

Malattia, maleficio, possessione.

Metafore per un'interiorità sofferente

Virginia De Micco

etnopsichiatra, dirigente medico nella Azienda sanitaria locale 1 (Caserta) della Regione Campania, dottoranda di ricerca presso l'École des hautes études en sciences sociales, Paris

Avventurarsi nel territorio della duplice incertezza, così si potrebbe descrivere la ricerca etnopsichiatrica. Incertezza metodologica, linguistica, ma anche pratica, quotidiana (quale risposta dare a chi soffre?). Eppure questo principio di inquietudine, che anima in particolare psicoanalisi ed etnologia, si rivela estremamente fecondo e fonte di una continua messa in discussione di concetti e di pratiche. Psicoanalisi ed etnologia, infatti, interrogano «non già l'uomo in sé, quale può apparire nelle scienze umane, ma la regione che rende in genere possibile un sapere sull'uomo» (FOUCAULT M. 1978 [1966]: 404).

La duplice incertezza di questa regione dell'esperienza e della ricerca non è legata però soltanto al suo raccogliere e *raddoppiare* il controverso statuto epistemologico delle discipline psicologico-psichiatriche da un lato ed etnoantropologiche dall'altro, questa duplicità indica anche una capacità di rapporto col "doppio" e di confidenza con una sorta di principio di "non esclusione". Alterità psichica ed alterità culturale non solo si rispecchiano l'una nell'altra, ma rappresentano il rovescio oscuro di quella che siamo soliti considerare la coscienza culturale "sana", le possibilità trascurate e neglette durante il suo corso di formazione storica, in un certo senso il suo "segreto".

Se esaminiamo, ad esempio, il percorso formativo della biomedicina, notiamo come i suoi metodi e i suoi criteri tendano a realizzare una vera e propria "depurazione" dell'evento-malattia da ogni "contaminazione" sociale, storica o individuale, attraverso un deliberato tentativo di eliminare ogni aspetto relazionale (e, quindi, di scambio sociale) dalla conoscenza della malattia.

La costruzione del sapere clinico, negli ultimi decenni del Settecento, na-

sce da un duplice movimento di sottrazione: da un lato gli individui sofferenti vengono sottratti al loro contesto familiare e sociale (al loro milieu culturale) per essere introdotti nel contenitore ospedaliero. Lo scopo è quello di ottenere una sorta di azzeramento delle differenze tra i malati affinché risultino esaltate le differenze tra le malattie, descritte secondo la loro appartenenza ai diversi apparati. Dall'altro ogni conoscenza clinica trova il suo fondamento nello studio del cadavere – del corpo morto, sottratto a ogni influenza relazionale – in cui viene verificata la coerenza tra manifestazioni superficiali colte dalla semeiotica e alterazioni profonde svelate dall'anatomia patologica.

Il corpo morto fornisce quel supporto storico e sovraindividuale di cui ha bisogno la clinica per costituirsi come sapere storico e sovraindividuale, negando nel suo stesso movimento costitutivo ogni influenza sociale e culturale nella percezione e interpretazione della malattia.

Di conseguenza il sapere clinico fallisce soprattutto nel cogliere le determinanti di una "malattia relazionale" e l'influenza relazionale nel processo di cura e guarigione. La relazione tra individuo sofferente e guaritore/terapeuta rappresenta invece uno degli ambiti potenziali di intervento per la cosiddetta medicina tradizionale, come tale essa viene esplicitamente utilizzata e manipolata per ottenere la risoluzione del malessere.

Tale difficoltà specifica della biomedicina risulta cruciale in ambito psichiatrico. Risulta perciò particolarmente interessante studiare le modalità "popolari" di percezione ed interpretazione del malessere psichico, nonché le strategie terapeutiche e le possibilità di cura che da queste derivano.

La ricerca di cui qui si presenta un iniziale resoconto intende analizzare il complesso quadro dei modi di manifestarsi e di strutturarsi del disagio psicologico in una regione del meridione d'Italia: la Campania settentrionale. Si tratta di un'area investita da un profondo processo di trasformazione culturale, paragonabile in questo a molte altre zone del meridione d'Italia.

Lo scopo principale della ricerca è quello di individuare i motivi antropologici dell'efficacia terapeutica, cercando di descriverli nel loro funzionamento. Risulta perciò indispensabile, ma non sempre facile, integrare le indicazioni etnografiche, ricavate dalla ricerca sul campo, con i dati clinici, ricavati dall'incontro con persone sofferenti. Tali dati non sono mai perfettamente complanari, per così dire, con le indicazioni ricavabili dal lavoro etnografico e c'è sempre il rischio di medicalizzare eccessivamente i dati etnografici o di effettuare letture eccessivamente culturologiche dei dati clinici. Tale rischio del resto sembra appartenere molto più alle nostre

divisioni disciplinari, alle ideologie che le sottendono, che non alle realtà osservate. Vorrei precisare che non a caso si parla di “indicazioni” etnografiche poiché non si troverà nel testo un resoconto etnografico esaustivo delle pratiche terapeutiche tradizionali, di impronta magico-religiosa, né di quelle mediche. Vi si troverà piuttosto, da un lato, un continuo interrogarsi sulla “implicazione” culturale di ogni forma di attività terapeutica individuata dagli attori sociali (definita come tale e come tale praticata, provvista di suoi luoghi, di apparati ideologici e di riconoscibili modalità operative), come dire del valore culturale dei dati psico(pato)logici; e dall’altro, un’analisi in profondità del valore psicologico dei dati etnografici, del modo in cui “funzionano” nel vivo dei vissuti individuali e collettivi e rispondono a peculiari contingenze interiori.

Parleremo preferibilmente di “disagio interiore”, si è preferito infatti optare per la più generica indicazione possibile, quella appunto di disagio interiore, per evitare di introdurre fin dall’inizio termini più connotati culturalmente e tecnicamente quali “disagio psichico”, “disturbo mentale” ed altri, di uso comune nel lessico psichiatrico. Inoltre la stessa definizione di “psichico” e la distinzione tra “fisico” e “psicologico” non può, ovviamente, essere applicata acriticamente per descrivere i fenomeni e le pratiche in esame, costituendo al contrario uno degli elementi da analizzare. Il grado zero, per così dire, è rappresentato infatti dalla percezione di un *interno che soffre*, che verrà poi strutturato e manipolato culturalmente in modi diversificati e specifici a seconda delle modalità terapeutiche prescelte. Torneremo più oltre sulla problematica definizione di questa nozione di “interno”.

Grazie all’analisi complessiva degli itinerari terapeutici percorsi dalle persone sofferenti è stato possibile individuare sul territorio tre grandi agenzie terapeutiche, rappresentate dalle istituzioni medico-psichiatriche, da guaritori tradizionali con una precisa competenza per la risoluzione di malefici, da rappresentanti delle gerarchie ecclesiastiche che svolgono pratiche benedizionali ed esorcistiche. Ad esse corrispondono altrettante configurazioni culturali: la malattia, il maleficio e la possessione appunto, che rappresentano classi concettuali e semantiche attraverso le quali i momenti critici dell’esistenza individuale vengono percepiti, interpretati e classificati.

