

Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione⁽¹⁾

Alessandro Lupo

professore associato di etnologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Premessa

Al contrario dei teologi, medici e filosofi ammettono come verità solo quella che possono spiegare, e fanno della loro intelligenza la misura del possibile. Quei signori nulla sapevano del mio male; dunque non ero ammalato.

(ROUSSEAU J.J., *Le confessioni*, 1955: 283)

Proprio vent'anni fa, nell'ottobre del 1979, muovevo i miei primi passi di aspirante etnologo svolgendo per conto di Italo Signorini, allora direttore della *Missione Etnologica Italiana in Messico*⁽²⁾, un'indagine sulla medicina tradizionale dei Huave, popolazione indigena stanziata sulla costa pacifica dello stato di Oaxaca. Il mio lavoro consisteva nell'assistere alle visite mediche che avevano luogo presso il piccolo ospedale della parrocchia tra i pazienti indigeni e un giovane medico *pasante*, tenuto a prestare un anno di servizio civile dopo la laurea presso una struttura pubblica; terminata la visita, interpellavo i pazienti circa la loro personale interpretazione dei mali che li affliggevano e le eventuali terapie alternative praticabili (o già praticate) con i guaritori tradizionali; dopodiché, se me lo consentivano, seguivo i loro casi visitandoli a casa ed eventualmente interrogando gli altri terapeuti consultati, in modo da avere un quadro il più completo e sfaccettato possibile delle singole storie di malattia. Il genere di rapporto che queste persone variamente sofferenti avevano con i due tipi di "operatori della salute" cui facevano ricorso non poteva risultare più diverso, sia in ragione della eterogeneità di fondo dei saperi medici in gioco, sia per la barriera comunicativa frapposta dalle differenze di lingua, stile, valori, esperienze, ecc. Eppure, proprio la comparazione tra due realtà così contrastanti permetteva di cogliere le costanti della relazione paziente-terapeuta all'interno di un ventaglio comune di opzioni operative, valorizzate in maniera

assai diseguale da ognuna delle due tradizioni. E dalla possibilità di comparare dal vivo, anche attraverso le scelte di persone concrete, il funzionamento parallelo e per certi versi complementare dei due sistemi medici⁽³⁾ credo di aver tratto i più efficaci strumenti per orientarmi e procedere nello studio antropologico dei saperi intorno al corpo e alla malattia.

Nell'affrontare il tema della problematica interazione tra chi soffre e chi cura, che è da tempo oggetto degli interessi della letteratura antropologica⁽⁴⁾, cercherò qui di integrare gli spunti analitici e comparativi che questa offre con la mia diretta ancorché circoscritta esperienza etnografica. E proprio per accogliere nella casistica esaminata quelle forme che più si discostano dai modelli dell'Occidente contemporaneo, ho scelto di contrapporre alla figura del "paziente" – intesa in senso ampio quale "persona che soffre", indipendentemente dall'ambito e dai modi in cui tale sofferenza si esplica – quella del "terapeuta", preferendola in quanto più generica e inclusiva a quella del "medico", troppo legata all'idea di una professione istituzionalizzata e svolta a tempo pieno sulla base del pieno possesso di un corpus di conoscenze canoniche. Il legame che unisce queste due figure si fonda su una radicale asimmetria ontologica e strutturale, riducibile alla dolorosa carenza di benessere dell'uno ed alla capacità che l'altro si vede riconoscere di porvi rimedio. È sulle rispettive caratteristiche dei due ruoli e sulle modalità verbali e pratiche dell'interazione terapeutica che intendo soffermare il mio discorso, cercando di mettere in risalto come proprio l'etnografia offra esempi significativi per ripensare le categorie con cui la scienza moderna ha affrontato il problema della salute.

1. *Il paziente*

In Erehwon una malattia, di qualsiasi genere fosse, veniva ritenuta un crimine e un atto gravissimo di immoralità; e [...] io, anche solo per quel raffreddore, rischiavo di venir portato in tribunale e di essere punito con un lungo periodo di carcere. [...] Le malattie si dividono in trasgressioni minori e in crimini veri e propri, come i reati da noi [...] per gli Erehwoniani [...] una cattiva azione, benché sia da deplorare (come per noi è da deplorare una malattia) in quanto rivela indubbiamente una deviazione grave in chi la compie, è, tuttavia, solo il risultato di una disgrazia prenatale o postnatale. [...] La cattiva sorte, di qualsiasi genere, persino l'essere vittima di un'ingiustizia, è considerata una colpa contro la società perché sentirne parlare mette la gente a disagio.

(BUTLER S., *Erehwon*, 1988: 58, 71)

Se, come mi pare logico fare, si parte dal soggetto sofferente, sarà bene innanzitutto chiarire una cosa, ovvia forse ma necessaria, e cioè che dal

punto di vista antropologico quella di “paziente” non è una condizione obiettivamente data che il medico ha il compito di portare alla luce, come la moderna biomedicina tende a ritenere, ma piuttosto uno *status*, ovvero l'esplicito riconoscimento da parte della società di una certa condizione, vissuta dal soggetto come fonte di disagio e sofferenza. Negli ultimi decenni gli antropologi hanno illustrato in maniera efficace ed esauriente come le diverse patologie individuate dalla scienza medica (dovute tanto a disfunzioni interne all'organismo quanto ad attacchi di origine esterna, quali traumi, infezioni, ecc.) non siano automaticamente percepite ed etichettate come “malattia” da parte di chi ne è colpito e/o dal gruppo cui questi appartiene. Senza necessariamente dover ricorrere ad esempi esotici ormai “classici” – come quello dei Thonga, per i quali le diffusissime infestazioni da parassiti intestinali sono viste come indispensabili contributi al processo digestivo, o delle popolazioni per cui certe patologie endemiche (malaria, malattie cutanee) fanno parte della comune concezione di “normalità” (ACKERKNECHT E.H. 1985: 145) –, la nostra stessa esperienza diretta ci permette di constatare come i medici tendano sovente ad assegnare l'etichetta di ammalato, sulla base di risultanze “oggettive” come test clinici e analisi di laboratorio, a persone che “soggettivamente” si sentono perfettamente sane e che tali vengono ritenute dal loro ambiente sociale (EISENBERG L. - KLEINMAN A. 1981: 12, HERZLICH C. 1986: 182, CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1998: 117): basti pensare all'ipertensione, che non di rado viene diagnosticata prima di aver prodotto conseguenze percettibili da chi ne è affetto e la cui terapia può invece provocare un ben più manifesto stato di sofferenza, in ragione dei suoi effetti collaterali (astenia, sonnolenza, impotenza, ecc.) (KATON W. - KLEINMAN A. 1981: 258, EISENBERG L. 1977: 11)⁽⁵⁾.

Né mancano i casi inversi, in cui condizioni che la biomedicina considera del tutto “normali” vengono invece designate in termini di anomalia patologica: si va dall'esempio del bacino amazzonico settentrionale, ove l'infezione cutanea chiamata *pinta* (*Spirochetosi discromica*) è tanto diffusa tra gli indigeni che chi ne è esente viene ritenuto “ammalato” e messo ai margini della vita sociale (ACKERKNECHT E.H. 1985: 145-146), a quello della gravidanza, considerata da più culture come una vera e propria malattia che colpisce la donna e induce a sottoporla a numerose e complesse pratiche e prescrizioni terapeutiche, tanto farmacologiche quanto rituali⁽⁶⁾. La mia diretta esperienza fra i Nahua della Sierra di Puebla mi insegna che, per indicare la condizione di una donna incinta, essi dicono *mococoxcatali* o *cocoxcayetoc*, cioè “si è messa *cocoxca*” o “sta *cocoxca*”, utilizzando un termine (*cocoxca*) derivato dal verbo *cocoa* “dolere, far male”, che produce anche

cocoxque “infermo”; né ci si esprime diversamente in spagnolo, dicendo che la gestante *se puso enferma* (“si è ammalata”) o chiamando il suo stato *enfermedad* (“malattia”) e adottando comportamenti adeguati alla situazione.

Al riduzionismo organicista della biomedicina, che tende a identificare la salute con il “silenzio degli organi” e, per converso, la malattia con il loro “rumore” (SINDZINGRE N. 1986: 87), l’individuazione del quale è elemento essenziale e sufficiente per stabilire la presenza di condizioni patologiche e conferire l’etichetta di ammalato, la riflessione antropologica è venuta contrapponendo una sempre maggior attenzione alla percezione e alla costruzione individuale e sociale della malattia, negando l’esistenza di questa quale fenomeno in sé ed affermando invece la sua appartenenza alla dimensione culturale del significato (CSORDAS T.J. 1990, GOOD B.J. 1977, 1999, GOOD B.J. - DEL VECCHIO GOOD M.-J. 1981, 1982, KLEINMAN A. 1980, 1988, YOUNG A. 1976). Un primo importante passo in tal senso è stata la distinzione tra la categoria delle «anormalità nella struttura e/o nelle funzioni di organi e sistemi corporei» (EISENBERG L. 1977: 11, cfr. YOUNG A. 1982: 264), su cui solitamente si concentra l’attenzione diagnostica e terapeutica della medicina scientifica e cui si è convenzionalmente data la denominazione inglese di *disease* (“infermità” in italiano, secondo SIGNORINI I. 1988: 45), e la categoria delle “percezioni ed esperienze individuali di determinati stati ritenuti socialmente sfavorevoli [*disvalued*]» (YOUNG A. 1982: 265, cfr. EISENBERG L. 1977: 11), chiamata *illness* (“malessere” in italiano, stando a Signorini [*ibidem*])⁽⁷⁾. Questa distinzione permette fra l’altro di considerare autonomamente, nella loro ricchezza fenomenologica – senza aggiungerci fuorvianti valutazioni basate sulla loro presunta “fondatezza” organica –, le specifiche situazioni in cui le persone vivono la propria sofferenza. La scomposizione del concetto di malattia in più dimensioni, complementari e spesso sovrappoventisi, ma non coincidenti, come quelle di infermità e di malessere – per cui è possibile considerarsi “malati” senza che la biomedicina rinvenga segni esperibili di squilibri o disfunzioni sul piano organico, ma anche sentirsi “sani” in presenza di tali segni (cfr. KLEINMAN A. 1980: 355, EISENBERG L. - KLEINMAN A. 1981: 12-13, HERZLICH C. 1986: 182) ù ha mostrato i limiti dell’approccio empirista, che riduce le malattie a «entità biologiche o psicofisiologiche universali» (GOOD B.J. 1999: 14), e ha costituito un primo importante passo verso una prospettiva capace di cogliere la natura culturalmente costruita della malattia.

In questo senso va inteso il fatto che non pochi gruppi umani concepiscono la malattia in termini non soltanto di individuale sofferenza, ma la col-

lochino in una più ampia categoria, comprendente i concetti generici di “disgrazia” e “sfortuna”, per cui i mali del corpo non vengono isolati da altri fenomeni di segno negativo e di portata anche collettiva, come le avversità del clima, le morie di bestiame, ecc. Ai numerosi esempi etnografici offerti dalla letteratura (cfr. ad esempio EVANS-PRITCHARD E.E. 1976, ACKERKNECHT E.H. 1985: 139, TURNER V. 1976: 352, SINDZINGRE N. 1986), che mostrano come la malattia venga sovente concepita in termini “olistici”, ossia inserita in un articolato intreccio di influenze, connessioni e rapporti di tipo organico, sociale e trascendentale, posso nuovamente aggiungere la mia personale esperienza fra i Nahua, ove uno stesso termine, *tetzahuit*, dall'originario significato di “cattivo presagio”, è oggi impiegato per designare una “disgrazia”, una “tempesta” e una “causa patogena” (cfr. LUPO A. 1999).

A queste considerazioni iniziali va aggiunto che la condizione di mancanza propria dello status di paziente, perché si cerchi di porvi rimedio mediante l'intervento di terzi, dev'essere innanzitutto riconosciuta come tale; il che non avviene automaticamente, per l'imporsi di un'evidenza “oggettiva”, ma scaturisce dal giudizio di figure autorevoli, talora senza tener conto o in contrasto con il parere del soggetto stesso. Non sempre infatti gli interessati sono in grado di formarsi o di far valere un'opinione circa la propria condizione e di decidere in conseguenza; sia perché “profani” privi delle necessarie conoscenze mediche, sia perché proprio la carenza di salute che li caratterizza limita la loro autonomia (quando non è di gravità tale da privarli del tutto o in parte delle loro facoltà, come nei casi drammaticamente invalidanti della demenza, della malattia mentale o del coma).

A questo va aggiunto un altro aspetto, su cui hanno soffermato la propria attenzione svariati antropologi del filone cosiddetto “critico” (TAUSSIG M. 1980, LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 1990, SCHEPER-HUGHES N. 1992, cfr. anche AUGÉ M. 1976, DOUGLAS M. 1994); e cioè che, attraverso l'assegnazione dell'etichetta di “malato”, e dunque di soggetto caratterizzato da uno stato che si discosta dalla “norma”, alcuni individui esercitano un forte controllo sugli altri membri della società. Basterà ricordare la ricostruzione da parte di Foucault (FOUCAULT 1976 [1962]) del percorso storico del modo in cui la società occidentale ha concepito e affrontato la follia, per aver presente l'impiego “politico”, finalizzato al mantenimento dell'ordine sociale, dell'etichetta di “deviante”, che in ambito medico porta all'“addomesticamento del corpo individuale” per mezzo dei diversi codici culturali (LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 1990: 67) e alla classificazione in termini patologici di omosessuali, emarginati, dissidenti, ecc. Nel mondo contemporaneo, in particolare, il fenomeno si è tradotto in una crescente

tendenza alla medicalizzazione della società, con il proliferare delle categorie di “malati” in cui inscrivere quanti non rientrano nei parametri della normalità (cfr. la “iatrogenia sociale” di Freidson, in HERZLICH C. 1986: 183). Non che l’impiego ideologico dei saperi e delle pratiche mediche ai fini del controllo dell’ordine sociale sia assente nelle società più semplici: al contrario, in esse l’intero processo di individuazione e di contrasto della malattia costringe gli individui entro le maglie strettissime della norma, cui non è minimamente concesso al paziente sottrarsi (cfr. BIBEAU G. 1998: 157). Quel che però certamente non vi ha luogo è la tendenza a leggere in chiave puramente fisiopsicologica e ad affrontare in questi termini i problemi riguardanti il benessere degli individui e il funzionamento della società nel suo complesso: più che a biologizzare il sociale, le società tradizionali tendono semmai a proiettare su scala collettiva, quando non cosmica, i problemi della salute individuale.

Malgrado le forme di controllo appena menzionate, la società occidentale è però anche attraversata da correnti di segno opposto: con la progressiva erosione delle certezze del sapere biomedico, il rifiorire delle medicine alternative e le modifiche dello statuto giuridico del malato, si è venuto creando sempre maggior spazio per l’affermazione dell’autonomia del paziente e della sua capacità decisionale, che ne fa l’utente attivo di un pubblico servizio (HERZLICH C. 1986: 198, COSMACINI G. 1995: 68-69). Tanto più che non di rado, specie nel caso delle malattie croniche, la stessa classe medica è indotta a riconoscere il valore e l’utilità dei saperi sul proprio corpo dei pazienti, che la lunga familiarità con il male rende dei veri e propri “sapienti profani”, in grado di guidare o quanto meno orientare l’operato degli specialisti (cfr. KLEINMAN A. 1988: 129, HERZLICH C. 1986: 187). Per non parlare dell’ambito della malattia mentale, ove la valorizzazione del vissuto psichico individuale e il coinvolgimento attivo del paziente fanno parte dell’essenza stessa dell’intervento terapeutico.

