e risposte offerto dal mito.

Nel *Prometeo incatenato*, Eschilo racconta con la voce dello stesso Prometeo come questi abbia regalato agli uomini due cose: il fuoco -cioè la tecnica- e la consapevolezza della morte. Nel

² Parliamo di "alcune prospettive psicologiche" perché, come è ben noto, la molteplicità di progetti psicologici offre una varietà assai contraddittoria di rappresentazioni del soggetto. A questo proposito mi permetto di rinviare ad alcuni miei lavori (Guerra 2001, 2008) e prima di tutto a Canguilhem (1956).

dialogo con il coro, questa rivelazione suscita sgomento. Il coro chiede infatti subito se Prometeo abbia trovato qualche medicina a questa consapevolezza³ e Prometeo risponde di sì: “ho infuso speranza cieche”. La traduzione di questa sticomitia è controversa: troppo frequentemente si traduce nel senso che Prometeo avrebbe dato agli uomini la cecità nei confronti della morte. Questa traduzione è totalmente contraddittoria con quanto il titano veniva spiegando al coro e cioè che proprio la consapevolezza della morte e il fuoco hanno consentito all’umanità di uscire da quello stato pre-umano descritto pochi versi prima. Con Castoriadis (1991), possiamo ritenere che l’espressione “speranze cieche” si riferisca alle attese oscure e consapevolmente vane con cui l’uomo combatte la sua mortalità che gli sarebbe altrimenti insopportabile. La cecità è la inevitabile ignoranza dell’avvenire. Dobbiamo mettere insieme alla consapevolezza della morte anche l’altro dono di Prometeo: la tecnica ovvero la capacità di modificare il mondo, di costruire, di inventare, di lavorare. La consapevolezza della negatività, della morte, del limite invalicabile invece di schiacciare l’uomo diventa elemento vitale. La Grecia, dice Castoriadis, “è la più brillante dimostrazione della possibilità di trasformare questa antinomia [consapevolezza della morte e capacità di trasformare il mondo] in fonte di creatività” (p. 24).

Possiamo ritrovare questa stessa antinomia dall’effetto paradossalmente vitale anche nell’*Antigone*, nel celeberrimo stasimo nel quale il coro afferma che nulla al mondo vi è di più tremendo dell’uomo: più terribile, più stupefacente, più creatore e più capace di realizzazione. La sola cosa che non riuscirà mai a evitare è Ade. Ma anche qui, la consapevolezza della morte non ferma la ricerca e la creatività dell’uomo, anzi la alimenta.

La morte, dunque, assume una duplice valenza per l’uomo: non solo fonte di angoscia ma anche sollecitazione alla vita e alla creatività. Accettare il limite e insieme lottarvi contro, inventare nuove strade: questa appare un’indicazione verso la quale convergono *iuxta propria principia* il discorso antropologico e il discorso medico.

Probabilmente sia l’imprevedibilità dei processi di salute e malattia dei soggetti sia l’afinalismo dell’evoluzione, per cui l’adattamento non risponde ad alcun progresso migliorativo, possono apparire controintuitivi se confrontati con il finalismo proprio dell’uomo, quale si manifesta nella sua capacità progettuale, nell’intenzionalità, nel fatto di muoversi in funzione di obiettivi. Ma a ben guardare è proprio la storia dell’uomo ad attestare (se non proprio provare) l’imprevedibilità e la gratuità dei processi adattativi. È l’uomo, infatti, che inventa i problemi che poi si ingegna di risolvere, che disegna il proprio sviluppo (qualunque cosa questo sia), che detta i propri criteri di misura del progresso e della qualità della vita. In ciò manifestando la sua radicale autonomia.

Bibliografia

- Azzone G. F. (1991): *Biologia e medicina*, Bari, Laterza.
Bensaïd N. (1978): Autrement le même, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 17, 27-40.
Canguilhem G. (1956): “Qu’est-ce que la psychologie?”, in *Études d’histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Vrin, 1983.
Canguilhem G. (1966): *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
Canguilhem G. (1985): “Le statut épistémologique de la médecine”, in *Études d’histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 2002.

³ È interessante notare che l’unica tecnica alla quale è dedicato più di un verso è la medicina e il coro chiede quale sia il *farmaco* per questa dolorosa consapevolezza. Indubbiamente, già nella Grecia del V secolo a.C. la medicina occupava quella posizione privilegiata di riferimento da cui siamo partiti.

- Castoriadis C. (1991): “Anthropogonie chez Eschyle et autocréation de l’homme chez Sophocle”, in *Figures du pensable*, Seuil, 1999.
- Gori R., DEL VOLGO M.-J. (2005): *La santé totalitaire*, Paris, Denoël.
- Guerra G. (2001): “Che cos’è la psicologia?” Commento a un saggio di Georges Canguilhem, *Teorie & Modelli*, VI, 3, 5- 25.
- Guerra G. (2003): Autonomy and Constructivism, *European Journal of School Psychology*, 1, 1, 97-118.
- Guerra G. (2008): Paradigmes, projets, représentations du sujet dans les pratiques cliniques, *Cliniques méditerranéennes*, 77, 63-76.
- Taddei C. (2009): *La guarigione: basi biologiche e aspetti clinici. Revisione di un concetto*. Tesi di laurea, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze, a.a. 2008-09.