Lo scenario della ricerca

La ricerca si è svolta nella Campania settentrionale, ai confini con il Lazio e il Molise, si tratta di un’area prevalentemente collinare-montuosa, compre-

sa tra la valle del fiume Volturno, nella sua parte mediana, e le falde del massiccio del Matese, che ha prevalente vocazione agricola, ma con i maggiori spazi di occupazione nel terziario. I centri più grandi e più vicini alle vie di transito hanno scambi quotidiani con i centri urbani, moltissimi sono i lavoratori pendolari che si spostano verso le città e viceversa. Da Piedimonte Matese, il centro più grande e sviluppato, occorrono meno di due ore per raggiungere Roma in automobile, e ancora meno per raggiungere Napoli.

Nel complesso si tratta di una regione che finora ha avuto scarse opportunità di sviluppo, solo l'intervento statale ha consentito di dotarla di strutture moderne. Come in molte altre zone del Meridione molto forte è stata l'emigrazione verso le regioni del nord Italia e verso gli altri paesi europei (Germania, Svizzera, Inghilterra, soprattutto), nonché verso il Canada e gli Stati Uniti, fino a tutti gli anni settanta. A partire dagli anni ottanta è cominciato un lento flusso retrogrado: gli emigranti partiti negli anni precedenti sono rientrati nei loro paesi d'origine e hanno cercato di consolidare la loro posizione sociale grazie ai risparmi di tanti anni di lavoro all'estero. Così attualmente sono parecchi i giovani tra i 20 e i 30 anni che sono nati all'estero e sono poi rientrati al seguito delle famiglie. Questi continui spostamenti e rimescolamenti nella popolazione hanno contribuito non poco ad attivare il profondo processo di trasformazione culturale che attualmente investe queste zone.

È difficile fotografare con un'istantanea la realtà socioculturale di questo territorio, occorrerebbe piuttosto un sismografo, uno strumento capace di misurare in profondità gli spostamenti, il silenzioso scorrere di strati culturali, per così dire, sovrapposti l'uno sull'altro. La superficie rimanda un'immagine tranquilla e quasi immobile, ritmi pigramente paesani, assenza di rilevanti conflitti sociali, riassorbiti all'interno di una gestione paternalistica della cosa pubblica da parte della classe dirigente locale.

Sebbene la popolazione appaia radicata nelle tradizioni locali e nel rispetto dei valori tradizionali, incentrati sulla famiglia e sulla chiesa cattolica, non mancano segnali di insofferenza e desideri di rinnovamento. Tali istanze di cambiamento però non riescono a tradursi in effettive modificazioni in profondità dei rapporti sociali e delle istituzioni culturali, generano piuttosto una cronica insoddisfazione personale.

Al di sotto di una superficiale vernice moderna dunque si riscontra una profonda incapacità di rispondere alle nuove esigenze di crescita civile e di rinnovamento socioculturale. Paradossalmente è proprio l'incapacità di rispondere ad una conflittualità in un certo senso più "moderna" che in-

duce gravi situazioni di malessere e di disadattamento, alle quali si cerca spesso però una risposta nei termini delle spiegazioni magico-religiose tradizionali. Un buon esempio di questa particolare condizione si può cogliere nella lettera inviata da una fedele ad un noto prete esorcista della zona. La ragazza si lamenta di una serie di vicissitudini: i genitori si oppongono al suo matrimonio con un ragazzo del nord e danno la priorità al matrimonio del figlio maschio; il piccolo negozio che gestiscono attraverso difficoltà finanziarie; la ragazza è diplomata ma non riesce a trovare un lavoro e le sue aspirazioni di riscatto e di emancipazione sono costantemente frustrate. Tutto ciò fa sorgere in lei il sospetto di aver subito un maleficio o un'influenza diabolica, per cui chiede aiuto e conforto al prete esorcista.

Evidentemente gli strumenti culturali a sua disposizione e le reali occasioni di miglioramento della sua condizione sono così inadeguati da non consentirle di affrontare una conflittualità del resto così trasparente. La spiegazione sarà dunque ricercata nella direzione delle eziologie tradizionali, che sembrano stemperare i nuclei conflittuali reali.

Nel mio lavoro quotidiano presso il servizio psichiatrico di zona, mi è capitato molto spesso di udire racconti in cui, con un ascolto sensibile ed aperto, era possibile intravedere, al di sotto della superficiale vernice dei sintomi, storie personali complesse, che venivano rifratte e ricomposte diversamente nel prisma mutevole di una realtà culturale in trasformazione. Le più svariate situazioni di malessere individuale e relazionale restavano come sospese nell'attesa di trovare la loro "giusta" collocazione culturale. Le persone sofferenti rimanevano avvinte in una fondamentale incertezza rispetto al modo di interpretare la propria situazione di malessere e di difficoltà: i "sintomi" di una malattia potevano, altrettanto bene, essere "effetti" di un maleficio o "manifestazioni" di influenze diaboliche. Decidere in maniera chiara per una delle tre possibilità non era sempre facile, anche perché avrebbe comportato conseguenze diverse per la loro vita e divergenti ricomposizioni della loro interiorità.

L'uso delle tre configurazioni culturali: malattia, maleficio, possessione è dunque emerso con chiarezza nel quotidiano lavoro clinico con persone sofferenti.

Da qui è nata l'esigenza di effettuare una ricognizione etnografica sul territorio relativa ai modi di "prendersi cura" delle congiunture critiche dell'esistenza individuale, le quali si organizzano attorno all'idea di un "interno che soffre"; modi che rispondono più o meno esplicitamente alla domanda collettiva, sociale in senso lato, che si struttura, letteralmente *pre-*

de corpo, attorno a tali eventi e *fa corpo* con essi. In tale fase gli stessi frequentatori del servizio (pazienti, loro familiari, operatori sociosanitari) hanno rivestito anche il ruolo di informatori e di intermediari con le figure terapeutiche che operavano sul territorio. L'accresciuta conoscenza dello sfondo culturale in cui le manifestazioni di malessere si inscrivono e la maggiore sensibilità antropologica così acquisite hanno permesso di "leggere" in modo nuovo il materiale clinico. Le tre configurazioni individuate, pur avendo provenienze culturali e caratteristiche strutturali estremamente differenti, si trovano di fatto a condividere e a scambiarsi vicendevolmente alcuni tratti, come discuteremo più avanti.

Proprio per i modi in cui la ricerca è stata condotta viene privilegiata una descrizione di tali configurazioni culturali per così dire dall'interno, per cui si cerca di restituire la dinamica intrapsichica ed intersoggettiva del mondo di rappresentazioni e di credenze studiato, e di render conto, contemporaneamente, di quel complesso quadro di trasformazione culturale in cui tutte le "metafore dell'interiorità sofferente" risultano immerse.

Specchio fedele di tale complessità sono gli itinerari terapeutici percorsi, i quali si configurano spesso come "pendolari" tra le tre grandi "stazioni" terapeutiche rappresentate dal medico, dal guaritore tradizionale, dal prete esorcista. È stato possibile ricostruirli solo grazie a un lavoro clinico che fosse anche antropologicamente sensibile da un lato, e alla ricognizione etnografica sul territorio dall'altro.

Una fetta di situazioni di malessere e di disagio, alcune delle quali non esiteremmo a definire dichiaratamente patologiche, sfugge infatti completamente al circuito medico, trovando, nondimeno, efficaci risposte terapeutiche strutturate secondo modalità non medicalizzate, ma culturalmente coerenti, per così dire, con i modi di manifestarsi del disturbo stesso.