A dispetto di queste ultime considerazioni, la condizione di paziente resta comunque profondamente vincolata ai rapporti tra l’individuo e il suo gruppo di appartenenza, tanto da far apparire mutila o deformata un’immagine del processo curativo che riduca gli attori al binomio soggetto sofferente-terapeuta; e questo sia perché quasi sempre le scelte riguardanti la salute delle persone coinvolgono un’ampia cerchia sociale intorno ad esse, sia perché la stessa idea di malattia può non riguardare esclusivamente il singolo, ma estendersi a includere i suoi parenti, quando non l’intera società; ce lo mostrano i frequenti esempi etnologici in cui l’equivalenza tra il corpo individuale e il “corpo sociale” porta a concepire la malattia come un fenomeno collettivo, che investe l’intero gruppo (cfr. ACKERKNECHT E.H.

1985: 22, TURNER V. 1976, LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 1990, CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1998): si pensi ad esempio alle morie di bambini che tra i Senufò fanno considerare "malato" un intero lignaggio (SINDZINGRE N. 1986: 94); ma anche, su scala più ridotta, la convinzione diffusa tra i Huave del Messico meridionale che la violenta emozione di un genitore (spavento, ira, vergogna) possa ripercuotersi sul figlio di sesso opposto, facendolo ammalare (SIGNORINI I. - TRANFO L. 1979). Il fatto è che le idee intorno alla salute e alla malattia si inscrivono nel più ampio quadro delle concezioni che ogni cultura elabora sul sé, sulla persona e sui rapporti tra gli individui, il loro prossimo e le componenti del cosmo: non tutte le popolazioni, infatti, hanno elaborato un concetto della persona così unitario e autonomo come la civiltà occidentale, rivelando anzi spesso di possederne uno assai più frammentato (pluralità di componenti), diffuso (identità condivisa da più individui o esseri) e vincolato (interdipendenza fra individui e piani distinti della realtà) (cfr. AUGÉ M. 1980, DOUGLAS M. 1995, GEERTZ C. 1987 [1966], 1988 [1974], SPIRO M. 1993, TAMBIAH S.J. 1977); di conseguenza, anche il modo in cui esse concepiranno l'insorgere e il procedere della malattia rifletterà i più generali presupposti cosmologici condivisi.

È nella prospettiva di questo stretto legame ideologico tra ordine cosmico e sociale da un lato e salute corporea dall'altro che la malattia (e più in generale la disgrazia) viene spesso interpretata come il segno di un qualche disordine soggiacente, facendo così del malato non una vittima innocente, bensì il più o meno diretto responsabile della propria sfortunata condizione⁽⁸⁾. La separazione della dimensione organica e "naturale" della malattia da quella etica del trascendente, che costituì uno dei punti di svolta della medicina ipocratica e che tuttora connota la moderna scienza medica, è spesso del tutto assente presso le società caratterizzate da quelle forme di religione che Ioan Lewis (LEWIS I. 1987: 137-143) ha definito "dell'immediato", in cui nessun premio o castigo è rinviato all'amministrazione ultraterrena di un infallibile giudizio divino (come nelle religioni "escatologiche"), ma le fortune e le sfortune dell'esistenza sono il premio o il castigo terreno che ciascuno si merita in base ai rapporti instaurati con il prossimo ed il soprannaturale. Una prospettiva che, *mutatis mutandis*, pare riemergere anche nella secolarizzata società contemporanea, nel momento in cui la salute è identificata con una delle massime espressioni del Bene e la sua paventata mancanza – come nel brano del romanzo di Butler citato in epigrafe di questo paragrafo – rischia conseguentemente di tingere chi è malato del sinistro colore della colpa (cfr. HERZLICH C. 1986: 200-201).

Tuttavia, per quanto negativa possa essere la connotazione dello status di

ammalato, esso concede pur sempre a chi se lo vede riconoscere delle prerogative che, in talune circostanze, hanno la capacità di renderlo appetibile, tra cui – come ebbe modo di segnalare Talcott Parsons (PARSONS T. 1951) – l'esenzione da una consistente parte degli obblighi che la società impone di osservare. Proprio nelle situazioni in cui la pressione su di un individuo affinché aderisca ai modelli di comportamento gli diviene troppo gravosa, questi può essere indotto a trovare rifugio nella deresponsabilizzazione e nella solidarietà che il ruolo di paziente comporta; sono troppo numerosi per meritare più di un generico accenno gli esempi di persone che trovano nella malattia la via d'uscita, più o meno consapevolmente perseguita, da situazioni di disagio psicologico e sociale (cfr. LEWIS I. 1972)⁽⁹⁾. Si tratta comunque di una soluzione che difficilmente può protrarsi a lungo nel tempo, in quanto l'assunzione dello status di paziente risulta tollerabile per il gruppo in ragione della sua stessa provvisorietà; qualora divenisse permanente, gli inconvenienti per la collettività non mancherebbero di erodere il sostegno e la solidarietà del gruppo; donde la generale aspettativa che chi è riconosciuto come ammalato si impegni attivamente a superare, nei limiti delle sue capacità, il problema che lo affligge. Un superamento che in non pochi casi viene sancito dalla collettività prima ancora che dall'interessato, fino a far prevalere la valutazione degli effetti sociali della terapia sulla personale percezione da parte del paziente del proprio stato fisico (cfr. BIBEAU G. 1998: 158). Per non parlare di quelle occasioni in cui, come quando il paziente è un bambino, la valutazione degli esiti della terapia avviene prendendo in maggiore considerazione gli effetti sui familiari adulti (ed in particolare la madre) che non l'effettivo stato dell'infermo.

2. *Il terapeuta*

Cercano disperatamente nel medico lo sciamano o il sacerdote; il medico, ottuso, impaurito, si barrica dietro la Tecnica, la Chimica, la Fisica, l'Esperimento, l'Analisi. Quando si affaccerà la malattia mortale [...] il problema sarà: come resistere, come sottrarsi, senza troppo martirio naturale, alle cure. La malattia, pensata, fa meno paura. [...] Il problema più urgente sarà di trovare un medico, non una cura.

(CERONETTI G., *Il silenzio del corpo*, Adelphi, Milano, 1979: 47, 155)

Complementare e interdipendente alla figura del paziente è quella del terapeuta, anche se non sempre la distinzione tra le due si delinea con assoluta nettezza. Nel corso dell'esistenza, infatti, a tutti prima o poi ca-

pita di cadere ammalati e di vedersi riconoscere lo status di paziente, anche qualora si rivesta istituzionalmente il ruolo di terapeuta; e all'inverso, sulla scorta delle proprie esperienze e cognizioni "mediche", a tutti succede prima o poi di intervenire per mezzo di consigli o azioni in favore di persone prossime inferme, svolgendo sia pure informalmente le funzioni di chi cura. Per quanto quest'ultimo aspetto delle pratiche sanitarie venga sovente ignorato o fortemente sottostimato dagli studiosi, nondimeno esso riguarda la grande maggioranza degli episodi di malattia, che per la loro scarsa gravità e facilità di cura trovano soluzione nell'ambito domestico e parentale, senza nemmeno giungere alla consultazione degli specialisti. La rilevante dimensione dell'autodiagnosi e dell'autocura (che può riguardare tra il 75 e il 90% degli episodi interpretati autonomamente come morbosi (EISENBERG L. - KLEINMAN A. 1981: 13)) dipende direttamente dalla presenza anche tra la massa profana di saperi intorno alla salute e alla malattia che consentono a pressoché chiunque, nei casi più ordinari, di improvvisarsi terapeuta e gestire in prima persona le proprie o le altrui affezioni (DEAN K. 1989, MENÉNDEZ E. 1992, 1993).

Ciò detto, non mancano mai le occasioni in cui i saperi generalmente condivisi dai profani sono insufficienti a ottenere la guarigione e in cui occorre far ricorso a chi è riconosciuto possedere capacità peculiari. Anche presso le società più semplici e meno differenziate nella distribuzione dei saperi, esistono individui cui è riconosciuto uno status diverso dagli altri, che li abilita a gestire i problemi della salute altrui: che li si chiami sciamani, stregoni, *medicines-men*, *curanderos*, *griots* o altro ancora, gli specialisti della guarigione sembrano costituire una delle prime forme di differenziazione sociale nel percorso evolutivo dell'umanità.

La diversità di questi individui rispetto agli altri membri del gruppo può apparire talora minima o insignificante agli occhi di un osservatore esterno, che ha modo di rilevare la facilità con cui, nelle società più semplici, è possibile passare dalla condizione di profano a quella di specialista terapeutico; transizione incomparabile con la lunga e difficile trafila di studi, prove ed esami prevista dal nostro ordinamento medico, al termine della quale vi sono laurea, specializzazione, esame di stato, iscrizione all'albo, ecc., ma che con questa ha in comune il sigillo della sanzione ufficiale da parte della società. Sempre di uno status, infatti, si tratta, e dunque di una condizione che, più che sull'effettivo possesso di determinati requisiti, dipende dal consenso della collettività. Così come non basta il semplice fatto di manifestare esperibili disfunzioni fisiopsicologiche per essere un "paziente", ma occorre che qualcuno di autorevole – basandosi o

meno sulla constatazione di tali disfunzioni (come s'è visto, la cosa può essere irrilevante) – si pronunci al riguardo, allo stesso modo non è sufficiente possedere le conoscenze e le capacità necessarie a curare gli infermi per essere un terapeuta. Bastano a dimostrarlo i ricorrenti casi di cronaca in cui individui che per decenni hanno esercitato la professione medica, conseguendo convinti attestati di stima dai propri ex-pazienti, si vedono disconoscere il titolo di medico, di cui si erano a lungo (e abusivamente) fregiati, poiché all'inizio della loro "carriera" non avevano superato le indispensabili prove accademiche.

Ma lo stesso discorso vale anche per i casi inversi, in cui la sanzione sociale, anziché negare lo status pur in presenza di concrete capacità, lo afferma prescindendo da queste e dal volere dell'interessato. Stavolta gli esempi non li troveremo nella nostra società, ma là dove la posizione di terapeuta si basa sulla dotazione di qualità peculiari, spesso di carattere mistico, anziché sull'accumulazione di un vasto corpus di conoscenze: nei resoconti etnografici abbondano le testimonianze di individui che, non compiendo alcun passo verso la professione ed anzi talora rifuggendola, si sono visti imporre da terzi l'accettazione di quella che avvertivano come una gravosa incombenza. Anche se in diverse occasioni questa può risultare come una ricostruzione a posteriori del percorso esistenziale che ha condotto a divenire terapeuta, che trova legittimazione proprio nella corrispondenza con gli stereotipi tradizionali, non mancano gli esempi di sincera e strenua resistenza verso l'assunzione del nuovo status: in questa tipologia rientrano senz'altro le narrazioni della chiamata alla professione di personaggi come il guatemalteco Gabriel Mir – proposto come modello da Foster e Anderson (FOSTER G. M. - ANDERSON B.G. 1978: 107) – o il guaritore nahua Miguel Cruz – la cui attività seguì dal 1984 (SIGNORINI I. - LUPO A. 1989: 87-88, LUPO 1995: 64-66) –, tutte modellate secondo la sequenza standard di una rivelazione mistica, di una fase di recalcitranza (che passa anche attraverso la sofferenza fisica) e della resa finale dinanzi al volere superiore (di dio o della collettività).

Le considerazioni circa la convenzionalità dei percorsi che portano a divenire terapeuta hanno messo in luce il fatto che le capacità da cui dipende il riconoscimento di tale status possono non corrispondere affatto alla padronanza di saperi e tecniche specialistici – da sottoporre a rigorosa verifica prima dell'investitura –, ma consistono sovente in "poteri" che non è possibile acquisire liberamente, sia pure con applicazione e fatica, ma che si crede vengano concessi in base a disegni estranei al controllo umano dalle forze ed entità che governano la sfera del trascendente. Si tratta ovviamente di una versione delle cose dal punto di vista degli attori (o "emic"), che non impedisce che spesso gli individui "eletti" di fatto costruiscano con l'apprendi-

mento e la stessa manipolazione del consenso la propria carriera; essa comunque mette in luce come, presso la maggior parte delle società in cui la terapia ha dei risvolti di tipo rituale, lo status di terapeuta sia raggiungibile anche per chi non possiede particolari saperi (si pensi ad esempio alle figure di santi guaritori caratterizzati da grande semplicità, come Padre Pio, o ai sacerdoti esorcisti, contraddistinti dalle loro virtù mistiche assai più che dagli studi fatti). La palese insufficienza, anche nelle civiltà più tecnologicamente avanzate, delle forze e delle conoscenze umane a preservare intatto quel bene sommamente prezioso che è la salute induce assai spesso a cercare di integrare l'azione tecnica mediante il ricorso alla sfera dell'extraumano; e per varcare la soglia che separa da questa, oltre e ancor più che l'acquisizione di saperi particolari, si crede necessario un radicale salto qualitativo: una questione di proprietà intrinseche, di "essenza" – ben poco influenzabile dall'azione umana –, più che di conoscenza – incrementabile per mezzo di interventi estrinseci quali l'apprendistato e lo studio.

Non vorrei comunque che, soffermandomi sulla questione dei poteri, che spesso hanno tanta parte nel fare di una persona un terapeuta, finisse in secondo piano l'importanza che ovunque hanno i suoi saperi. È proprio sul divario di conoscenze che c'è tra lui e i suoi pazienti che, come vedremo, si fonda la dipendenza di questi ultimi nei suoi confronti: nell'angoscioso groviglio di sofferenza, disorientamento e quesiti irrisolti che caratterizza la condizione di chi ricorre all'ausilio di un terapeuta, è quest'ultimo che conosce le risposte che indicheranno il Nord nel percorso verso la guarigione. Egli "sa" ciò che il paziente, per più ragioni, ignora: nel senso *quantitativo* che detiene una mole di conoscenze professionali che lo differenziano dal paziente e che gli permettono di interpretare in maniera ordinata e chiarificatrice le informazioni che questi gli fornisce sul proprio caso (informazioni che l'infermo trae della propria esperienza diretta, ma che la limitatezza del suo sapere gli rende opache e insufficienti per operare scelte efficaci); ma anche nel senso *qualitativo* che il suo è un sapere in certa misura "neutro", ovvero meno distorto dalla sofferenza e dall'emozione (ragion per cui, ad esempio, un medico non dovrebbe curare i propri familiari), che si tratta di un sapere specialistico (quando non pienamente "scientifico"), quindi capace di attingere a superiori livelli di verità negati al profano, e infine che è spesso un sapere di natura "altra", rivelato, non accessibile per vie normali.

L'alterità del sapere del terapeuta rispetto a quello del paziente è spesso pensata in termini così radicali che egli giunge a volte a non tenere in alcun conto le rivelazioni che questi può fargli circa il proprio stato. E ciò non solo nelle situazioni in cui l'intervento ha carattere rituale, ove sareb-

be logico aspettarselo, ma altresì in ambito “scientifico”, ove la qualità delle conoscenze dello specialista si manifesta anche nella sua capacità di percorrere vie esplorative peculiari, per le quali l’apporto dei soggetti profani è ritenuto di scarsissimo aiuto. Riferisce ad esempio Kleinman riguardo alla complessa realtà sanitaria di Taiwan, ove più tipi di terapeuti diversi esercitano nello stesso contesto sociale, che non solo gli sciamani, prevedibilmente, diagnosticano spesso alla cieca, restando all’oscuro di gran parte dei fatti riguardanti l’infermo (KLEINMAN A. 1980: 228), ma che anche i dottori che praticano la medicina tradizionale cinese, rifiutando ogni approccio mistico, tendono a prescindere il più possibile dalle informazioni ricavabili dai pazienti: «Nella cultura cinese [...] meno sono le domande meglio è. Un grande dottore non ha bisogno di chiedere nulla» (KLEINMAN A. 1980: 262).

D’altronde, il tono oracolare con cui tanti terapeuti formulano le proprie diagnosi non sottolinea forse la natura affatto speciale delle loro conoscenze, che consentono loro di discernere ciò che ai profani resta celato, rendendo così quasi secondario, se non addirittura superfluo, interpellarli? Ciò è senz’altro coerente con gli interventi di natura rituale, in cui la diagnosi ha carattere manifestamente divinatorio e la terapia è ritenuta agire essenzialmente sul piano spirituale, tanto da non richiedere neppure la presenza del paziente sul luogo dell’azione (cfr. KLEINMAN A. 1980: 227, SIGNORINI I. - LUPO A. 1989: 110-113, NATHAN T. 1998: 77). Ma è possibile cogliere elementi analoghi anche nella pratica clinica di illustri esponenti della moderna scienza medica, i quali di fatto eludono il contatto verbale e talora persino fisico col paziente, limitandosi quasi esclusivamente a prender visione di radiografie, tracciati, analisi ecc. È chiaro che, in casi del genere, questo comportamento, oltre a riflettere un effettivo scarto tra i saperi degli specialisti rispetto a quelli dei profani, serve al gioco retorico con cui essi affermano la propria posizione di prestigio e la conseguente autorità. Come infatti avremo modo di vedere tra breve, il credito di un terapeuta si misura su parametri assai complessi, in cui l’efficacia del suo operato, già di per sé estremamente difficile da valutare, è soltanto uno dei fattori in gioco.

Qualche considerazione aggiuntiva merita poi il fatto che il raggiungimento dello status professionale di terapeuta non comporta necessariamente e in ogni caso il passaggio attraverso la condizione di paziente. È senz’altro vero che a tutti, ivi incluso chi cura, capita prima o poi di ammalarsi; cionondimeno nessun medico può aver sofferto tutti i mali che si impegna a combattere e quasi mai tale esperienza è considerata la premessa necessaria (e men che meno sufficiente) per poter curare. In ambito biomedico il percorso formativo istituzionale prescinde da questo passaggio attraver-

so la sofferenza, anche se il fatto di provare in prima persona la condizione di ammalato viene sempre più riconosciuto come un fattore capace di influire in maniera determinante e positiva sull'acquisizione e le modalità di esercizio del sapere professionale, quando non costituisce la stessa molla esperienziale che spinge ad abbracciare il mestiere. La natura ossimorica e paradossale della figura del medico malato, attorno alla quale fin da tempi remoti si è ragionato criticamente e sono fioriti massime e proverbi⁽¹⁰⁾, evoca sia le ricche potenzialità conoscitive e operative insite nella prova della malattia (anche attraverso l'autodiagnosi e l'autocura), sia il riscontro inquietante della limitatezza e della frequente impotenza dei saperi medici (GODEAU E. 1998, HAHN R.A. 1985, CAPRARA A. 1998). Resta comunque vero che, almeno per la massima parte di coloro che esercitano la medicina "scientifica", la frequentazione delle malattie avviene prevalentemente per via teorica e indiretta, mentre l'immagine del medico sembra vincolarsi a una sorta di "immunizzazione simbolica" (GODEAU E. 1998: 13).

Significativamente diverso è il caso dei sistemi medici di orientamento rituale, per i quali la malattia costituisce spesso uno dei passaggi obbligati della carriera del terapeuta, sia perché essa viene letta come un segnale dell'investitura (o "chiamata") da parte soprannaturale, sia perché è ritenuta costituire una prova il cui superamento è pregiudiziale all'acquisizione del *potere* di guarire. Già s'è accennato al fatto che in moltissime società l'esperienza morbosa rientra nel modello cui si conforma (nei fatti o nella rappresentazione che se ne fanno gli attori) il percorso formativo dei guaritori tradizionali: paradigmatica a questo riguardo è la "carriera dello sciamano" (LEWIS I. 1998: 117-136), che fa dell'evento patologico – per lo più legato alla perdita o all'alterazione della coscienza, interpretata come possessione – il punto di partenza e la chiave di volta del percorso che, attraverso la guarigione e l'acquisizione del controllo sulle forze che si crede provochino il male, porta alla definitiva investitura. Questo diffusissimo schema di lettura e di riplasmazione della situazione morbosa, che permette al paziente di divenire terapeuta mediante la gestione controllata e rivolta a favore della collettività di un'esperienza inizialmente vissuta come malattia, non ha diretti equivalenti nella medicina moderna. Una parziale analogia è semmai rintracciabile nella pratica psicoanalitica, in cui chi cura deve essersi sottoposto e continuare a sottoporsi periodicamente ad analisi, praticando una periodica inversione di status.

In chiusura del sommario esame delle figure del terapeuta e del paziente, si può riprendere la schematizzazione proposta anni or sono da Foster e Anderson (FOSTER G. M. - ANDERSON B.G. 1978: 103), per i quali i due "ruoli" (termine cui personalmente preferisco quello di "status")⁽¹¹⁾ sarebbe-

ro analizzabili secondo quattro coppie di caratteristiche: *ristretto-universale*, *permanente-temporaneo*, *superordinato-subordinato* e *volontario-involontario*. La prima coppia, ristretto-universale, si riferisce al fatto che mentre tutti passano prima o poi per la prova della malattia, solo a pochi sono riconosciuti la capacità e il diritto di curare; ed anche se i saperi medici popolari e la prassi dell'autodiagnosi e dell'autocura hanno vastissima distribuzione, resta il fatto che, per quanto diffuso e tollerato, il saltuario esercizio delle funzioni di guaritore non conferisce automaticamente questo status. Di fatto, il suo riconoscimento dipende dalla veste istituzionale sotto cui si opera, assai più che dalla rilevanza quantitativa dei fenomeni su cui si esercita il controllo: i medici derivano la loro autorità dall'investitura che ricevono dal gruppo, anche se la gestione della salute degli infermi ha luogo in misura preponderante in ambiti familiari, locali, ecc. sostanzialmente estranei al loro raggio di influenza.

Circa la natura permanente della condizione di chi cura per professione, di contro alla generale provvisorietà di quella di paziente, non meriterebbe soffermarsi sulla questione salvo forse per osservare che negli ultimi decenni gli indubbi successi della biomedicina nei confronti delle malattie infettive hanno lasciato spazio a quelle metabolico-degenerative, con un conseguente passaggio dalla preponderanza delle forme acute a quella delle patologie croniche, che ha proiettato su tempi assai più lunghi che in passato la condizione di chi è infermo (MARTÍNEZ CORTÉS F. 1978, COSMACINI G. 1995: 43, 52); questa rimane comunque temporanea, oltre e forse prima ancora che nella risultanza statistica dei fatti, sul piano degli obiettivi dell'azione sociale, che tende a restituire nel minor tempo possibile il paziente alle sue responsabilità e ai suoi ruoli; e ciò a dispetto talora del volere di quanti nella malattia possono cercare un rifugio (TURNER B.S. 1995: 38-39).

Per quanto poi riguarda la posizione superordinata del terapeuta rispetto al paziente, questa costante strutturale – che si fonda sulla stringente condizione di bisogno del secondo – viene compensata dal fatto che la prestazione terapeutica si configura spesso (e sempre più nel mondo moderno) come un "servizio", in cui il paziente è anche un cliente, in grado di far valere i propri diritti nei confronti di chi glielo fornisce (COSMACINI G. 1995: 68-69); non di rado la figura del guaritore è dipinta come quella di chi svolge una semplice funzione di mediatore per conto di forze di lui molto maggiori, che gli delegano solo temporaneamente il potere di curare e che possono revocarglielo non appena egli se ne riveli indegno o lo impieghi in modi discordanti dal bene dell'infermo.

L'ultimo binomio, riguardante l'intenzionalità soggiacente all'assunzione dei due status, si presta meno degli altri a evidenziarne i contrasti, in quanto

né la condizione di paziente è così paventata come in prima istanza potrebbe parere (e d'altronde il volere degli individui si manifesta attraverso vie che non sempre coincidono con la piena consapevolezza), né quella di terapeuta viene sempre ricercata con la cosciente pertinacia che contraddistingue i nostri medici; è comunque quello della volontarietà o meno delle azioni umane il campo in cui con maggiore evidenza si intrecciano le istanze della psiche e i condizionamenti della società e dell'ambiente in genere.

Alle quattro coppie di attributi che secondo Foster e Anderson connotano il binomio terapeuta-paziente potremmo aggiungere una quinta, *attivo-passivo*, che riflette l'atteggiamento tenuto dai due: l'uno consegnando la propria persona all'intervento dell'altro e autorizzandolo a manipolare liberamente corpo, mente e componenti spirituali oppressi dalla sofferenza. Non v'è forse immagine più forte e illuminante al riguardo di quella del paziente reso incosciente e inerte dall'anestesia che si sottopone alla violazione cruenta della propria integrità corporea sotto i ferri del chirurgo; ma un non minore contrasto fra ruolo attivo e ruolo passivo è possibile riscontrare nel rito terapeutico huave volto alla cura dei gravissimi mali cagionati dall'alter ego spirituale, in cui il terapeuta e la sua aiutante si affannano nello spazio domestico sollevando, spostando e nascondendo a più riprese l'infermo, nella rappresentazione *hic et nunc* dell'analoga azione che le loro controparti spirituali si pensa stiano compiendo a favore di quella del paziente, nella lontana dimensione "altra" dove essa si trova (SIGNORINI I. - TRANFO L. 1979, SIGNORINI I. 1996).

3. Il rapporto paziente-terapeuta

Io rispettavo gli abracadabra, ne onoravo l'antichità e l'oscura, misteriosa semplicità, preferivo esser loro alleato che loro nemico, e i contadini me ne erano grati, e forse ne traevano davvero vantaggio. Del resto, le pratiche magiche di quaggiù sono tutte innocue: e i contadini non ci vedono nessuna contraddizione con la medicina ufficiale. L'abitudine di dare a ogni malato, per ogni malattia, anche quando non è necessario, una ricetta, è una abitudine magica: tanto più se la ricetta era scritta, come un tempo, in latino, o almeno con calligrafia incomprensibile. La maggior parte delle ricette basterebbe a guarire i malati, se, senza essere spedite, fossero appese al collo con una cordicella, come un abracadabra.

(LEMI Carlo, *Cristo si è fermato a Eboli*, Einaudi, Torino, 1977 [1947]: 210)

Benché tra paziente e terapeuta esista quasi sempre un consistente divario di conoscenze, posizione gerarchica, potere e modelli di com-

portamento, ciò che li unisce in un rapporto di complementarità e reciproca dipendenza è la sostanziale condivisione degli obiettivi che entrambi perseguono. Per quanto diverse siano le forme che il rapporto assume e le strategie attuate, quello che resta costante è il sostrato di solidarietà e complicità che li associa nella comune impresa⁽¹²⁾. Senza il consenso, né l'infermo affiderebbe il proprio essere e la propria speranza di salute al guaritore, né questi accetterebbe di assumere le responsabilità, i rischi e le fatiche che la terapia comporta; ma soprattutto risulterebbe impervio conseguire la guarigione, che è il fine ultimo dell'intero rapporto terapeutico (cfr. KATON W. - KLEINMAN A. 1981).

Vi sono, è vero, diversi esempi in cui questo connubio di intenti ed azioni è inesistente o impossibile, soprattutto per l'incapacità degli infermi a formulare ed esprimere il proprio sentire e il proprio volere – penso a neonati e infanti, dementi, folli o comatosi –, e ciononostante la “guarigione” è non solo ritenuta possibile, ma in molti casi concretamente raggiunta. Questo però se si guarda alla questione dal solo punto di vista di una scienza medica ancorata alla valutazione organicista della malattia, che viene oggettivata in una sorta di entità “esterna” al paziente, la cui presenza od assenza può essere stabilita esclusivamente per mezzo di tecniche e strumenti empirici su cui il medico esercita l'assoluto controllo. Una prospettiva che, escludendo di fatto il punto di vista e la peculiare esperienza del soggetto malato, è stata definita “veterinaria” (KLEINMAN A. 1980: 301). In realtà, come emerge chiaramente dalla recente riflessione degli antropologi, nonché degli stessi esponenti più critici della biomedicina (cfr. COSMACINI G. 1995), lo stabilire in che consistano la salute e la malattia, e dunque la guarigione, comporta prendere in considerazione fattori assai più numerosi e complessi di quelli fisiopsicologici solitamente esaminati dai medici. In una prospettiva “olistica” – che cioè tenga anche conto della soggettività, del vissuto, dei modelli culturali e dei legami sociali del paziente e dei condizionamenti ecologici, economici e politici del suo ambiente –, il pieno ripristino dello stato di salute non è pensabile al di fuori del coinvolgimento del soggetto, la cui personale esperienza e valutazione della propria condizione non è un *di più* rispetto agli strumenti e agli indicatori “oggettivi” che permettono ai medici di perseguire e determinare l'avvenuta guarigione, ma è componente costitutiva ed essenziale della salute dell'uomo, in nessun momento isolabile dai processi e dalle valutazioni che la riguardano. In questa prospettiva non si pretende di negare la realtà fisiologica dell'infermità (*disease*), che la biomedicina è indubbiamente in grado di affrontare e debellare anche

in molti dei casi in cui la collaborazione col paziente è impossibile, ma si afferma la necessità di integrarla affiancandovi il malessere soggettivo (*illness*) di chi soffre e i significati e le valenze che lo stato di malattia (*sickness*) ha per la società, recuperando quell'ampiezza totalizzante dello sguardo medico che fu propria già della medicina ippocratica (COSMACINI G. 1995: 14, JOUANNA J. 1994)⁽¹³⁾ e che ancora caratterizza buona parte dei sistemi medici genericamente detti "tradizionali".