Limiti e antropologia implicita del sapere medico

"Afflitto da terribile diagnosi...", così recita un ex-voto donato da un fedele ad un guaritore carismatico protagonista di un culto terapeutico in Calabria⁽¹⁾. La "diagnosi" affligge dunque più del "male" da cui si è colpiti. La diagnosi, intesa in un più vasto senso antropologico, indica l'orizzonte di comprensione e di significato che il sapere medico offre all'esperienza vissuta, essa appare spesso subita come una condanna, piuttosto che percepita come un possibile orizzonte di salvezza, come prospettiva di guarì-

gione. Di fatto l'adesione alla medicina scientifica, soprattutto nei settori in cui il progresso scientifico e tecnologico non basta ad assicurare brillanti risultati terapeutici – esempio principe ne è la malattia mentale – si fonda in larga parte sulla possibilità di condividerne i presupposti razionalistici: overosia sul fatto che la possibilità di comprensione “razionale” del fenomeno morboso rappresenta un valore in sé, costituisce un obiettivo sufficiente *indipendentemente* dalla possibilità di guarire. Specularmente la guarigione non è una prova sufficiente della validità del sistema di spiegazioni e di pratiche che l'ha prodotta. Tipico esempio: tutte le guarigioni ottenute per via di “suggestione” non aiutano a comprendere la natura del fenomeno morboso, al contrario la occultano; esse non consentono di raggiungere una chiara conoscenza, al contrario confondono⁽²⁾. L'incapacità del sapere medico di offrire un valido orizzonte per comprendere ed elaborare l'esperienza di malattia ha prodotto una crescente disaffezione nei confronti della medicina scientifica, tanto maggiore in aree che partecipano solo marginalmente dei processi di modernizzazione.

Nel nostro caso specifico, il vuoto di sapere, che si annida nel concetto di malattia mentale, viene scoperto e denunciato apertamente quando non ci si sente vincolati a riconoscere *a fortiori* la ineludibile validità del procedimento razionale della medicina scientifica.

Venendo meno una stringente consequenzialità tra cause della malattia, sue manifestazioni e rimedi da adottare, si apre la possibilità delle più svariate contaminazioni. Per i pazienti che ho incontrato durante il mio lavoro di psichiatra, infatti, spesso un maleficio poteva essere all'origine della loro “malattia”: così prendevano dei farmaci per attenuarne i sintomi, salvo poi andare da un guaritore per rimuoverne la “causa”. Del resto anche quando l'idea di malattia mentale veniva accettata senza riserve, non se ne precisava il nome nei resoconti dei pazienti. Cosa sorprendente, poiché sappiamo che l'attribuzione di uno specifico nome a uno stato di malessere è un'operazione culturale fondamentale. Veniva indicata come *la* malattia, *quella* malattia, quintessenza del male e dell'inspiegabile; veniva presentata dai pazienti e dai loro familiari come un'entità estranea che si era impossessata della persona malata. Ci si trovava così di fronte ad una paradossale estremizzazione della tendenza, implicita nello stesso sapere medico, a reificare la malattia, a farne un'entità indipendente dal malato. In tal modo veniva conservata l'idea di una eziologia esogena del male, overosia l'idea che il male provenisse dall'esterno – idea tipica, del resto, del sistema di spiegazioni magico tradizionale –. Ciò consentiva poi una rielaborazione secondaria, sul piano causale, per cui un maleficio, una *fattura*, poteva rivelarsi alla base della malattia stessa: era stata l'influenza

malevola a provocare la malattia mentale. Soluzione di compromesso ideologico, per così dire, molto gradita al paziente, che poteva dare una forma culturalmente accettabile a istanze persecutorie, ai familiari, che si vedevano sollevati da oscuri sentimenti di colpa e da profonde paure rispetto alla possibile ereditarietà della condizione di malattia, agli stessi medici che vedevano comunque rispettate le loro prescrizioni farmacologiche. Allo stesso tempo, infatti, aumentava l'affidamento al farmaco miracoloso che, nell'ambito di una ideale continuità tra causa del male (la sostanza malefica introdotta dall'esterno) e rimedio al male (la sostanza benefica, sempre introdotta dall'esterno), cura in virtù della sua potenza. Si tratta di una potenza anch'essa ammantata di valenze "magiche"; del potere "magico" il farmaco si trova a condividere anche la grande ambivalenza⁽³⁾: in senso positivo dona infatti la guarigione; in senso negativo può scatenare effetti ancora più pericolosi del male stesso, può indurre trasformazioni indesiderate perché incontrollabili, ovvero sia non negoziabili tra paziente e terapeuta.

Occorre sottolineare come non fossero solo i pazienti e i loro familiari a mettere in atto comportamenti ed interpretazioni che segnalavano valenze "magiche" nell'uso sociale delle nozioni mediche di malattia e di farmaco, ma gli stessi operatori sanitari (medici e infermieri) si comportavano di fatto uniformandosi a tali criteri: così l'uso dei farmaci appariva spesso legato ad aspettative "magiche" di potenza e di controllo (= piegare la realtà al proprio volere) piuttosto che ispirate alla prudente razionalità del calcolo rischio/beneficio o al neutrale esame della farmacodinamica.

Queste valenze antropologiche nella visione della malattia, nella definizione dello spazio di efficacia dei farmaci, che la medicina scientifica ha tentato di lasciarsi alle spalle, cacciate dalla porta, per così dire, rientrano dalla finestra, e ciò naturalmente soprattutto in ambito psichiatrico. Certe versioni fornite dai pazienti e dai loro familiari in quest'area culturale di confine funzionano come delle cartine al tornasole per mettere in evidenza ciò che la teoria medica rigetta ma che la pratica medica deve per forza utilizzare se vuole restare efficace, ovvero sia il suo essere parte di un sistema di rappresentazioni sociali ed il suo essere immersa in una ragnatela di significati culturali.

Dal nostro punto di vista diventa allora essenziale chiarire che cosa fanno gli attori sociali coinvolti quando comunicano intorno alla malattia, analizzare cioè il significato metaforico della malattia⁽⁴⁾ e i percorsi attraverso i quali si costruisce la rappresentazione sociale della malattia. Lo scopo è quello di far emergere il *significato antropologico* delle manifestazioni di

“malattia” *al di là degli aspetti patologici* e di sottolineare il *valore antropologico* del lavoro clinico. Vorrei sottolineare come nel nostro caso, nel caso della malattia mentale, la malattia è essenzialmente una metafora per rappresentare il malessere individuale, è il modo in cui la cultura scientifico-razionalistica occidentale si dà ragione del fatto che alcuni individui falliscono nel diventare membri “completi” del loro gruppo. Dare una risposta a questo interrogativo è un problema centrale per ogni società. Si potrebbe dire che quando paziente e terapeuta, nonché i loro entourage familiari e professionali, condividono pienamente il livello antropologico implicito del processo di cura (un livello rappresentativo dunque oltretutto operativo) essi possono comunicare come se ciò di cui parlano costituissero tutta la realtà, ovverosia vengono messi in ombra i piani metaforici che sono comunque all’opera. Quando invece, come nella situazione qui esaminata, tutti gli attori sociali sono immersi in un profondo processo di trasformazione culturale, bisogna ri-negoziare il livello antropologico implicito del processo di cura e del quadro teorico-tecnico in cui le procedure terapeutiche si inscrivono. Diventano allora evidenti i processi metaforici che stabilizzano le configurazioni culturali e le rendono efficaci. L’efficacia terapeutica infatti è assicurata anche dalla possibilità di condividere una teoria relativa alla costituzione, al funzionamento e alle “disfunzioni”, per così dire, della persona e delle sue relazioni. La metafora fornisce dunque una figura che assicura lo spazio e traccia le coordinate all’interno delle quali può svolgersi il processo di comunicazione.