In questa prospettiva, così come in quella delle medicine "tradizionali", ben di rado il malato si trova solo nella propria sofferenza; non soltanto nel senso che, anche quando è incapace di comunicare, valutare e/o decidere autonomamente (cosa che in qualche misura accade per gran parte dei mali, specie se debilitanti), vi è quasi sempre chi si incarica di farlo in sua vece; ma anche nel senso che il disagio che spinge a ricorrere al terapeuta spesso non riguarda solo il paziente, ma investe e affligge non meno concretamente anche chi gli sta intorno, al punto che a volte, come s'è detto, la malattia viene considerata un fenomeno collettivo (familiare, di lignaggio, ecc.), anziché individuale (ACKERKNECHT E.H. 1985: 22, LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 1990, CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1998: 122). Ma anche qualora ciò non avvenga, è pur sempre possibile che l'ultima parola sullo stato del paziente – sano, ammalato o guarito – non sia lui a pronunciarla, ma altri a lui vicini: penso ai tanti casi in cui la cura dei bambini, più ancora che sanare gli interessati, "guarisce" o rassicura la madre (KLEINMAN A. 1980: 206, KORNFIELD R. 1986); oppure a quelli in cui il successo della terapia è sancito dal gruppo familiare dell'infermo indipendentemente dal fatto che egli continui a presentare i sintomi per cui era stato dichiarato malato (BIBEAU G. 1998: 158).

In definitiva, è con tutto questo insieme di individui che gravitano attorno al paziente (quando non sono essi stessi "il paziente", al plurale) che il terapeuta ha a che fare, a partire dal momento in cui viene chiamato in causa, passando per quello fondamentale della diagnosi, fino alla messa in atto della terapia. E insisto su questo punto perché una corretta valutazione dell'ampiezza dell'ambito sociale in cui si situa ogni episodio di malattia consente di comprendere meglio sia le molteplici manifestazioni del malessere, sia l'articolato processo decisionale, sia la stessa efficacia delle misure terapeutiche adottate; tutti aspetti che verrebbero afferrati in maniera soltanto parziale qualora si attribuisse enfasi eccessiva alla natura diadica del rapporto paziente-terapeuta. Il quale innegabilmente si incentra sui due poli di colui che, nella sua concreta individualità fisiopsichica, prova la sofferenza e di chi accetta

di adoperare il proprio sapere professionale per alleviarli; ma di cui sfuggirebbero elementi essenziali se non si tenesse anche conto delle altre figure presenti sulla scena, che contribuiscono in maniera determinante nel produrre, plasmare, vivere, riconoscere, comprendere, combattere, alleviare e dichiarare vinta quella sofferenza.

Altro aspetto del rapporto terapeutico che accomuna valenze funzionali e strutturali è il bisogno di chi cura di “apprendere” un certo corpus di informazioni dal paziente. La sua azione deve infatti adeguarsi alla sterminata varietà dei mali che affliggono gli individui, sia che li si intenda (riduzionisticamente) come l’alterazione del benessere di una persona ad opera di una categoria patologica oggettiva e universale, sia che vi si riconoscano i modi singolarissimi in cui ogni soggetto concepisce, sperimenta e combatte la propria peculiare sofferenza⁽¹⁴⁾. Le informazioni che il terapeuta cerca – attraverso la conversazione con il paziente e i suoi familiari, l’esame clinico e strumentale dell’organismo ammalato, quando non anche la divinazione – non accrescono che in minima parte il suo personale sapere (se non in quanto ogni esperienza è implicitamente gravida di un insegnamento), ma servono essenzialmente a rendere efficace la terapia. Egli è infatti chiamato ad agire in quanto è già ritenuto possedere tutte le conoscenze necessarie. E tuttavia, è proprio la possibilità di instaurare una piena comunicazione nei due sensi a rendere ogni sapere medico applicato all’uomo così diverso – sia per complessità che per efficacia – dalla “veterinaria” e a fare dell’interazione medico-paziente «il fulcro della medicina (WILSON A. 1963: 273) e, per ciò stesso, la costante che accomuna tutti i sistemi medici» (FOSTER G.M. - ANDERSON B.G. 1978: 101).

È quella la sede in cui la malattia può esser compresa nella sua complessità e singolarità esperienziale (mentre il “laboratorio” ne rivela solo la parziale, generica e muta realtà organica); è qui che il confronto fra le diverse “letture” del male permette di dargli un significato; ed è sempre qui che, stabilirne la natura e le cause, si attua la condotta volta a debellarlo. Così come è sempre qui che, tanto all’interno dei singoli sistemi medici quanto nell’incontro o nello scontro fra di essi⁽¹⁵⁾, si possono individuare le radici di buona parte dei successi e degli insuccessi terapeutici. Vediamo dunque di concludere l’excursus sul rapporto terapeutico scomponendolo analiticamente nei suoi due principali momenti costitutivi: quello della comunicazione e quello dell’azione.

3.1. Tra dialogo e azione

I vecchi dottori sono come confessori davanti ai quali apriamo volentieri il nostro animo. Certo essi non possono sostituire fino in fondo il conforto religioso, che resta in realtà il vero rimedio di ogni malattia grave. I medici stessi [...], se sono in grado di intendere rettamente la loro professione, ne sono convinti. I cosiddetti medicamenti non sono altro che miseri espedienti; il vero aiuto viene dalla parola. Ma è vero che non dappertutto viene detta la giusta parola.

(FONTANE T., *Il signore di Stechlin*, 1985: 310)

Fra le molteplici funzioni che il colloquio tra paziente e terapeuta svolge, la principale è per solito quella di fornire al secondo il maggior numero di elementi possibili con cui formulare la diagnosi e la prognosi, onde poter poi stabilire che percorso terapeutico seguire. A sua volta, il terapeuta comunica al paziente le sue conclusioni circa la natura e l'origine della malattia, illustrandogli la terapia e la condotta che dovrà seguire per ottenere la guarigione. Questo per quel che riguarda gli aspetti del dialogo concernenti il piano della comunicazione diretta. Vi sono tuttavia una serie di altri effetti che l'interazione verbale consegue e che non riguardano l'esplicito e consapevole scambio di informazioni, ma che appaiono piuttosto come *azioni* vere e proprie, capaci di influire in varie maniere sulle condizioni del paziente e sul suo ambiente sociale. Esaminiamo dunque, sia pur brevemente, questi aspetti dell'incontro terapeutico.

Occorre innanzitutto osservare che il grande vantaggio del medico rispetto al veterinario, cui indirettamente si è alluso in precedenza – cioè quello di poter ottenere dai pazienti una descrizione verbale dettagliata dei loro mali e degli effetti che su di essi hanno tutte le fasi della cura –, ha però, come ogni medaglia, il suo rovescio: e cioè il fatto che quella descrizione sarà inevitabilmente modellata (e cioè, a seconda dei punti di vista, complicata o arricchita) dalle personali esperienze, dal bagaglio culturale e dai condizionamenti socio-ambientali di ogni singolo paziente. Se infatti le malattie non sono semplicemente l'occasionale precipitato sul piano psicofisiologico di tipi ideali universali e costanti – che lo sguardo esperto dello specialista può individuare in base alla presenza di indizi “oggettivi” –, ma consistono piuttosto nell'assai più complesso e mutevole intreccio dell'azione patogena di fattori diversi (organici, psicologici, sociali, ecc.) e del modo in cui ogni individuo la vive e la plasma mediante i propri strumenti culturali, e se è quindi necessario conoscere l'esperienza soggettiva della malattia per poterla comprendere ed affrontare nel modo più completo ed efficace, allora è evidente che il terapeuta non potrà giungervi

che attraverso gli enunciati del paziente, in quanto non esiste altra possibilità di accedere direttamente alle esperienze altrui (GOOD B.J. 1999: 214). Ma la descrizione di queste esperienze, per quanto minuziosa ed esauriente, sarà sempre e per necessità di cose selettiva, mutila, culturalmente modellata e intrisa di valore; tutte caratteristiche che la rendono ben diversa dalle evidenze apparentemente “neutre” che la biomedicina cerca nel corpo dell’infermo e nelle risultanze degli esami strumentali cui lo sottopone.

Proprio la consapevolezza della ineludibile influenza dei fattori soggettivi sulle modalità con cui i malati esplicitano la propria sofferenza ha portato la scienza medica a distinguere tra i *segni*, le evidenze oggettive di un’infermità suscettibili di osservazione diretta o indiretta, e i *sintomi*, ovvero le evidenze soggettive di una malattia come sono percepite dal paziente (cfr. MARTÍNEZ HERNÁEZ A. 1998)⁽¹⁶⁾. In base a questa prospettiva, dunque, le lamentele dei pazienti non sarebbero altro che la verbalizzazione, viziata da distorsioni soggettive, di una soggiacente realtà ultima data (l’infermità), che il medico ha la facoltà di afferrare una volta che abbia depurato, decodificandoli, gli enunciati del paziente, grazie anche al confronto con riscontri oggettivi ricavabili dall’esame clinico e tecnologico del suo corpo (GOOD B.J. - DEL VECCHIO GOOD M.-J. 1981: 166-167, 1982: 144). Ora, è chiaro che un simile approccio alla malattia, mirando quasi esclusivamente allo svelamento di ciò che la descrizione dell’infermo, per quanto utile, in buona misura occulterebbe, finisce per destituire il dialogo del suo valore euristico, negando quasi la possibilità che il soggetto sofferente «contribuisca al giudizio clinico circa l’infermità e la sua cura» (KLEINMAN A. 1988: 129). La tendenza di molti medici a eludere il confronto con la prospettiva dei pazienti, spesso avvertita come irrilevante e fonte di impaccio⁽¹⁷⁾, è espressa in maniera esemplare da quanto Arthur Kleinman riferisce circa un avvocato statunitense quarantenne, sofferente di asma e dalla difficile situazione familiare, il cui medico curante osteggiò ogni esplorazione sul suo vissuto, osservando: «Il paziente è un vaso di Pandora; chi sa che cosa potrebbe succedere una volta rimosso il coperchio?» (KLEINMAN A. 1988: 123).

È proprio questa perplessità circa “ciò che sta sotto il coperchio” a rivelare molto chiaramente le difficoltà di comunicazione che oggi affliggono la scienza medica: un misto di sordità del terapeuta verso le espressioni profane del paziente e di disinteresse verso la sua personale esperienza, che si innesta sul crescente divario tra i saperi e, più in generale, gli orizzonti culturali propri di entrambi, all’interno dei quali i singoli episodi di malattia dovrebbero trovare collocazione e risposta. Non deve infatti indurre in

inganno l'apparente capillare diffusione del vocabolario e delle conoscenze della medicina scientifica all'interno della società contemporanea: la condivisione di molti termini e concetti da parte di medici e pazienti non impedisce che gli uni diano della stessa realtà di malattia letture profondamente diverse dagli altri, come non cessano di rivelare gli innumerevoli studi che vengono condotti sull'argomento (cfr. FOSTER G.M. - ANDERSON B.G. 1978: 120, KLEINMAN A. 1980, 1988, KATON W. - KLEINMAN A. 1981, MARSHALL R. 1988, ERZINGER S. 1991). Il che non dipende peraltro dalla sola disparità dei saperi tra profani e specialisti, che è presente, sia pure in misura più ridotta, anche in molte altre società, senza che si producano effetti analoghi; ma nasce soprattutto dal fatto che la medicina scientifica tende a escludere dal proprio approccio alla malattia la dimensione del significato.

In contrasto con questa concezione monca e disumanizzante della medicina, un consistente numero di antropologi si è da tempo impegnato a dimostrare che, allorché un episodio di sofferenza viene riconosciuto e trattato come "malattia" – dando a chi ne è vittima lo status di malato e autorizzandolo a rivolgersi a un terapeuta –, ciò avviene in seguito a un processo culturale che inevitabilmente porta a conferirgli un significato (GOOD B.J. 1977, GOOD B.J. - DEL VECCHIO GOOD M.J. 1981, 1982, KLEINMAN A. 1980, 1988, BIBEAU G. 1981, 1982, SINDZINGRE N. 1983, 1986). Nell'espone il loro approccio "incentrato sul significato" (*meaning-centered*), Byron Good e Mary-Jo Del Vecchio Good (GOOD B.J. - DEL VECCHIO GOOD M.J. 1981: 167) osservano come in qualsivoglia società «tutte le realtà di malattia sono fondamentalmente semantiche», nel senso che ovunque esistono reti di significati per mezzo dei quali gli individui costruiscono e interpretano l'esperienza della malattia. Tanto i pazienti quanto i terapeuti, partendo dai propri rispettivi bagagli di conoscenze mediche, costruiscono degli specifici "modelli esplicativi" (*explanatory models*) intorno ad ogni episodio di malattia che li vede coinvolti, mediante i quali tentano di stabilire l'eziologia, la natura, il decorso del male e la terapia ad esso adeguata (KLEINMAN A. 1980: 105). Perciò il dialogo tra il malato e lo specialista che si incarica di curarlo non consiste in un semplice scambio di informazioni, ma si traduce nel confronto e nella negoziazione tra modelli esplicativi diversi, facendo delle transazioni terapeutiche dei fenomeni di natura eminentemente interpretativa o ermeneutica (GOOD B.J. - DEL VECCHIO GOOD M.J. 1981: 175).

Naturalmente, le interpretazioni che di un medesimo evento patologico danno pazienti e terapeuti tendono a divergere anche laddove entrambi attingano a una cultura medica comune; e questo sia per la singolarità dei

percorsi associativi che ognuno segue nel dare senso alle proprie e alle altrui esperienze, sia per la stessa asimmetria delle rispettive posizioni: osserva Elsa Guggino circa la terapia magica in Sicilia che «mago e cliente condividono lo stesso linguaggio, ma solo il primo lo padroneggia, in assoluto in quanto professionista, e in relazione, poiché le forze, fra sofferente e terapeuta, sono impari» (GUGGINO E. 1993: 249). A maggior ragione i modelli esplicativi differiscono quando malato e guaritore partono da sostrati culturali eterogenei; un'eventualità assai più frequente di quanto non si pensi, tenuto conto di quanto numerose risultino essere le situazioni in cui, all'interno di un contesto sociale complessivamente omogeneo, coesistono una pluralità di tradizioni terapeutiche (cfr. ad esempio KLEINMAN A. 1980). È quanto accade nelle occasioni di incontro tra popoli e culture diversi, come nelle regioni del globo ove solo di recente la biomedicina si è affiancata alle tradizioni mediche locali, ma anche nelle metropoli del Primo Mondo, ove l'offerta di risorse riguardanti la salute si va facendo sempre più diversificata. La letteratura medica e antropologica trabocca di esempi in cui l'incontro paziente-terapeuta è occasione di continui e talora drammatici problemi di linguaggio, di atteggiamento, di compatibilità tra sostrati concettuali diversi. Si va dall'estremo dell'assoluta alterità linguistica e culturale – come nel caso huave di cui sono stato testimone, con un medico ispanofono che prescriveva antibiotici contro le infezioni a donne indigene monolingui che a stento capivano quali e quante compresse prendere e che attribuivano il proprio malessere alla perdita traumatica di una parte della propria dotazione animica –, ai casi in cui è l'ermetismo del linguaggio specialistico a sollevare invalicabili barriere comunicative – penso all'esempio del medico mutualista che, a una paziente di umile condizione che voleva svezzare il proprio bambino, diede la, per lei sibillina, prescrizione di «applicare uno stretto bendaggio toracico e ridurre l'ingestione di fluidi» (FOSTER G.M. - ANDERSON B.G. 1978: 120) –, fino ai casi più insidiosi, perché meno manifestamente problematici, in cui l'impiego di un vocabolario comune nasconde profonde discrepanze a livello semantico – e qui la casistica varia dall'assegnare a un medesimo vocabolo significati differenti, al riferirsi a un medesimo fenomeno ma partendo da diversi principi di causalità, al situare concetti comuni in nosologie distinte, al dare agli stessi termini e concetti valenze emozionali divergenti (KATON W. - KLEINMAN A. 1981: 268).

Proprio per la natura culturalmente costruita dei malesseri che spingono i malati a cercare l'aiuto degli specialisti – quel “fondamento ontologico” della malattia che Good (GOOD B.J. 1999 [1994]: 83) situa «nell'ordine del significato e [della]⁽¹⁸⁾ interpretazione umana» –, è estremamente frequen-

te che gli scambi verbali tra di essi siano caratterizzati da un alto grado di ambiguità semantica, per lo più inavvertita. Quando ad esempio un paziente messicano – non necessariamente un indigeno – descrive l'eziologia e i sintomi del proprio malessere in termini di “raffreddamento”, al medico spesso sfugge del tutto che egli non pensa affatto agli scompensi sul piano funzionale e immunitario che una brusca alterazione termica può provocare nell'organismo, quanto piuttosto al fatto di aver alterato l'equilibrata distribuzione del calore vitale all'interno del corpo, ingerendo sostanze oppure entrando in contatto con ambienti che sono “freddi” in senso soltanto simbolico (come la carne di maiale o le grotte, considerate tali per l'umidità del terreno in cui l'animale grufola o la prossimità con l'algido mondo ctonio). Il fatto è che entrambi costruiscono i rispettivi modelli esplicativi a partire da soggiacenti reti di significati che possono mantenersi profondamente diverse anche sotto un'apparente omogeneità esteriore, analogamente a quanto avviene nei processi di sincretismo religioso, ove in un medesimo contesto sociale gruppi diversi possono attribuire per lungo tempo significati discordanti a pratiche, simboli e testi comuni (cfr. PYE M. 1971, LUPO A. 1996). Così, allorché dei pazienti (in Messico come in Iran e nella stessa Italia rurale; cfr. GOOD B.J. - DEL VECCHIO GOOD M.-J. 1982, SIGNORINI I. 1988) accusano un malessere che attribuiscono a uno “spavento”, gli esponenti della medicina scientifica tendono a interpretare questi casi in termini di disturbi psicosomatici, cercando di individuare i segni che rivelino l'esistenza di una ben riconoscibile “sindrome”, mentre i malati e i loro familiari non associano la categoria diagnostica popolare “spavento” ad alcun preciso complesso di sintomi, spesso creando solo a posteriori la connessione fra il malessere e la forte emozione che l'avrebbe provocato, nell'ambito della costruzione di una trama narrativa della malattia secondo gli stereotipi che la cultura predispone (GOOD B.J. 1999: 222-228).

La pressoché universale presenza di questo genere di ambiguità e fraintendimenti, che non riguardano certo il solo incontro fra esponenti della medicina scientifica e pazienti di aree o culture “esotiche”, ma che anzi ricorrono con preoccupante frequenza proprio all'interno del sistema medico occidentale, è stata giustamente indicata come una delle principali cause degli insuccessi terapeutici in generale (cfr. CAPRARA A. - LINS A. - FRANCO S. 1999: 651, KLEINMAN A. 1980, 1988, KATON W. - KLEINMAN A. 1981). E non v'è dubbio che la mancata comprensione tra colui che soffre e lo specialista chiamato in suo soccorso possa portare sovente a diagnosi errate, a scelte terapeutiche dirette fuori bersaglio, nonché alla scorretta applicazione della cura. Una notevole parte degli sforzi per applicare in

ambito sanitario gli esiti degli studi antropologici riguardano proprio l'obiettivo di migliorare la qualità della comunicazione tra medici e pazienti, al fine di rendere più completa ed efficace l'assistenza agli utenti (cfr. SEPPILLI T. 1996: 11, CAPRARA A. - LINS A. - FRANCO S. 1999, MARTÍNEZ CORTÉS F. 1978).

A dispetto di ciò, diversi studiosi hanno del pari rilevato come non sempre questo difetto nella comunicazione comprometta gli esiti dell'incontro terapeutico. Vi è anzi chi, come Lisbeth Sachs in un articolo intitolato *Misunderstanding as therapy* (SACHS L. 1989), si è spinto sino ad affermare la produttività curativa del malinteso. Personalmente non mi sento di confermare questa lettura, che mi pare per diversi aspetti ingenua, in quanto attribuisce al fraintendimento una efficacia che mi pare si raggiunga *indipendentemente da e malgrado* questo. Ma ritengo del tutto condivisibile una prospettiva che non collochi nella piena e mutua comprensione reciproca fra malato e guaritore la *condicio sine qua non* della guarigione. L'interazione fra i due avviene infatti attraverso una varietà di livelli comunicativi, pragmatici ed emozionali che non si esaurisce certo nella intelligibilità linguistica dei messaggi verbali. E d'altronde la possibilità che una terapia risulti efficace anche quando paziente e terapeuta partono ciascuno da saperi e linguaggi diversi è dimostrata dalla frequenza delle situazioni in cui più modelli eterogenei di conoscenze e pratiche mediche coesistono l'uno accanto all'altro, senza che gli utenti smettano di rivolgersi ora all'uno ora all'altro con estrema flessibilità, animati dal più schietto pragmatismo (cfr. EISENBERG L. - KLEINMAN A. 1981: 8).

Il richiamo alle condizioni di "efficacia" immediata che animano le scelte dei malati ci porta infine ad affrontare la questione degli effetti che le emozioni e le sollecitazioni psichiche causate dall'interazione col terapeuta possono avere sullo stato di salute del paziente. Una delle più considerevoli caratteristiche dei saperi medici "tradizionali", su cui molto inchiostro è stato versato, è infatti la capacità – conclamata dai nativi e sottolineata da numerosi osservatori esterni – di ottenere la guarigione attraverso procedimenti che non hanno nulla a che vedere con quelli "tecnici" solitamente usati dalla biomedicina, come la somministrazione di farmaci e la manipolazione del corpo dell'infermo, ma che si basano invece sul ricorso a parole, azioni e oggetti di carattere simbolico. Non che farmaci e altre tecniche "razionali" siano assenti dalle medicine delle tradizioni extraeuropee; anzi vi rivestono sovente un ruolo di primissimo piano. Così come d'altronde gli aspetti simbolici sono tutt'altro che assenti dalla medicina "scientifica", anche se non sempre questa è incline a riconoscerlo. Di fatto, proprio in quanto ha per oggetto esseri umani, ogni attività terapeutica include in sé

la dimensione simbolica (CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1988: 109). Quello che semmai colpisce è la crescente importanza che questa assume nella terapia in ragione della gravità del male: non sono poche, infatti, le testimonianze di storici ed etnografi che hanno rilevato come, mentre le malattie considerate meno pericolose vengono affrontate con l'uso di medicine, massaggi, prescrizioni dietetiche, ecc., per quelle che si pensa minaccino più da vicino la vita del paziente l'aspetto rituale della cura prende il sopravvento (cfr. ad esempio LAS CASAS B. de 1967: lib. 3, cap. 179, MENDIETA G. de 1971: 281, EVANS-PRITCHARD E.E. 1976: 584, BIBEAU G. 1998: 151), fino a divenire l'unica forma di intervento; è questo il caso dei Huave, ove le patologie dal decorso più rapido e dalle manifestazioni più acute vengono solitamente interpretate come attacchi all'alter ego animale dell'infermo, il cui unico rimedio consiste nell'esecuzione del rito cui ho accennato in precedenza (cfr. SIGNORINI I. - TRANFO L. 1979, SIGNORINI I. 1996).

L'esempio etnografico forse più celebre e discusso di terapia rituale è quello dell'intervento sciamanico per risolvere un parto difficile tra i Cuna di Panamá, analizzato da Claude Lévi-Strauss in un celebre saggio del 1949 (LÉVI-STRAUSS C. 1975 [1949]) e commentato criticamente da più autori (cfr. BIBEAU G. 1998, DOW J. 1986, CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1998), fra cui di recente anche alcuni diretti conoscitori italiani della cultura cuna, quali Carlo Severi (SEVERI C. 1993) e Massimo Squillacciotti (SQUILLACCIOTTI M. 1998)⁽¹⁹⁾. Non intendo, né posso, soffermarmi sulle svariate e complesse teorie che sono state formulate intorno alla capacità che l'impiego rituale dei simboli avrebbe di produrre effetti concreti sull'organismo delle persone. Accennerò soltanto al fatto che per lo più si attribuisce l'efficacia delle cure rituali alla capacità dei simboli di suscitare nel sofferente profonde emozioni e, attraverso queste, produrre nell'organismo reazioni capaci di condurre alla guarigione: vi è chi pensa, come Lévi-Strauss, che l'efficacia derivi dal fatto che lo sciamano, rappresentando in chiave mitologica la sofferenza dell'infermo, gli consente di «rendere accettabili alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare» (LÉVI-STRAUSS C. 1975 [1949]: 221), attraverso un processo analogo all'*abreazione* psicanalitica, inducendo l'attivazione parallela di processi organici dagli esiti positivi; oppure chi, come James Dow (DOW J. 1986), interpreta questa dinamica terapeutica in termini di *transazione*, come la capacità del guaritore di instaurare un collegamento tra il mondo del mito e la condizione del paziente, per poi agire su quest'ultima mediante i simboli mitici che egli associa alle di lui emozioni; o ancora chi, come de Martino (DE MARTINO E. 1961, 1987), attribuisce la guarigione alla *destorificazione* che il terapeuta opera nei confronti della individuale sofferenza dell'infermo, permettendogli di risolve-

re mediante il ricorso ai modelli atemporali del mito la propria “crisi della presenza”. In tutte queste teorie, e in altre ancora (cfr. BIBEAU G. 1998, CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1998: 119-127, KIRMAYER 1993), la guarigione verrebbe raggiunta grazie alla stretta interazione fra terapeuta e paziente, con la comunicazione nei due sensi di messaggi che, per quanto espressi prevalentemente per via inconscia, vengono intesi e agiscono in quanto radicati in un comune humus culturale⁽²⁰⁾.

Ci troveremmo dunque in un ambito non troppo dissimile da quello della comunicazione cosciente di nozioni utili alla cura, di cui s'è già detto. Eppure dall'etnografia emerge che non sempre tra terapeuta e paziente sussistono le condizioni perché questa comunicazione – ancorché subliminale – abbia luogo; o per lo meno non nelle modalità descritte ed esaminate dagli autori fin qui citati. Sia Severi, sia Squillacioti hanno infatti osservato come la supposta capacità del canto sciamanico cuna di offrire alla partoriente un *linguaggio* [...] che permette [...] di vivere in forma ordinata e intelligibile un'esperienza attuale, ma che sarebbe, senza [di esso], anarchica e ineffabile» (LÉVI-STRAUSS C. 1975 [1949]: 222; corsivo dell'Autore), non può basarsi sulla condivisione di un comune codice comunicativo, in quanto «la persona sofferente, come chiunque non sia iniziato alla tradizione sciamanica, non capisce affatto quel che un canto enuncia. L'atto di cantare non è dunque un atto comunicativo diretto» (SEVERI C. 1993: 242, cfr. anche SHERZER J. 1983: 134); tanto più che anche la condizione fisica e la dislocazione della donna cuna durante il rituale le impedirebbero di cogliere il significato di quanto il terapeuta va formulando (SQUILLACCIOTTI M. 1998). Il che non vuol dire che l'azione del terapeuta non abbia “senso” per il paziente, ma soltanto che questo non corrisponde necessariamente con il “contenuto proposizionale” (SEARLE J. 1976) delle parole che vengono pronunciate; la comprensione della terapia cuna, secondo Severi (SEVERI C. 1993: 242-247), non passerebbe per il significato testuale delle parole dello sciamano, ma semmai per le *azioni* che le accompagnano e che servono a rappresentare nel contesto rituale la sofferenza che si vuole eliminare.

Quanto complesse siano le modalità della comunicazione nell'incontro terapeutico lo dimostra l'etnografia raccolta da Elsa Guggino (GUGGINO E. 1993) sui maghi siciliani, i quali sanno esprimere con grande efficacia la capacità che per loro la parola possiede di creare corrispondenze fra il mondo immateriale dei suoni e delle emozioni e quello materiale del corpo sofferente: la frase che dà il titolo al suo libro – “il corpo è fatto di sillabe” – è il chiarimento, straordinariamente incisivo, dato da una guaritrice circa la centralità della dimensione sonora (fatta sì di parole, ma

anche di erutti) nel proprio agire terapeutico (*ibidem*: 186). Anche in Sicilia l'interazione spesso avviene senza che l'infermo comprenda le parole dello specialista; ma, osserva Guggino, egli «sa perfettamente cosa sta facendo lo sciamano, poiché partecipa dello stesso universo culturale, maneggia, pur senza averli organizzati come lui, gli stessi simboli. [...] L'ammalato 'crede'», analogamente a quanto avveniva ai fedeli che in epoca preconciliare assistevano alla messa in latino, con il sacerdote che dava loro le spalle: «è chiaro che non potevano essere raggiunti dal suono distinto delle parole. Ma erano egualmente raggiunti, in quanto *credenti*, dalla loro efficacia» (*ibidem*: 233). Anche se per vie che non corrispondono esattamente con quelle ipotizzate da Lévi-Strauss, Dow, ecc., e la cui dinamica psicofisiologica resta ancora da chiarire, l'azione rituale produce i suoi effetti sui partecipanti anche attraverso forme di "comunicazione" extraverbale. Si tratta comunque di una comunicazione che avviene in presenza dei due protagonisti del rapporto terapeutico; mentre è anche possibile che questo si instauri a distanza, senza un effettivo incontro fra l'infermo e il guaritore.

È quanto succede tra i Nahua della Sierra di Puebla, ove gli specialisti terapeutici cui si fa ricorso per i mali più insidiosi, cioè quelli che colpiscono la dotazione spirituale degli individui, non solo formulano le proprie diagnosi dando minima importanza ai sintomi e spesso senza neppur vedere il paziente, affidandosi piuttosto alle pratiche divinatorie⁽²¹⁾; ma in aggiunta effettuano i propri riti di guarigione in completo isolamento, senza che l'infermo sia mai presente. Benché ciò ostacoli manifestamente quel tipo di stimolazione emotiva del paziente per mezzo di simboli cosmologici condivisi di cui s'è parlato in precedenza, i terapeuti nahua più accreditati e richiesti, cioè quelli cui si attribuisce un maggior numero di successi, risultano essere proprio quelli che agiscono in solitudine, non indulgendo in alcuna concessione alla teatralità della cura (SIGNORINI I. - LUPO A. 1989, LUPO A. 1995).