Il materiale clinico letto ed indagato con sensibilità antropologica potrà consentire, infatti, di cogliere la duplice valenza della “malattia” come esperienza individuale a cui occorre dare un senso e come evento sociale a cui occorre dare un significato. Questa dimensione del processo terapeutico è assolutamente ineliminabile, sebbene il procedimento della biomedicina abbia sempre cercato di ridurre al minimo indispensabile lo spazio narrativo individuale affinché il sintomo potesse parlare da solo. La verità, il “significato” del sintomo è infatti posseduto dall’interprete che conosce la chiave di questo linguaggio cifrato. I due interlocutori privilegiati sono ancora la malattia, col suo alfabeto sintomatico, e il medico, o meglio il sapere medico. Vorrei sottolineare come questo “dispositivo relazionale” per cui colui che manifesta il malessere (il soggetto colpito) deve rivolgersi ad un altro, un esperto (medico, guaritore, esorcista) che ne possiede la chiave interpretativa, accomuna le pratiche terapeutiche descritte, anzi rappresenta il “procedimento”, per così dire, attraverso cui questa condizione individuale viene messa in relazione con un sistema di pratiche sociali. Il processo interpretativo rende effettiva la dimensione sociale della

malattia, del malessere individuale. Pertanto ogni sistema di interpretazioni, anche quello medico, trova la sua validazione in una dimensione sociale condivisa. Esso costruisce un universo logico-simbolico che rappresenta *uno actu* un sistema di riferimento ed un metodo di valutazione. La differenza semmai consisterà nel fatto che il sapere medico non riconosce lo statuto di interlocutore al paziente, ma alla malattia, cercando di fondare la sua verità in un'attitudine conoscitiva libera da ingerenze individuali, negando, come sottolineavamo all'inizio, la dimensione sociale costitutiva di ogni pratica terapeutica, ovvero si tendendo ad occultare il fondamento "contrattuale" della sua verità.

Tale aspetto contrattuale, soprattutto in situazioni di ridefinizione del quadro simbolico di riferimento, come nel nostro caso, espone alla possibilità di una vera e propria riconsiderazione della validità della medicina scientifica, nel momento in cui viene giudicata a partire dalla sua capacità di offrire un orizzonte di reintegrazione e di senso all'esperienza di malattia, e non più a partire dalla sua capacità di soddisfare i criteri dell'osservazione scientifica. A questo punto dunque perché pensare all'esperienza di malessere interiore come ad una malattia se questo non aiuta a donarle un senso (al contrario la relega nel non-senso) e non offre una pratica che ne consenta un superamento? Ecco che può allora rivelarsi più proficuo pensare a quest'esperienza in termini magici o magico-religiosi.

L'ideologia magica e i suoi risvolti psicologici in un contesto culturale in trasformazione

La presenza di un attivo substrato magico si manifesta nel sistema di spiegazioni e di pratiche relative a determinate espressioni di malessere. Ci occuperemo soprattutto delle influenze magiche collegate con l'ideologia della *fattura*. Bisogna precisare che sono rintracciabili sul territorio una serie di guaritori tradizionali che curano attraverso formule magiche e manipolazioni-secondo pratiche molto diffuse nella medicina popolare in diverse parti d'Italia⁽⁵⁾ – varie affezioni dermatologiche (porri, verruche), disturbi artrosici, alterazioni della funzione intestinale, etc., con buon successo ed in una sorta di continuità con i medici locali –. Si rivolgono loro anche persone provenienti da ceti medio-alti e non è infrequente un vero e proprio invio reciproco di pazienti tra medico e guaritore a seconda del tipo di disturbo e del riconoscimento di una differenziata competenza. La situazione appare decisamente più complessa per quanto riguarda le pratiche di *fattura* – il maleficio – e di *controfattura* – la liberazione rituale dagli

effetti del maleficio –. Secondo la descrizione classica, come noto, la *fattura* (dal latino *facere*, nel senso di “ciò che è stato fatto e ancora ha effetto”) è un maleficio che si riceve attraverso la somministrazione di una sostanza malefica, soprattutto tramite il cibo; può presentarsi sotto diverse forme: come *fattura d'amore* oppure come *fattura a morte*. Chi è colpito dalla stregoneria si trova in uno stato di inibizione e di impotenza, in cui appare in primo piano l'influenzamento della volontà, egli sente venir meno il gusto per la vita, si sente come avvinto e “legato”, impedito nel suo naturale modo di vivere e di sentire. Spesso si lamenta di un torpore fiaccante e di un generale esaurimento di forze. Chi sospetta di aver ricevuto una *fattura* si rivolge al *fattucchiere* che effettuerà una *controfattura* per liberarlo dagli effetti del maleficio. Nella mia esperienza clinica ed etnografica questa situazione classica non è più rintracciabile. Ci si trova di fronte, infatti, ad una singolare disparità tra il ricorso al sistema di spiegazioni magico, seppure semplificato rispetto alla descrizione classica, e il ricorso alle pratiche magiche. Innanzi tutto attualmente è una più vasta area di malessere individuale, di difficoltà relazionali, di infortuni sociali, caratterizzati da una duplice sensazione di inspiegabilità e di insormontabilità, che fa sorgere il sospetto di aver subito un maleficio, una *fattura*. Quello che appare particolarmente interessante è come ogni difficoltà relazionale, ogni situazione interiore di difficoltà e di sofferenza possa essere interpretata in termini di influenza magica: infatti quando non si riesce a trovare nessuna altra spiegazione per una situazione che appare del tutto immotivata e profondamente ingiusta si fa strada l'idea di aver subito un maleficio. Molto diffusa appare anche la credenza nel *malocchio*: l'influenza malevola ed invidiosa ritenuta responsabile di più lievi malesseri e disavventure; rischio in un certo senso più quotidiano, rispetto al quale viene praticata una sorta di vera e propria automedicazione magica: la conoscenza della pratica liberatoria e della formula apotropaica è estremamente diffusa e svolta spesso da una anziana donna di famiglia. Come sottolineavamo prima, appare comunque singolare lo scarto esistente tra la diffusione della credenza nelle influenze magiche negative: la *fattura*, il più lieve *malocchio*, la visita notturna delle *janare* (streghe), e l'effettivo ricorso ai *maoni* (stregoni-guaritori) locali e alle pratiche di *controfattura*. Inoltre soltanto alcuni guaritori effettuano la liberazione dalla *fattura*; come spesso accade praticamente nessuno ammette di effettuare la *fattura* stessa. La reticenza rispetto a tali pratiche magiche è notevole: i guaritori interpellati non hanno voluto parlarne, mentre al contrario parlavano volentieri dei loro modi di guarire altri tipi di disturbi; i pazienti e gli informatori mi hanno descritto le *controfatture* come apparati rituali molto scarni in cui il guaritore