Come distinguere, in questi casi, tra l'effettiva capacità che il sapersi al centro di attenzioni e iniziative "potenti", pur senza assistervi, può avere sul paziente (stile *placebo*) e la possibilità che l'asserita "efficacia" della cura non corrisponda agli effetti che questa concretamente produce nell'infermo⁽²²⁾, ma dipenda invece – come in tanti altri casi avviene – dall'intreccio di questi con gli *altri* effetti che la terapia ha sui familiari e il resto della società, oltre che dalle valutazioni di tutte queste persone? In non pochi casi, la principale preoccupazione di chi opera le scelte terapeutiche (persona o complesso di persone che non sempre corrispondono con chi soffre) non consiste nel conseguire il miglioramento dello stato fisico del pa-

ziente *ad ogni costo*, ma nel risolvere in modi socialmente accettabili un complesso di problemi di cui quell'individuale malessere non è che una delle manifestazioni, ancorché di primissimo rilievo. In questa prospettiva più ampia sulla sofferenza e la terapia è possibile cogliere la differenza tra una pratica medica che "cura" (*cures*), come fa la biomedicina, l'organismo infermo, e una che, per quanto alto sia il prezzo in termini di autonomia personale del malato, "risana" (*heals*)⁽²³⁾, collocandole in una generale cornice di significato, le più estese ferite che l'episodio di malattia ha scavato nel paziente e nel corpo sociale (KLEINMAN A. 1980: 85, 360, YOUNG A. 1982: 265-266, GOOD B.J. 1999).

4. Conclusioni

La meravigliosa massima: *medicus enim nihil aliud est quam animi consolatio* di Petronio (*Satyricon*, 42, discorso di Seleuco) riduce la pratica medica all'essenziale: psicologia, e allarga la medicina al paesaggio, alla poesia, ai profumi.

(CERONETTI G., *Il silenzio del corpo*, Adelphi, Milano, 1979: 152)

Le considerazioni fatte in quest'ultimo paragrafo hanno messo in luce, mediante l'esame dei saperi medici cosiddetti "tradizionali", alcune importanti caratteristiche del rapporto paziente-terapeuta, fra cui: la tendenziale indifferenza ideologica e il pragmatismo che, sotto l'urgenza del male, orientano le scelte terapeutiche (in pochi campi meglio che in quello della ricerca della salute può applicarsi il detto secondo cui "l'erba del vicino è sempre più verde"); la complessità delle forme della comunicazione, che concede uno spazio assai rilevante alle modalità extraverbali e alla dimensione delle emozioni; la portata delle trasformazioni che l'interazione terapeutica produce sul corpo e sulla psiche della persona ammalata, spesso costretta dalla sofferenza in una condizione di grande passività rispetto alle manipolazioni cui viene sottoposta.

L'attenzione che ho dedicato agli aspetti extraorganici del processo curativo non significa che, ennesima vittima del diffuso mito romantico del "buon sciamano"⁽²⁴⁾, io voglia attribuire più merito di quanto non gliene spetti alle sottili alchimie di esperienze personali, valori culturali, suggestioni simboliche e stati emotivi che pervadono tanta parte delle conoscenze e delle pratiche mediche non "scientifiche" (cfr. EISENBERG L. - KLEINMAN A. 1981: 7-11). Se ho sottolineato questi aspetti "simbolici" della terapia, così come la natura composita della guarigione – che investe ed è sancita da più individui e comporta trasformazioni biologiche, comportamentali e

sociali (KLEINMAN A. 1980: 373) – è perché essi risultano sempre più come parte costitutiva e irrinunciabile dell'azione terapeutica in sé; il che consente di meglio comprendere le ragioni che hanno permesso alle medicine "altre" di prosperare fino ad oggi (anche a dispetto dei loro insuccessi sul piano organico) e di avere una importante penetrazione anche nella società occidentale contemporanea, i cui membri trovano in esse quella capacità di dare un senso e una giustificazione morale alla sofferenza che sempre più difetta alla pur trionfante biomedicina.

Sono gli stessi successi di questa che contribuiscono, in molti casi, a creare l'humus più fertile per le medicine sue antagoniste: l'indubbia efficacia della prevenzione, della terapia farmacologica e della chirurgia ha allungato di molto la durata della vita, riducendo drasticamente, come s'è detto, le patologie acute; ma sono di conseguenza aumentate quelle croniche, debilitanti, per le quali la pronta e totale guarigione resta un irraggiungibile miraggio. È in questo mutato panorama di malati non gravi, forse, ma con il peso di un fardello pressoché perenne, che, come osserva con sensibilità Giorgio Cosmacini (COSMACINI G. 1995: 44), «più la guarigione completa si allontana, più il medico deve potenziare l'efficacia del rapporto antropologico fra se stesso e il malato». E questo può avvenire emancipando la pratica terapeutica dall'affannosa ricerca della "pallottola magica" (KLEINMAN A. 1980: 287) farmacologica, chirurgica, e via dicendo – che su tante situazioni di malessere non ha alcun effetto –, e consentendo a chi cura di utilizzare i molteplici canali attraverso cui gli è possibile migliorare lo stato e alleviare la sofferenza del paziente. Magari con la sola parola, quando non resti altra risorsa, ma anche senza di essa, visto che le vie attraverso cui è possibile costruire quella comprensione che è già guarigione⁽²⁵⁾ sono così diverse che possono fare a meno delle sostanze, del contatto fisico, dei suoni e paradossalmente, come tra i Nahua, della stessa presenza.

Note

⁽¹⁾ Questo articolo è una versione rielaborata della relazione presentata al convegno dell'Associazione "Antropologia e mondo antico" sul tema "Insegnare e guarire. Antropologi e classicisti a confronto su medici, pazienti, docenti, discenti", tenutosi a Siena il 13-14 ottobre 1999, i cui atti verranno pubblicati nel n. 4 de *I quaderni del ramo d'oro*; ringrazio Maurizio Bettini per averne autorizzato la pubblicazione su *AM*. La mia gratitudine va inoltre a Patrizia Burdi, Andrea Caprara, Cristiano Grottanelli e Maria Minicuci per le critiche e i suggerimenti che mi hanno offerto dopo la lettura di una prima versione di questo testo; a me rimane naturalmente la responsabilità per l'uso più o meno buono che ho fatto dei loro commenti. Sono infine riconoscente a

Enrico Di Rosa, Gianni Guastella e Pino Schirripa per avermi fornito preziose indicazioni bibliografiche.

⁽²⁾ I saltuari riferimenti che farò alle mie personali esperienze etnografiche riguardano le ricerche svolte fra i Huave dell'Istmo di Tehuantepec e i Nahua della Sierra di Puebla in seno alla Missione, per circa 32 mesi complessivi. Tali ricerche sono state rese possibili dal costante sostegno che in tutto questo tempo la Missione ha ricevuto dal Ministero degli affari esteri, oltre che dai contributi del Consiglio nazionale per le ricerche e dei Ministeri della Pubblica istruzione e dell'università e della Ricerca scientifica e tecnologica.

⁽³⁾ Utilizzo qui il termine "sistema" in senso assai generico, riferendomi ai saperi tradizionali indigeni e a quelli scientifici della biomedicina, anche se in realtà l'espressione "sistema medico" è sovente usata per indicare l'insieme anche molto eterogeneo dei saperi, delle pratiche e delle risorse cui gli appartenenti di una determinata società possono fare ricorso nell'affrontare i problemi relativi alla propria salute (per una più esauriente disamina del concetto, cfr. SCHIRRIPIA P. - ZÚNIGA C. in corso di stampa).

⁽⁴⁾ Per non appesantire la bibliografia di questo saggio con una pletora di riferimenti privi di connessione con il tema trattato, mi limito a segnalare i saggi di LIEBAN R. 1973, COLSON A.C. - SELBY K.E. 1974, WORSLEY P. 1982, YOUNG A. 1982, oltre alle ricche quanto preziose indicazioni offerte dai primi tre numeri doppi di *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica* (1996-1998).

⁽⁵⁾ In un'ottica che ignora i recenti contributi dell'antropologia medica e si appiattisce sulle posizioni razionaliste ed empiriste della medicina scientifica, Bryan S. Turner (TURNER B.S. 1995: 40) ha di recente riproposto di classificare i casi di discrepanza tra le opinioni di medico e paziente circa lo stato di salute di quest'ultimo come: a) "fuga nella salute", allorché l'individuo diagnosticato come malato si ostina a considerarsi sano, e b) "sindrome di Münchhausen", allorché questi affermi uno stato di sofferenza che non trova riscontro nel parere del medico. Come si vedrà fra breve, una simile schematizzazione diventa improponibile una volta che si riconosca la connotazione culturale delle singole realtà di malattia (cfr. VARGAS L. 1978).

⁽⁶⁾ Se è vero che anche nel mondo occidentale la gestazione e il parto hanno di recente subito un processo di crescente medicalizzazione, ciò è da imputare a ragioni di ordine economico, assistenziale e sociale, più che al fatto che li si consideri dei fenomeni di natura patologica.

⁽⁷⁾ Mi limito a segnalare una terza e più controversa categoria (denominata *sickness* in inglese), comprendente "il processo mediante il quale segni preoccupanti sul piano comportamentale e biologico ricevono significati socialmente riconoscibili. [...] Un processo per socializzare l'infirmità [*disease*] e il malessere [*illness*]" (YOUNG A. 1982: 270); il concetto di *sickness* è stato reso da Signorini in italiano con la parafrasi "stato di malattia" (SIGNORINI I. 1988: 45).

⁽⁸⁾ Al riguardo, Mary Douglas (DOUGLAS M. 1994: 193) ha osservato come spesso "la malattia e la menomazione fisica [...] costituiscono del materiale eccellente per i processi di imputazione di colpa e giustificazione. Nella forma più estrema, ogni malattia offre l'opportunità di un'accusa" (corsivo aggiunto). Circa le recenti trasformazioni che, nei sistemi medici tradizionali africani, hanno portato a interpretare la malattia sempre più come l'effetto di colpe commesse dall'individuo, si vedano Andras Zempléni (ZEMPLÉNI A. 1975) e Marc Augé (AUGÉ M. 1975).

⁽⁹⁾ Si potrebbe parlare in questi casi di una sorta di "fuga nella malattia", analoga ma inversa alla "fuga nella salute" di cui s'è accennato più sopra nella nota n. 5.

⁽¹⁰⁾ Da un lato possiamo ricordare le considerazioni di Platone nella *Repubblica* (III, 408d, cfr. PLATONE, GABRIELI F. cur. 1999: 109), per cui «i medici potranno essere bravissimi, se fin da fanciulli oltre all'imparare l'arte praticheranno quanti più corpi e quanto più cattivi è possibile, e se avranno essi stessi tutte le malattie, e non saranno per natura del tutto sani»; dall'altro la contrapposta prospettiva ippocratica, per cui, secondo Jouanna (JOUANNA J. 1994: 92), «il buon medico [...] non ha il diritto di essere malato», sicché «la regola del medico deve essere di avere un bel colorito ed essere bene in carne [...]; perché la maggior parte della gente ritiene che quelli il cui corpo non sia così in buona salute non saprebbero neppure curare convenientemente gli altri» (*Medico* c. 1; cit. in JOUANNA J. *ibidem*); ma anche il motto evangelico *medice cura te*

ipsum (Luca 4, 23) e proverbi come il francese “bon médecin qui se guérit soi-même” (LOUX F. - RICHARD Ph. 1978: 165).

⁽¹¹⁾ Per *status* intendo (sulla scia di LINTON R. 1973: 125-126 e BEATTIE J. 1973: 59) la posizione socialmente riconosciuta di un individuo all'interno del gruppo cui appartiene, mentre per *ruolo* intendo i comportamenti e le attività collegati a un determinato status. Un'ulteriore distinzione può riguardare gli status acquisiti (come nel caso di chi diviene terapeuta avendo seguito un determinato percorso formativo) e gli status attribuiti (come per chi si vede proclamare guaritore per nascita o per “chiamata”, indipendentemente dal proprio volere). Va comunque tenuto presente che diversi autori (fra cui PARSONS T. 1951) utilizzano il secondo termine dandogli un significato sostanzialmente analogo a quello che qui attribuisco a status.

⁽¹²⁾ Celebre a questo riguardo è il passo del primo libro delle *Epidemie* (c. 5), in cui viene delineato il cosiddetto triangolo ippocratico: «L'arte si compone di tre termini: la malattia, il malato e il medico. Il medico è il servitore dell'arte; il malato deve opporsi alla malattia con il medico» (cit. in JOUANNA J. 1994: 137).

⁽¹³⁾ Alla luce di quanto detto, non stupisce che l'autore del *Protreptico II* (c. 12) suggerisse di non curare le ferite qualora il paziente fosse incosciente o incapace di collaborare (JOUANNA J. 1994: 108-109).

⁽¹⁴⁾ Anche se la medicina scientifica tende alla reificazione delle infermità, non le manca la consapevolezza di quanto rilievo meriti la componente soggettiva, com'è esemplificato dal frequente richiamo alla celebre massima di Salvador de Madariaga, secondo cui «non ci sono malattie, ci sono soltanto malati» (cit. in BALDINI M. 1993: 67).

⁽¹⁵⁾ Proprio lo sforzo di combinare con intelligente sensibilità due culture mediche fra loro assai diverse testimoniano le frasi di Carlo Levi citate all'inizio del paragrafo.

⁽¹⁶⁾ Lottica empirista della scienza medica è chiaramente espressa nel *Dizionario medico illustrato Dorland*, che definisce il segno come «indicazione dell'esistenza di qualcosa, cioè tale evidenza quale è percettibile al medico che visita» (1987: 1376-1377, corsivo mio), ed il sintomo come «evidenza soggettiva di una malattia o di una condizione [evidentemente non riconosciuta come patologica] di un paziente, p. es., tale evidenza come percepita dal paziente» (*ibidem*: 430, commento mio).

⁽¹⁷⁾ Spinta alle sue estreme conseguenze, la ricerca in chiave empirista e razionalista delle “vere” cause della malattia può giungere a considerare lo stesso «corpo vivente [capace di reazioni “irrazionali”, stile “effetto placebo”] di ostacolo al procedimento probatorio» (STENGERS I. 1998: 126).

⁽¹⁸⁾ Sono costretto a correggere il testo dell'edizione italiana, che riporta un incomprensibile “nella” (l'originale inglese recita: «in the order of meaning and human understanding»). Questo d'altronde non è che uno degli innumerevoli errori e bizzarrie che costellano l'intera traduzione, esempio emblematico ma purtroppo non eccezionale dell'atteggiamento dell'editoria italiana, che nei confronti dei testi di antropologia stranieri, quando non risulta pigra e distratta, per superficialità e avarizia si affida sovente a traduttori del tutto inadeguati (cfr. BARTOLI P. 1999).

⁽¹⁹⁾ A quello della cura simbolica si può contrapporre l'esempio di segno inverso della morte per suggestione illustrato da W.B. Cannon (CANNON W.B. 1942), di cui si sono in seguito occupati, fra gli altri, Gilbert Lewis (LEWIS G. 1997), e Janice Reid e Nancy Williams (REID J. - WILLIAMS N. 1984).