si limita a recitare una formula a bassa voce e a consegnare un amuleto al soggetto colpito con l'indicazione che dovrà portarlo sempre con sé, talvolta il guaritore indica con precisione il responsabile della *fattura* ma altre volte si limita ad una indicazione più generica. Il profondo processo di trasformazione culturale in atto in quest'area comporta un mutamento anche delle credenze tradizionali ancora attive; così, ad esempio, la credenza nella *fattura* rimane particolarmente viva come sospetto o convinzione che sia all'origine di situazioni di malessere individuale o di difficoltà relazionali, ma di fatto non è più riscontrabile una precisa credenza nella *fattura d'amore* e nella *fattura a morte*. Se si indaga sul motivo per cui il ricorso alle pratiche magiche non è più così vivo come in passato vengono date spiegazioni generiche legate al cambiamento di tempi e di mentalità; una informatrice però fornisce un'interessante motivazione sulla quale vale la pena di riflettere: secondo costei non si va più dai *maoni* perché «oggi c'è il telefono, uno potrebbe telefonare a un *maone* e nessuno ne saprebbe niente, mentre prima uno doveva per forza andarci così gli altri ti vedevano e sapevano cosa stava succedendo». Dunque venendo meno la possibilità di controllo comunitario sul ricorso a tali pratiche, che riguardano aree particolarmente pericolose non solo per il singolo ma per l'intero equilibrio comunitario, viene meno anche la possibilità di utilizzarle, o meglio si potrebbe dire che viene meno il vantaggio comunitario di utilizzarle.

L'incapacità attuale del modello magico tradizionale – strutturato secondo *fatture* e *controfatture* – di rispondere esaustivamente alle necessità di protezione e di reintegrazione psicologica della comunità apre una breccia tra il sistema di *spiegazioni* magiche e l'apparato di *pratiche* magiche. Il modello culturale magico mentre viene apertamente sanzionato dal punto di vista sociale, bollato da molti come spia di arretratezza e di ignoranza, viene poi recuperato nel momento del bisogno: ne viene fatto cioè un peculiare uso psicologico, individuale e collettivo, in quanto strategia culturale di risposta al malessere psichico e alle difficoltà relazionali. Nel momento in cui la condizione interiore o interpersonale eccede le capacità (interiori e culturali) di interpretazione attraverso strumenti "ordinari" riemerge il substrato magico, magari negato come presenza culturale in condizioni di benessere. Si fa appello al codice culturale tradizionale come estrema risorsa interpretativa di fronte al duplice rischio del panico cognitivo e dell'impotenza operativa, rischi che proprio per il processo di trasformazione culturale in atto, con le sue conseguenze di malessere individuale e di insufficienza delle agenzie sociali, sono condivisi dal singolo e dalla collettività. Nei momenti critici dell'esistenza viene

sperimentata tutta la precarietà di un'adesione superficiale ai codici culturali moderni.

Se cerchiamo di comprendere da cosa sia condizionata la maggiore o minore efficacia di un modello culturale, e delle pratiche ad esso connesse, in quanto meccanismo di reintegrazione psicologica, possiamo certamente individuare uno dei livelli di efficacia nella coerenza culturale, nell'isomorfismo antropologico per così dire, tra modalità di strutturazione del malessere e modalità di risposta terapeutica. Ciò rimanda, naturalmente, all'appartenenza culturale del soggetto, riconoscibile nelle sue possibilità espressive, nei suoi conflitti "tipici", nelle sue specifiche necessità di cura.

In un certo senso potremmo dire che questo è il livello di efficacia "tipico" dei modelli magici tradizionali, ma nella particolare condizione di trasformazione culturale che investe questo territorio, che si riflette in maniera massiccia nelle modalità di rapporto interpersonale e nei percorsi individuali di costruzione dell'interiorità e della soggettività, si rende evidente anche un altro livello, meno "tipico" in un certo senso, più eterodosso ed idiosincratico, per così dire, che appare legato alla possibilità individuale di controllare tensioni conflittuali e di fornire una "forma" manipolabile ad aree affettive solitamente interdette o pericolose. Ad esempio il valore nella credenza magica della *fattura*, anche al di fuori del ricorso alle pratiche di liberazione controfatturale, veniva individuato da un paziente nel fatto che in tal modo «si può scaricare l'odio senza sporcarsi le mani». Il codice culturale tradizionale si ritrova ad offrire così una singolare "risoluzione" alla pressione dei sentimenti ostili, la quale evita laceranti lasciti di colpa.

Una ulteriore riflessione si impone sui nuclei di tensione sociale ed interpersonale – oltreché intrapsichica – che l'ideologia magica tenta di controllare. La solidarietà familiare allargata ha costituito da sempre la base dell'assetto sociale e degli stili psicoaffettivi in queste aree geografiche; alla modificazione di tali equilibri all'interno di nuclei familiari che sempre più si restringono non sembra ancora corrispondere la capacità di dominare in modo più congruo le tensioni conflittuali che emergono.

In tal senso utilizzare l'ideologia magica della *fattura* può servire a "nominare" il conflitto intrafamiliare (quando il responsabile della *fattura* è individuato in un parente stretto) – e dunque anche a delimitarlo, ad arginarne gli effetti disgreganti – d'altro canto però ne impedisce una effettiva risoluzione perché lo stesso conflitto evocato eccede di troppo le capacità del modello culturale originario. Uno dei livelli di efficacia originari, infatti,

risultava legato al rafforzamento della coesione affettiva del piccolo gruppo legato da vincoli di parentela per allontanare e spostare all'esterno le spinte aggressive ed ostili. Attualmente invece tale configurazione culturale tende più a stabilizzare una particolare modalità di compenso psicologico, che a fornire una "tecnica" risolutiva rispetto a specifici episodi di disagio, rispetto a congiunture critiche della presenza, per dirla con de Martino.

L'ideologia della *fattura* continua ad affondare le sue radici nella coppia oppositiva Solidarietà/ Invidia e nelle "dorsali" psichiche loro associate, che risultano ancora oggi centrali per le comunità oggetto della ricerca, ma tale ideologia non attiva più un circuito operativo sperimentato ed efficace, sembra trasformarsi piuttosto in una sorta di vera e propria "forma" del rapporto interpersonale che, non appena si apre su aree conflittuali, espone al rischio dell'influsso malefico.

Tale serie di riflessioni può rivelarsi di cruciale importanza nella costruzione di una relazione terapeutica poiché spesso risulta indispensabile utilizzare anche il piano della credenza tradizionale – così "mobile" dal punto di vista psicologico in seguito al processo di mutamento antropologico – quale area di ristrutturazione di significati e di riconoscimento di esperienze affettive, allo scopo di riavviare quel processo di metaforizzazione dell'interiorità che risulta psichicamente indispensabile.

Benedizioni ed esorcismi: alcuni aspetti "terapeutici"⁽⁶⁾

Il complesso di pratiche che rivestono funzioni terapeutiche svolte da alcuni rappresentanti del clero locale comprende sia benedizioni che esorcismi. Vale la pena di sottolineare che tali pratiche sono esplicitamente identificate e valorizzate nel nostro territorio di indagine proprio per la loro funzione terapeutica.

Sia le benedizioni che gli esorcismi sono azioni sacramentali, che agiscono grazie alle virtù delle preghiere della Chiesa e all'uso che ne viene fatto (*ex opere operantis*). L'azione sacramentale non appare limitata da rigide cornici rituali, ciò tenderà a determinare *nel e attraverso* l'uso di tali pratiche benedizionali ed esorcistiche uno spazio di libertà (e, per certi versi, di trasgressione) in cui il sacerdote ed il fedele potranno muoversi in modo eccezionale rispetto agli abituali codici rituali della liturgia ecclesiastica (DE MICCO V. - FERRAIUOLO A. 1998).

Se la dottrina individua dei confini formali tra preghiere di benedizione ed esorcismi, l'indagine etnografica invece ne ha messo in rilievo le am-

biguità; risulta infatti difficile distinguere nella concreta operatività di questi religiosi la pratica esorcistica da quella benedizionale *strictu sensu*. Anzi si ha la sensazione che spesso tale distinzione venga riproposta dai religiosi incontrati solo al fine di un rispetto, anch'esso formale, della gerarchia ecclesiastica: per svolgere esorcismi occorre infatti una specifica autorizzazione vescovile, che non è invece prevista per impartire benedizioni. La difficoltà ad isolare l'esorcismo maggiore dalle benedizioni è dovuta al fatto che non è agevolmente individuabile una precisa cornice rituale. Questa oscillazione della cornice rituale è confermata anche dal fatto che non è stato possibile riscontrarne una versione univoca tra i vari preti esorcisti presenti nell'area di ricerca. Sarà opportuno sottolineare quanto questa situazione discorde da quella descritta in altre ricerche sull'argomento (in particolare, TALAMONTI A. 1991, 1998), forse proprio perché queste ultime prendevano in esame il mondo ufficiale dell'esorcismo cattolico, mentre nel nostro caso si tratta di un arcipelago di pratiche, al limite dell'eterodossia rispetto alla dottrina ecclesiastica, sebbene i religiosi intervistati si sforzino in ogni modo di sottolineare la liceità dottrina, per così dire, del loro operato. Tollerati con maggiore o minore favore a seconda delle singole situazioni dalle gerarchie ecclesiastiche locali, essi godono di un largo seguito popolare e sono apertamente accreditati in quanto risolvono situazioni di disagio e di "malattia". Per motivi di spazio non mi soffermerò sulla descrizione dello svolgimento del rituale (per il quale si rimanda a DE MICCO V. - FERRAIUOLO A. 1988), ma cercherò di mettere a fuoco in particolare quegli aspetti che si rivelano più importanti, nella percezione degli attori sociali coinvolti, nel superamento dello stato di malessere e di difficoltà.

Il modo in cui l'esorcismo veniva condotto sembrava dipendere molto più dallo "stile personale" dell'esorcista che da un preciso codice rituale. Ai diversi modi di interpretare il ruolo di esorcista corrispondono diversi modi di interpretare il ruolo di posseduto. Queste diverse modalità di interpretare i ruoli di esorcista e posseduto si accompagnano anche ad una diversa consapevolezza delle valenze terapeutiche che vi sono connesse. È possibile individuare una stretta correlazione tra definizione della cornice rituale e identificazione col ruolo ritualizzato. Negli esorcismi caratterizzati da una cornice rituale più salda, con una chiara e forte distinzione tra momento rituale e condizione normale, con l'uso costante di oggetti simbolici quali l'acqua benedetta, l'olio santo e il crocifisso – in definitiva con un apparato rituale più ricco – il rapporto tra esorcista e posseduto è caratterizzato da un violento antagonismo, si tratta quasi di un corpo a corpo, con un che di teatrale e di "apocalittico", per usare l'espressione di uno

degli esorcisti intervistati, in cui lo scopo principale è quello di sconfiggere il demone. La persona posseduta appare del tutto cancellata, del tutto assorbita nel suo ruolo rituale caratterizzato da una evidente ed assoluta avversione per il sacro, pertanto nei suoi confronti l'esorcista non può essere che implacabile e spietato. Negli esorcismi privi di una salda cornice rituale, con un apparato rituale scarno che non prevede ad esempio l'uso di nessun oggetto simbolico, in cui quindi si effettua solo la preghiera per la liberazione del posseduto, il rapporto tra esorcista e posseduto appare improntato ad un maggiore atteggiamento di comprensione, con un tono più "intimistico", è più chiara la sua valenza terapeutica poiché il suo scopo principale è quello di aiutare la persona che soffre. In questo caso la persona posseduta non è totalmente assorbita nel suo ruolo rituale, si ha comunque a che fare con una persona che soffre oltre che con una presenza demoniaca, da ciò deriva l'atteggiamento più comprensivo dell'esorcista. Costante rimane in tutti gli esorcismi osservati l'interrogatorio al demone con la richiesta di dichiarare il suo nome e il momento preciso in cui abbandonerà il corpo del posseduto. Ed è proprio questo momento dialogante con l'alterità sceneggiato nel codice rituale – culmine del resto del processo identificativo tra posseduto e presenza demoniaca (TALAMONTI A. 1998) – che riveste probabilmente un grande significato terapeutico.

La ricerca sul campo ha dunque permesso di osservare un vasto spettro di pratiche rituali che vanno dalla generica preghiera di benedizione a rituali più specificamente esorcistici, in cui è possibile individuare *una dialettica tra ritualità e relazionalità*. Il percorso "terapeutico" del posseduto appare svolgersi attraverso una progressiva riduzione dello spazio narrativo individuale, in definitiva dello spazio relazionale, per andare verso una riconferma della cornice rituale, seppure di una cornice rituale caratterizzata da un elevato grado di variabilità. Ciò consente di riaffermare l'esemplarità dell'itinerario del fedele/posseduto, il quale si configura come un vero e proprio rinnovato itinerario di conversione. I fedeli intervistati tendono a confermare nei loro racconti personali tale itinerario esemplare. La loro struttura retorica li rende estremamente persuasivi e sembrano costruiti apposta per convincere gli scettici. Gli intervistati raccontano infatti di non essere mai stati molto devoti e di avere anzi sempre considerato con una certa perplessità alcune manifestazioni estreme di devozione, poi hanno cominciato ad avere dei problemi sul lavoro, oppure in famiglia, degli strani malesseri fisici o improvvisi cambiamenti d'umore, delle inspiegabili tristezze oppure sentimenti di insofferenza e di astio immotivati nei confronti dei familiari, e così via. Hanno cercato di risolverli andando dal medico o dallo psicologo ma senza ottenere alcun risultato. Visto che le

loro difficoltà persistevano hanno addirittura cominciato a pensare a cose strane come magia nera e fatture, poi qualche amico o un parente hanno parlato loro del prete esorcista e li hanno convinti a consultarlo. Pur rimanendo un po' riluttanti e increduli si sono decisi a recarsi dall'esorcista, e già dopo il primo incontro e la preghiera di benedizione si sono sentiti sollevati ed hanno avvertito una netta sensazione di miglioramento. Hanno capito quindi, grazie all'esorcista, di essere vittime di influssi demoniaci ed hanno continuato a sottoporsi regolarmente alle preghiere di benedizione. Questa esperienza ha soprattutto fatto capire loro l'importanza di recuperare il rapporto con la fede e con la Chiesa.