⁽²⁰⁾ Di secondaria importanza, rispetto a quel che qui interessa, sarebbe il fatto che, come fanno rilevare sia Gilles Bibeau (BIBEAU G. 1998: 138-139), sia Thomas J. Csordas e Arthur Kleinman (CSORDAS T.J. - KLEINMAN A. 1998: 120-127), queste teorie non chiariscano l'esatto funzionamento dei meccanismi attraverso i quali determinati processi psichici avrebbero la facoltà di agire su specifiche parti o funzioni dell'organismo.

⁽²¹⁾ È questa della diagnosi a distanza, prescindendo dall'esame dei sintomi, una diffusa caratteristica dei saperi medici “tradizionali” (cfr. KLEINMAN A. 1980: 206, GOOD B. 1999: 36).

⁽²²⁾ Non entro qui nel merito della estrema difficoltà di verificare questi effetti, che non è certo superabile con l'impiego della strumentazione empirica disponibile alla moderna scienza medi-

ca (e ovviamente assente, assieme ai saperi connessi, presso la massima parte delle società che praticano terapie rituali).

⁽²³⁾ Questa contrapposizione terminologica fra *curing* e *healing* non fa che ricalcare, nel linguaggio dominante di oggi – l'inglese – l'adagio medievale di ispirazione ippocratica secondo cui *medicus curat, natura sanat* (cfr. TOSI R. 1991: 350).

⁽²⁴⁾ Ne colgo un recente esempio nel seguente passo di Tobie Nathan, in cui i "guaritori" sono definiti «questi virtuosi che cesellano con finezza la loro arte, da millenni» (NATHAN T. 1998: 33).

⁽²⁵⁾ Il proverbio ricordato da Emmanuelle Godeau (GODEAU E. 1998: 11) – «il male conosciuto è per metà guarito» – non fa che rammentare agli studiosi come l'esperienza e la riflessione popolari anticipino sovente le conclusioni cui essi giungono attraverso più lunghi e tortuosi percorsi.

Riferimenti bibliografici

ACKERKNECHT Erwin H. (1985 [1971]), *Medicina y antropología social. Estudios varios*, traduz. dall'inglese di Luis GARCÍA BALLESTER e Pilar GUIJARRO ARCAS, Akal, Madrid [ediz. orig.: *Medicine and ethnology. Selected essays*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1971].

AUGÉ Marc (1975), *Logique lignagère et logique de Bregbo*, pp. 219-236, in PIAULT Colette (curatrice), *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Hermann, Paris.

AUGÉ Marc (1976), *La déviance quotidienne et le totalitarisme ordinaire*, "Autrement", vol. 4, 1976, pp. 203-208.

AUGÉ Marc (1980), *Persona*, pp. 651-672, in *Enciclopedia Einaudi*, vol. 10, Einaudi, Torino.

BALDINI Massimo (1993), *Medicina: la borsa e la vita. Aforismi su medici, pazienti e il loro eterno conflitto*, Mondadori, Milano.

BARTOLI Paolo (1999), *A proposito della traduzione italiana di un recente libro di Byron Good*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, 1999, pp. 201-208.

BEATTIE John (1973 [1964]), *Uomini diversi da noi. Lineamenti di antropologia sociale*, traduz. dall'inglese di Piero MATTHEY, Laterza, Bari [ediz. orig.: *Other cultures: aims, methods and achievements in social anthropology*, Routledge & Kegan Paul, London, 1964].

BIBEAU Gilles (1981), *The circular semantic network in Ngbandi disease nosology*, "Social Science and Medicine", vol. 15B, n. 3, 1981, pp. 295-307.

BIBEAU Gilles (1982), *A systems approach to Ngbandi medicine*, pp. 43-84, in YODER P.S. (curatore), *African health and healing systems: proceedings of a symposium*, Crossroads, Los Angeles.

BIBEAU Gilles (1998 [1983]), *Lattivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi*, pp. 131-158, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, traduz. dal francese di Maria Luisa CIMINELLI, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi*, "Culture", vol. 3, n. 1, 1983, pp. 33-49].

BUTLER Samuel (1988 [1872]), *Erewhon*, traduz. dall'inglese di Lucia DRUDI DEMBY, Adelphi, Milano [ediz. orig.: *Erewhon, or over the range*, 1872].

CANNON W.B. (1942), *'Voodoo' death*, "American Anthropologist", vol. 44, 1942, pp. 169-181.

CAPRARA Andrea (1998), *Médico ferido: Omolu nos labirintos da doença*, pp. 123-138, in ALVES Paulo César - RABELO Miriam Cristina (curatori), *Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras*, Relume Dumará, Rio de Janeiro.

CAPRARA Andrea - LINS Anamélia - FRANCO Silva (1999), *A relação paciente médico: para uma humanização da prática médica*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 15, n. 3, 1999, pp. 647-654.

CERONETTI Guido (1979), *Il silenzio del corpo*, Adelphi, Milano.

- COLSON A.C. - SELBY K.E. (1974), *Medical anthropology*, "Annual Review of Anthropology", vol. 3, 1974, pp. 245-262.
- COSMACINI Giorgio (1995), *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari.
- CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47.
- CSORDAS Thomas J. - KLEINMAN Arthur (1998 [1990]), *Il processo terapeutico*, pp. 109-129, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, traduz. dall'inglese di Maria Luisa CIMINELLI, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *The therapeutic process*, pp. 11-25, in JOHNSON Thomas J. - SARGENT Carolyn F. (curatori) *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, New York, 1990].
- DEAN K. (1989), *Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research*, "Social Science and Medicine", vol. 29, n. 2, 1989, pp. 117-123.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
- DE MARTINO Ernesto (1987 [1959]), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano [I ediz.: Feltrinelli, Milano, 1959].
- Dizionario medico illustrato Dorland* (1987 [1985]), a cura di Mauro BOLOGNA, Carlo Di STANISLAO, Rossella IANNARELLI, Rossella ROMANO, Antonio RUCCI e Lodovico VAGGI, ESI Stampa Medica, Milano [ediz. orig.: *Dorland's illustrated medical dictionary*, 26^a ediz., Philadelphia, Saunders, 1985].
- DOUGLAS Mary (1994 [1994]), *Come si costruisce il medico: un approccio culturale alle mode in medicina*, pp. 179-205, in DOUGLAS M., *Credere e pensare*, traduz. dall'inglese di Giovanna BETTINI, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del saggio: *The construction of the physician: a cultural approach to medical fashions*, in BUDD Susan - SHARMA Ursula (curatori), *The healing bond: the patient-practitioner relationship and therapeutic responsibility*, Routledge, London, 1994].
- DOUGLAS Mary (1995), *The cloud god and the shadow self*, "Social Anthropology", vol. 3, n. 2, 1995, pp. 83-94.
- DOW James (1988) *Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis*, "American Anthropologist", vol. 88, n. 1, 1988, pp. 56-69.
- EISENBERG LEON (1977), *Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 9-23.
- EISENBERG LEON - KLEINMAN Arthur (1981), *Clinical social science*, pp. 1-23, in EISENBERG LEON - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht.
- ERZINGER Sharty (1991), *Communication between Spanish-speaking patients and their doctors in medical encounters*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 15, n. 1, 1991, pp. 91-110.
- EVANS-PRITCHARD Edward Evan (1976 [1937]), *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, traduz. dall'inglese di Vito MESSANA, Angeli, Milano [ediz. orig.: *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, London, Oxford University Press, 1937].
- FONTANE Theodor (1985 [1899]), *Il signore di Stechlin*, Garzanti, Milano [ediz. orig.: *Der Stechlin*, 1899].
- FOSTER George M. - ANDERSON B.G. (1978), *Medical anthropology*, John Wiley & Sons, New York.
- FOUCAULT Michel (1976 [1962]), *Storia della follia nell'età classica*, traduz. dal francese di Franco FERRUCCI, Rizzoli, Milano [ediz. orig.: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1962].
- GEERTZ Clifford (1987 [1966]), *Persona, tempo e comportamento a Bali*, pp. 337-396, in GEERTZ Clifford, *Interpretazione di culture*, traduz. dall'inglese di Eleonora BONA, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del saggio: *Person, time and conduct in Bali: an essay in cultural analysis*, Yale Southeast Asia Program, "Cultural Report Series" n. 14, 1966].
- GEERTZ Clifford (1988 [1974]), *'Dal punto di vista dei nativi': sulla natura della comprensione antropologica*, pp. 71-90, in GEERTZ Clifford, *Antropologia interpretativa*, traduz. dall'inglese di Luisa LEONINI, Il Mulino, Bologna [ediz. orig. del saggio: *From the natives' point of view: on the nature of anthropological understanding*, "Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences", vol. 28, n. 1, 1974].

- GODEAU Emmanuelle (1998), *Il paradosso del medico malato*, traduz. dal francese di Adelina TALAMONTI, pp. 9-18, in PIZZA Giovanni (curatore), *Figure della corporeità in Europa*, "Etnosistemi", vol. 5, 1998.
- GOOD Byron J. (1977), *The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 25-58.
- GOOD Byron J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, traduz. dall'inglese di Silvio FERRARESI, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994].
- GOOD BYTON J. - DEL VECCHIO-GOOD Mary Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG LEON - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht.
- GOOD BYTON J. - DEL VECCHIO-GOOD Mary Jo (1982), *Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: "fright illness" and "heart distress" in Iran*, pp. 141-166, in MARSELLA Anthony J. - WHITE G.M. (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel, Dordrecht.
- GUGGINO Elsa (1993), *Il corpo è fatto di sillabe*, Sellerio, Palermo.
- HAHN Robert A. (1985), *Between two worlds: physicians as patients*, "Medical Anthropological Quarterly", vol. 16, n. 4, 1985, pp. 87-98.
- HERZLICH Claudine (1986 [1983]), *Medicina moderna e ricerca di senso: la malattia come significante sociale*, pp. 177-201, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, traduz. dal francese di Annick WOUTERS e Lietta FERRI, *Il Saggiatore*, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Overseas Publishers Association, Amsterdam, 1983].
- JOUANA Jacques (1994 [1992]), *Ippocrate*, traduz. dal francese di Ludovico REBAUD, Società Editrice Internazionale, Torino [ediz. orig.: *Hippocrate*, Fayard, Paris, 1992].
- KATON Wayne - KLEINMAN Arthur (1981), *Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care*, pp. 253-279, in EISENBERG LEON - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel, Dordrecht.
- KIRMAYER Laurence (1993), *Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 17, n. 2, 1993, pp. 161-195.
- KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- KORNFIELD Ruth (1986), *Dr., teacher, or comforter?: medical consultation in a Zairian pediatrics clinic*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 10, n. 4, 1986, pp. 367-387.
- LAS CASAS Bartolomé de (1967 [1555-1559]), *Apologética historia sumaria*, a cura di Edmundo O'GORMAN, 2 voll., Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- LEVI Carlo (1977 [1947]), *Cristo si è fermato a Eboli*, Einaudi, Torino.
- LÉVI-STRAUSS Claude (1975 [1949]), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-230, in *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo CARUSO, *Il Saggiatore*, Milano [ediz. orig.: *L'efficacité symbolique*, "Revue de l'Histoire des Religions", vol. 135, n. 1, 1949, pp. 5-27].
- LEWIS Gilbert A. (1997 [1977]), *La paura della stregoneria e il problema della morte per suggestione*, traduz. dall'inglese di Pino SCHIRRIPIA e Tullio SEPPILLI, presentazione di Tullio SEPPILLI, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 3-4, 1997, pp. 281-312 [ediz. orig.: *Fear of sorcery and the problem of death by suggestion*, pp. 111-143, in BLACKING John (curatore), *The anthropology of the body*, London, Academic Press, 1977].
- LEWIS Ioan (1972 [1971]), *Le religioni estatiche. Studio antropologico sulla possessione spiritica e lo sciamanismo*, traduz. dall'inglese di Francesco CARDELLI, Ubaldini, Roma [ediz. orig.: *Ecstatic religion. An anthropological study of spirit possession and shamanism*, Harmondsworth, Penguin, 1971].
- LEWIS Ioan (1987 [1976]), *Prospettive di antropologia*, traduz. dall'inglese di Anthony WADE BROWN,

Patrizia BURDI e Alessandro LUPO, Bulzoni, Roma [ediz. orig.: *Social anthropology in perspective*, Harmondsworth, Penguin, 1976].

LEWIS Ioan (1998 [1986]), *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, traduz. dall'inglese di Annalisa Di NOLA, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *Religion in context. Cults and charisma*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986].

LIEBAN Richard W. (1973), *Medical anthropology*, pp. 1031-1072, in HONIGMANN J.J. (curatore), *Handbook of social and cultural anthropology*, Rand McNally, Chicago.

LINTON Ralph (1973 [1936]), *Lo studio dell'uomo*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The study of man*, Appleton-Century, New York, 1936].

LOCK Margaret - SCHEPER-HUGHES Nancy (1990), *A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*, pp. 47-72, in JOHNSON Thomas M. - SARGENT Carolyn F. (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, New York.

LOUX Françoise - RICHARD Philippe (1978), *Sagesses du corps. La santé et la maladie dans les proverbes français*, Maisonneuve et Larose, Paris.

LUPO Alessandro (1995), *La tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la Sierra a través de las súplicas rituales*, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, México.

LUPO Alessandro (1996), *Síntesis controvertidas. Consideraciones en torno a los límites del concepto de sincretismo*, "Revista de Antropología Social", n. 5, 1996, pp. 11-37.

LUPO Alessandro (1999), *Aire, viento, espíritu. Reflexiones a partir del pensamiento nahua*, pp. 229-261, in GONZÁLEZ ALCANTUD José Antonio - LISÓN TOLOSANA Carmelo (curatori), *El aire. Mitos, ritos y realidades*, Anthropos - Diputación Provincial de Granada, Barcelona.

MARSHALL Randolph S. (1988), *Interpretation in doctor-patient interviews: a sociolinguistic analysis*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 12, n. 2, 1988, pp. 201-218.

MARTÍNEZ CORTÉS Fernando (1979), *La relación médico-paciente*, pp. 37-45, in VIESCA TREVIÑO Carlos (curatore), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica III*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.

MARTÍNEZ HERNÁEZ Ángel (1998), *L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica*, traduz. dallo spagnolo di Alessandro LUPO, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 5-6, 1998, pp. 7-37.

MENDIETA Gerónimo de (1971 [1596]), *Historia eclesiástica indiana*, Porrúa, México.

MENÉNDEZ Eduardo L. (1992), *Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones permanentes*, pp. 141-185, in CAMPOS Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, vol. I, Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana, México.

MENÉNDEZ Eduardo L. (1993), *Autoatención y participación social: estrategias e instrumentos en las políticas de atención primaria*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo.

NATHAN Tobie (1998 [1995]), *Manifeso per una psicopatologia scientifica*, pp. 15-101, in NATHAN Tobie - STENGERS Isabelle, *Medici e stregoni*, traduz. dal francese di Salvatore INGLESE, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Manifeste pour une psychopathologie scientifique*, in *Médecins et sorciers*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1995].

PARSONS Talcott (1951), *The social system*, The Free Press of Glencoe, New York.

PLATONE (1999), *La repubblica*, traduz. dal greco a cura di Francesco GABRIELI, 2 voll., Rizzoli, Milano.

PYE Michael (1971), *Syncretism and Ambiguity*, "Numen", vol. 18, 1971, pp. 83-93.