Da un momento iniziale in cui il prete esorcista raccoglie le "confidenze" del sofferente (in genere durante il primo incontro prima di sottoporre il richiedente alla preghiera di liberazione questi espone brevemente il suo problema e viene raccolta qualche notizia sul suo passato e sulla sua situazione familiare), si passa ad effettuare solo la preghiera di benedizione o l'esorcismo *sul* fedele/posseduto, mentre l'intera trama conflittuale che questi viveva viene totalmente riassorbita sul piano antagonistico esemplare della lotta col diavolo. Se questo è il funzionamento generale che è possibile descrivere, esistono poi delle differenze legate, come sottolineavamo prima, alla variabile identificazione col ruolo ritualizzato di esorcista e di posseduto, più aumenta l'identificazione col ruolo più diminuisce la possibilità di mettere in gioco chiare istanze personali. Ogni sacerdote, grazie agli spazi di libertà (e di ambiguità) insiti nel sacramentale, può costruirsi un vero e proprio stile personale con cui strutturare e rappresentare tale dialettica tra relazionalità e ritualità. Del resto il fedele può usufruire di questi spazi come luogo di ristrutturazione di significati e di esperienze interiori. Da questo punto di vista lo spazio di ambiguità descritto lungi dall'essere un limite o un difetto è apparso sempre di più come una condizione necessaria che va, anzi, assolutamente garantita. Tale dialettica tra ritualità e relazionalità consente di esprimere istanze personali entro e attraverso il codice rituale, queste istanze si possono rendere più o meno riconoscibili a seconda dei diversi "stili" rituali, se così si può dire, e della "intensità" di identificazione con i ruoli di esorcista e di posseduto che questi comportano. Nei casi in cui la cornice rituale è più salda e presenta un apparato rituale più ricco e preciso, cui si accompagna una maggiore identificazione coi ruoli rituali, tutti i sentimenti aggressivi ed ostili sono rivolti all'esorcista, a dio e ai santi, sono quindi completamente riassorbiti nell'orizzonte mitico-rituale. Laddove invece la cornice rituale è meno salda, con un apparato rituale scarso e minore identificazione coi ruoli, i sentimenti ostili possono anche essere improvvisamente indirizzati verso

gli accompagnatori o gli astanti: ad esempio una posseduta durante l'esorcismo si rivolge all'improvviso al marito lì presente gridandogli «ti odio!» Pur non dubitando mai della realtà della presenza demoniaca e della necessità di combatterla con le armi della fede, in questo caso le istanze personali diventano più trasparenti e si scava uno spazio individuale nelle intercapedini dello spazio rituale. Questo spazio individuale è letteralmente lo spazio dell'inconfessabile. Un esempio può essere di aiuto: uno dei preti esorcisti intervistati dichiara che alla base di alcune possessioni può esserci un segreto che ci si porta dentro da anni, ad esempio un aborto che non si è mai riusciti a confessare. Ma l'aborto per un cattolico è un peccato tipicamente inconfessabile, perché non ne è prevista l'assoluzione⁽⁷⁾, voglio dire che appunto lo spazio rituale in cui sarà possibile portare questo gravoso contenuto individuale, carico di colpa, non è quello "ordinario" e strettamente regolato della confessione, ma quello "straordinario", più libero e trasgressivo, dell'esorcismo, per accedere al quale bisogna essere posseduti.

I fedeli che ricorrono a tali pratiche appartengono a tutti i ceti sociali, molto rappresentata è la piccolo-media borghesia, molti provengono dai centri urbani vicini, in cui attualmente è più difficile trovare preti che effettuino esorcismi, forse a causa di un più diretto controllo vescovile. Sono parecchi i giovani, anche con un'alta scolarizzazione, che si rivolgono agli esorcisti; vi è una certa prevalenza femminile, ma gli uomini dell'entourage familiare partecipano attivamente e condividono pienamente il clima emotivo dell'esorcismo e il modello esplicativo della possessione diabolica.

Come già segnalato (DE MICCO V. - FERRAIUOLO A. 1998) risulta indispensabile mettere in evidenza la contiguità esistente tra le pratiche testé descritte e il substrato di credenze magiche particolarmente attivo in questo territorio. Come abbiamo visto spesso il primo passo, da parte dei fedeli, verso una spiegazione alternativa (non medicalizzata) del proprio stato di malessere va nella direzione dei guaritori magici, per ricorrere solo in un secondo momento al religioso-terapeuta. D'altro canto il religioso stesso tende a confermare l'eziologia magica del malessere, salvo poi farla rientrare nella molteplicità di modi con cui il diabolico attenta alla salute/salvezza del credente. Tale conferma dei sospetti magici dell'utente da parte del religioso investito di potere ed autorità costituisce per l'individuo sofferente un poderoso strumento di rassicurazione. Da un lato il religioso non nega – come farebbe probabilmente un rappresentante dell'istituzione medica ufficiale – la validità dell'ordine di spiegazioni magico, dall'altro viene offerta una serie di pratiche speri-

mentate ed efficaci (benedizionali ed esorcistiche) contro i rischi magici, in quanto emanano da un potere superiore, quello divino, che pur essendo, in un certo senso, strutturalmente analogo a quello magico (almeno dal punto di vista di un sapere razionalistico-scientifico) rispetto a quest'ultimo appare legittimamente utilizzabile e perciò sicuro apportatore di salute (DE MICCO V. - FERRAIUOLO A. 1998: 101).

Come si vede nell'indagine risultano in primo piano le pratiche esorcistico-benedizionali piuttosto che la figura culturale della possessione, si può dire infatti che tale figura culturale non sia penetrata in maniera sufficiente nell'area di ricerca. Questa situazione può apparire paradossale ma tenterò di spiegarla. La sequenza esplicativa ed operativa più seguita, sia dai fedeli/posseduti che dagli esorcisti, è quella secondo cui l'esorcismo libera in primo luogo dalla *fattura*, dall'influenza magica negativa effettuata da persone malevole, "negatività" che rappresenta una sorta di *pabulum* per la presenza demoniaca. L'idea della possessione demoniaca in realtà sembra entrare in gioco in un secondo momento, quasi per giustificare definitivamente il ricorso all'esorcismo, in fondo si presenta come risorsa culturale più "moderna" e legittimata rispetto all'atmosfera superstiziosa che circonda le pratiche magiche. Allo stesso tempo consente di recuperare gran parte dell'atmosfera emotiva e del sedimento simbolico depositati nelle credenze magiche, ma al riparo della legittimazione ecclesiastica, venendo a realizzare una sorta di sincretismo magico-religioso. Probabilmente è anche per questo che i modi di interpretare il ruolo di posseduto si plasmano su quello che abbiamo indicato come lo "stile personale" dell'esorcista. Poiché questa configurazione culturale non sembra appartenere al sapere tradizionale non c'è un preciso ed univoco modello cui uniformarsi, quindi risulta determinante l'influenza dell'interlocutore che ne possiede la cifra simbolica.

Pur condividendo quanto sostenuto da Pizza (PIZZA G. 1996: 267-270), che non si possono appiattire tutti i complessi significati simbolici della possessione nell'"evidenza terapeutica", vorrei sottolineare come nel nostro caso non sia riscontrabile proprio quanto sostenuto da Olivier de Sardan, citato da Pizza, a proposito della possessione, secondo cui: «Non siamo né nell'universo della malattia né in quello della cura, bensì nel campo classico delle rappresentazioni collettive, nel vero senso del termine: poiché c'è spettacolo, che suppone una messa in scena ben costruita, cristallizzata, stabilita» (OLIVIER DE SARDAN J.P. 1994: 13). Nel nostro caso è proprio la messa in scena ben costruita e stabilizzata che manca, è proprio la "rappresentazione collettiva" che appare ancora in

una difficile fase di travaglio simbolico, in un certo senso. Si potrebbe dire che ci troviamo ancora in una fase di contrattualità del significato simbolico di tale configurazione culturale. Forse è proprio per questo che i significati “terapeutici” emergono in primo piano nella stessa percezione degli attori sociali coinvolti, sebbene ciò induca d’altra parte ad interrogarsi sulle poste in gioco “politiche” che tale “evidenza” probabilmente occulta.