REID Janice - WILLIAMS Nancy (1984), *'Voodoo death' in Arnhem Land: whose reality?*, "American Anthropologist", vol. 86, n. 1, 1984, pp. 121-133.

ROUSSEAU Jean Jacques (1955 [1782-1789]), *Le confessioni*, traduz. dal francese di Michele RAGO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Confessions*, Genève, 1782-1789].

SACHS Lisbeth (1989), *Misunderstanding as therapy: doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 13, n. 3, 1989, pp. 335-349.

SCHEPER-HUGHES Nancy (1992), *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.

- SCHIRRIPIA Pino - ZÚNIGA César (1999), *Sistema medico*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 9/10, ottobre 2000, in corso di stampa.
- SEARLE John (1976 [1969]), *Atti linguistici*, traduz. dall'inglese di Giorgio Raimondo CARDONA, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Speech acts*, Cambridge University Press, Cambridge, 1969].
- SEPPILLI Tullio (1996), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 1-2, 1996, pp. 7-22.
- SEVERI Carlo (1993), *La memoria rituale. Follia e immagine del Bianco in una tradizione sciamanica amerindiana*, La Nuova Italia, Firenze.
- SHERZER Joel (1983), *Kuna ways of speaking. An ethnographic perspective*, University of Texas Press, Austin.
- SIGNORINI Italo (1988), *Spavento e sindromi culture-bound. Sindrome?*, "LUomo", vol. 1 n.s., n. 1/2, 1988, pp. 25-49.
- SIGNORINI Italo (1996), *Influenze cognitive sulla scelta terapeutica. Il caso dei Huave dell'Istmo di Tehuantepec (Oaxaca, Messico)*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", vol. 1/2, 1996, 141-154.
- SIGNORINI Italo - LUPO Alessandro (1989), *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahua della Sierra di Puebla*, Sellerio, Palermo.
- SIGNORINI Italo - TRANFO Luigi (1979), "Le infermità: classificazione e terapie", pp. 164-197, in SIGNORINI Italo (curatore), *Gente di laguna. Ideologia e istituzioni sociali dei Huave di San Mateo del Mar*, Angeli, Milano.
- SINDZINGRE Nicole (1983), *L'interprétation de l'infortune: un itinéraire senoufo (Côte d'Ivoire)*, "Sciences Sociales et Santé", vol. 3-4, 1983, pp. 7-36.
- SINDZINGRE Nicole (1986 [1983]), *La necessità del senso tra i Senoufo*, pp. 87-114, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, traduz. dal francese di Annick WOUTERS e Lietta FERRI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Overseas Publishers Association, Amsterdam, 1983].
- SPIRO Melford (1993), *Is the Western concept of the self 'peculiar' within the context of the world cultures?*, "Ethos", vol. 21, n. 2, 1993, pp. 107-153.
- SQUILLACCIOTTI Massimo (1998 [1995]), *Il linguaggio dei segni nel canto del Muu igala*, pp. 123-147, in *Id. I Cuna di Panamá. Identità di popolo tra storia ed antropologia*, L'Harmattan Italia, Torino [ediz. orig.: *L'interpretazione antropologica dei 'simboli' altrui, ovvero il 'Canto del parto' dei Cuna*, "L'immagine riflessa", n. 2, 1995, pp. 211-237].
- STENGERS Isabelle (1998 [1995]), *Il medico e il ciarlatano*, pp. 103-144, in NATHAN Tobie - STENGERS Isabelle, *Medici e stregoni*, traduz. dal francese di Salvatore INGLESE, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Le Médecin et le charlatan*, in *Médecins et sorciers*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1995].
- TAMBLAH Stanley J. (1977), *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 1, 1977, pp. 97-132.
- TAUSSIG Michael T. (1980), *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science and Medicine", vol. 14B, 1980, pp. 3-13.
- TOSI Renzo (1991), *Dizionario delle sentenze latine e greche*, Rizzoli, Milano.
- TURNER Bryan S. (1995 [1987]), *Medical power and social knowledge*, Sage, London.
- TURNER Victor (1976 [1967]), *La foresta dei simboli. Aspetti del rituale ndembu*, traduz. dall'inglese di Nicoletta GREPPI COLLU, Morcelliana, Brescia [ediz. orig.: *The forest of symbols. Aspects of Ndembu ritual*, Cornell University Press, Ithaca, 1967].
- VARGAS Luis (1979), *Definiciones y características de la relación médico-paciente*, pp. 19-36, in VIESCA TREVIÑO Carlos (curatore), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica III*, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.
- WILSON R.N. (1963), *Patient-practitioner relationships*, pp. 273-295, in FREEMAN H.E. - LEVINE S. - REEDER L.G. (curatori), *Handbook of Medical Anthropology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (N.J.).
- WORSLEY Peter (1982), *Non-Western medical systems*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 315-348.

YOUNG Allan (1976), *Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology*, "American Anthropologist", vol. 78, 1976, pp. 5-24.

YOUNG Allan (1982), *The anthropologies of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", vol. 11, 1982, pp. 257-285.

ZEMPLENI Andras (1975), *De la persécution à la culpabilité*, pp. 153-218, in PIAULT Colette (curatrice), *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Hermann, Paris.

Scheda sull'Autore

Alessandro Lupo è nato a Roma nel 1958, si è laureato in Lettere nel 1982 e nel 1990 si è addottorato in *Scienze Etnoantropologiche*; dal 1998 è professore associato di Etnologia presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" e vi dirige la Missione etnologica italiana in Messico del Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali. È stato nel Consiglio Direttivo dell'Associazione italiana per le scienze etno-antropologiche (AISEA) dal 1993 al 1998 e fa parte di quello della Società italiana di antropologia medica (SIAM, dal 1995). Dal 1995 è membro per l'Italia dell'International Editorial Board della rivista "Ethnology" ed è nella redazione di "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica". Dal 1979 fa parte dell'organico della Missione etnologica italiana in Messico, svogendo indagini presso i Huave dell'Istmo di Tehuantepec e i Nahuatl della Sierra Norte di Puebla, di cui ha studiato la residenza, l'etnoastronomia, la cosmologia, la tradizione orale, i saperi medici e le pratiche rituali, nonché le dinamiche culturali in generale.

Tra le sue principali pubblicazioni: (con Italo Signorini) *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahuatl della Sierra di Puebla*, Sellerio, Palermo, 1989 / *Tatiachihualatzin, valores simbólicos del alcohol en la Sierra de Puebla*, "Estudios de Cultura Náhuatl", vol. 21, 1991, pp. 219-230 / *La Tierra nos escucha. La cosmología de los nahuatl de la Sierra a través de las súplicas rituales*, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, México, 1995 / *Parole sante. Dialogo mistico e verifica etnografica*, "Etnosistemi", n. 2, 1995, pp. 80-94 / *La oración: estructura, forma y uso. Entre tradición escrita y oral*, pp. 49-66, in Carmelo Lisón Tolosana (curatore), *Antropología y Literatura*, Gobierno de Aragón - Departamento de Educación y Cultura, Zaragoza, 1995 / *El maíz es más vivo que nosotros. Ideología y alimentación en la Sierra de Puebla*, "Scripta Ethnologica", vol. 17, 1995, pp. 73-85 / *Palabras rígidas, conceptos elásticos, uso e interpretaciones de unos textos sagrados cristianos por los indígenas mexicanos*, "Anales de Antropología", vol. 32, 1995, pp. 241-255 / *Síntesis controvertidas. Consideraciones en torno a los límites del concepto de sincretismo*, "Revista de Antropología Social", vol. 5, 1996, pp. 11-37 / *Postille sulle trasformazioni della medicina tradizionale in Messico*, pp. 185-214, in Alessandro Lupo (curatore) *La cultura plurale. Riflessioni su dialoghi e silenzi in Mesoamerica. Omaggio a Italo Signorini*, numero monografico dei *Quaderni de L'Uomo* n. 2, 1998, CISU, Roma / *Il grembo che nutre e divora: rappresentazioni della Terra nella cosmologia dei Huave dell'Istmo di Tehuantepec*,

pp. 157-180, in Valeria Cottini Petrucci - Marco Curatola (curatori) *Tradizione e sincretismo. Saggi in onore di Ernesta Cerulli*, Le Balze, Montepulciano, 1998 / *Aire, viento, espíritu. Reflexiones a partir del pensamiento nahua*, pp. 229-261, in José Antonio González Alcantud - Carmelo Lisón Tolosana (curatori) *El aire. Mitos, ritos y realidades*, Anthropos - Diputación Provincial de Granada, Barcelona, 1999.

Riassunto

Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione

L'articolo esamina in chiave antropologica le diverse connotazioni, valenze e funzioni che nelle società umane assumono le figure del paziente e del terapeuta, onnipresenti poli del binomio su cui si fonda ogni pratica medica. Dapprima si mette in luce come entrambi i termini, più che descrivere la condizione "oggettiva" di chi soffre e di chi è chiamato a curare tale sofferenza, si riferiscano a status, ovvero a posizioni che gli individui si vedono riconoscere nel proprio ambito sociale in base a fattori e considerazioni che possono anche estendersi al di là delle condizioni psicofisiche del singolo ammalato e delle concrete conoscenze di chi cura. Si esamina quindi la natura del rapporto tra i due, nonché i molteplici piani su cui si esplica l'azione terapeutica; in particolare, si focalizza l'attenzione sul fatto che, in ogni singolo episodio di malattia, la sofferenza umana viene collocata in un orizzonte di significato; il che mette in piena evidenza la fondamentale importanza della comunicazione (tra paziente e guaritore, ma anche tra essi e il resto della società) in ambito terapeutico. Il pieno riconoscimento di quanto sia culturalmente e socialmente costruita e determinata la malattia consente di meglio comprendere come possano risultare efficaci terapie di tipo simbolico e rituale, che trascurano o prescindono da un diretto intervento (farmacologico, meccanico, chirurgico, ecc.) sull'organismo dell'infermo. Tanto più che la stessa determinazione dello stato di malattia e di guarigione avviene sul piano sociale, in base a fatti e considerazioni che non si esauriscono certo nella sfera del singolo ammalato e del suo stato fisico. Se si coglie fino a che punto la malattia e la salute siano definibili solo in una prospettiva olistica, allora emerge con chiarezza perché tante volte la comprensione del senso del male sia un passo fondamentale per la guarigione.

Résumé

Comprendre est un peu guérir: la relation patient-thérapeute entre dialogue et action

Cet article propose une analyse anthropologique des différents aspects, connotations et fonctions attribués dans les sociétés humaines aux figures du patient et du thérapeute,

pôles omniprésents du binôme sur lequel se fonde toute pratique médicale. L'auteur montre d'abord que les deux termes, plutôt que décrire la condition "objective" de la personne qui souffre et de l'individu qui est appelé à soigner cette souffrance, désignent des statuts ou positions que les individus se voient reconnaître dans leur milieu social, sur la base de facteurs et considérations qui peuvent aller bien au delà des conditions psychophysiques de chaque malade, et des connaissances concrètes du thérapeute. L'auteur analyse ensuite la nature de leur relation, ainsi que les nombreux niveaux sur lesquels s'exerce l'action thérapeutique; en particulier, on focalise l'attention sur le fait que, dans chaque épisode de maladie, la souffrance humaine est située dans un horizon de signification, ce qui prouve le rôle crucial de la communication – non seulement entre patient et guérisseur, mais aussi entre ces derniers et le reste de la société – dans le domaine thérapeutique. La pleine reconnaissance des déterminantes culturelles et sociales de la maladie, permet de mieux comprendre l'efficacité symbolique et rituelle de thérapies qui négligent ou omettent une intervention directe (pharmacologique, mécanique, chirurgicale, etc.) sur l'organisme du malade, d'autant plus que la détermination même de l'état de maladie et de guérison est socialement produite, sur la base de faits et considérations qui dépassent largement le cadre du patient et de son état physique. Si l'on conçoit jusqu'à quel point la maladie et la santé ne sont définissables qu'à l'intérieur d'une perspective holiste, on voit bien pourquoi, maintes fois, la compréhension du sens du mal est un pas fondamental pour la guérison.

Resumen

Entender es un poco curar: la relación paciente - terapeuta entre diálogo y acción

El artículo examina, en clave antropológica, los diferentes rasgos, valores y funciones que asumen en las sociedades humanas las figuras del paciente y del terapeuta, polos omnipresentes del binomio sobre el que se funda cada práctica médica. Primero se pone a la luz como ambos términos, más que describir la condición objetiva de quien sufre y de quien está llamado a curar dicho sufrimiento, se refieran a condiciones de status, o sea a posiciones reconocidas a los individuos en el ámbito social en base a factores y a consideraciones que pueden también extenderse más allá de las condiciones psicofísicas del sujeto enfermo y de los conocimientos concretos del que cura. Se examina pues la naturaleza de la relación entre ambos, así como los múltiples niveles sobre los que se ejerce la acción terapéutica; en particular, se focaliza la atención sobre el hecho de que en cada episodio de enfermedad, el sufrimiento humano se coloca en un horizonte de significado, lo que pone en plena evidencia la importancia fundamental de la comunicación (entre paciente y curandero, y asimismo entre estos y la sociedad) en ámbito terapéutico. El reconocimiento pleno de cuánto sea la enfermedad una construcción social y cultural, asimismo determinada, permite comprender mejor de

qué manera resultan eficaces terapias de tipo simbólico y ritual que no implican una intervención directa (farmacológica, mecánica, quirúrgica, etc...) sobre el organismo del enfermo. Además, la misma determinación del estado de enfermedad y su curación se verifican en el contexto social, en base a hechos y a consideraciones que no se agotan ciertamente en la esfera del sujeto enfermo y en su estado físico. Si se asume hasta que punto la salud y la enfermedad puedan definirse solamente en una perspectiva olística, entonces sobresale con claridad porqué tantas veces la comprensión del sentido del mal sea un paso fundamental para la curación.

Abstract

“Understanding” as healing element: the patient-healer relationship between dialogue and agency

This paper investigates, in an anthropological key, the different connotations, valences and functions assumed in the human societies by the patient and the healer, omnipresent poles of the couple upon which every medical practice is founded. First of all, we point out how both these terms are referred not only to the “objective” condition of the sufferer and of the healer, but rather they are referred to positions assigned to individuals in their own social framework, on the basis of factors and considerations which can even go beyond the psycho-physical conditions of the single patient and the concrete knowledge of the healer. We therefore investigate here the nature of them both, as well as the various levels in which therapeutic actions are performed; in particular, we emphasize the assumption that in every single illness episode the human suffering is placed in a meaningful framework. This is quite central to point out the fundamental relevance of communication in therapeutical settings (between patient and healer, but also between them both and the rest of the society). The profound awareness of the cultural and social construction of illness allows us to better understand how symbolic and ritual therapies can be efficacious, even if they disregard and leave out of account a direct (pharmacological, mechanic, surgical, etc.) intervention upon the sick organism. Moreover, the same determination about the illness and the recovery status is socially produced on the basis of facts and considerations which are not limited to the single patient and his physical condition. We have to realize how health and illness are conceived exclusively in an holistic perspective, in order to clarify the reason why so frequently the comprehension of the meaning of suffering is a fundamental step towards the recovery.