Fino ad ora non ho riscontrato influenze ascrivibili a culti di possessione tradizionali, né esistono nella zona antichi culti legati a rituali di liberazione dalla possessione diabolica, come in altre aree meridionali (ad esempio in provincia di Salerno, a Campagna, il registro della colonna di S. Antonino, e a Serra San Bruno in Calabria). Si riconferma dunque quello “scollamento” tra sistemi di spiegazioni e sistemi di pratiche già evidenziato prima: l’estrema mobilità di queste configurazioni culturali contigue permette una parziale sovrapposizione tra livelli rappresentativi ed operativi. Si vengono quindi a creare cornici e figure rituali instabili e provvisorie, che appaiono caratterizzate da un elevato dinamismo interno e delle quali è difficile predire l’evoluzione.

La diffusione di questa configurazione culturale appare dunque abbastanza recente, ed appare legata anche alle dinamiche sociali che sottendono il processo di trasformazione culturale in atto in queste zone. Va infatti sottolineato come da parte del clero locale tale operazione di recupero delle credenze magiche sia funzionale al fine di riaffermare e sostanziare il potere divino e il potere dell’istituzione ecclesiastica. Questa operazione mentre consente di disciplinare una potenziale proliferazione incontrollata delle pratiche magiche, permette, contemporaneamente, di opporsi con rinnovato vigore alle pretese egemoniche del sapere medico-razionalistico e, soprattutto, a modalità relazionali interpersonali non più ispirate ai dettami della Chiesa.

Se ci si interroga sulle dinamiche sociali in gioco e sui sistemi di valori coinvolti, si ripropone dunque la centralità del profondo processo di mutamento socio-culturale che investe l’intera area di indagine. Tale processo porta con sé un profondo carico di malessere individuale che viene a costituirsi nei punti di frizione tra sistemi di valori antagonisti, i quali coinvolgono soprattutto i ruoli maschili e femminili, i comportamenti relativi alla sessualità, i modelli di riferimento della vita associata e delle relazioni interpersonali. Tali sistemi di valori però, nonostante il loro antagonismo, di fatto si presentano all’osservazione in un *continuum*. Uno dei più potenti livelli di efficacia delle pratiche benedizionali-esorcistiche descritte (DE MICCO V. - FERRAIUOLO A. 1998), va dunque individuato nel-

la capacità di offrire uno spazio di *salvezza sociale* e dunque di *salute individuale*. Spazio che si configura solido perché poggia su un sistema di valori ricco ed articolato che indica con chiarezza come bisogna comportarsi rispetto ad alcune situazioni cruciali dell'esistenza ma, allo stesso tempo, sufficientemente "elastico" per accogliere ed "assolvere" alcune situazioni di fallimento individuale sul piano sociale. Ciò spinge a riflettere sulle pressioni patogene esercitate dall'imposizione di un sistema di valori che induce a giudicare indispensabile il raggiungimento di alcuni obiettivi sociali (laurea, realizzazione affettiva e sessuale, etc.) e sul difficile ed ineguale accesso agli strumenti che permettono effettivamente di conseguirli. Ecco perché se il sistema di valori egemonico sembra spesso richiedere "prestazioni" (interiori e sociali) che eccedono le capacità (interiori e sociali) del singolo, in un momento di crisi individuale si ricorre facilmente a questo vero e proprio ordine di ricomposizione. Ordine rappresentato dall'ideologia ecclesiastica ma *reso praticabile* solo grazie a quegli aspetti di libertà e di ambiguità, di fluidità dei significati interiori e dei valori sociali, messi in atto dal religioso-esorcista col suo ventaglio di pratiche benedizionali ed esorcistiche (DE MICCO V. - FERRAIUOLO A. 1998: 103).

L'accostamento tra le "agenzie" terapeutiche esaminate (istituzioni mediche, guaritori tradizionali, preti esorcisti), risulta in un certo senso imposto dalla stessa ricerca sul campo. Le figure terapeutiche rimandano l'una all'altra, le persone sofferenti costruiscono infatti delle attive reti di collegamento attraverso i loro comportamenti di ricerca della salute. Dal punto di vista della funzione terapeutica tali figure, le loro pratiche ed i saperi che le sostengono debbono anzi essere confrontati, se si vuole realmente comprendere come aspetti sociali, caratteristiche individuali e modalità tecniche contribuiscano a produrre l'evento-guarigione, pur se sotto diverse forme e attraverso diverse vie.

Un caso "esemplare"

L'esposizione di casi clinici rappresenta una formula argomentativa peculiare in medicina, in cui registri dimostrativi e descrittivi si intrecciano con registri retorici e persuasivi. La sua particolarità è quella di cercare di coniugare la singolarità del caso col valore generale del procedimento clinico. Non si tratta però di un metodo induttivo, poiché la validità conoscitiva delle "forme" cliniche è stabilita a priori in virtù delle procedure scientifiche della biomedicina; il caso clinico si segnala

piuttosto per la sua *esemplarità*. È cioè un caso con uno straordinario valore predittivo per le sue caratteristiche qualitative e non quantitative, com'è ovvio. Queste peculiari modalità attraverso le quali la medicina costruisce e tramanda il suo sapere (mi limiterò a segnalare di sfuggita quanto sia ritenuta ancor oggi essenziale per la formazione del medico l'attenta valutazione del caso clinico) rivelano la vitalità di correnti extrascientifiche al suo interno, le quali sono addirittura essenziali per rendere operativo il suo sapere. L'esemplarità del caso clinico ripropone il modello retorico dell'*exemplum* medievale, il che introduce nel tessuto scientifico della biomedicina antiche suggestioni di cura per simpatia, di guarigioni raggiunte sul registro del *così come*: *come* è stata ottenuta la guarigione nel caso esemplare, *così* la si può ottenere nella situazione attuale.

Il fenomeno sociale ha, per contro, un immediato valore generale, è sempre un fatto sociale totale quello che si rispecchia nelle storie di vita raccolte dagli antropologi. Queste ultime sembrano muovere sempre da questa assunzione di totalità, dal tentativo di restituire la totalità culturale studiata. Tale obiettivo è perseguito attraverso un'operazione di mimetismo relazionale e linguistico. Naturalmente non è questa la sede nemmeno per accennare al vasto dibattito sullo statuto conoscitivo del lavoro etnografico, sul possibile valore esclusivamente narrativo del sapere dell'antropologo. Mi interessa qui evidenziare soltanto alcune differenze tra la procedura medica della raccolta dei casi e quella antropologica della raccolta delle storie di vita, per chiarire il tipo particolare di metodologia qui adottata.

I nostri casi – ne presenterò qui solo uno per ragioni di spazio – sono dei veri e propri casi clinico-antropologici, raccolti allo scopo di restituire due livelli di realtà complementari, o meglio, che si trovano in una situazione di *mise en abîme*⁽⁸⁾, per così dire: la realtà psicologica che il soggetto vive e la realtà antropologica in cui opera. In tali casi è evidente la tensione esemplare delle storie (tipica della procedura clinica), come pure l'attitudine mimetica di chi le ha raccolte (tipica del metodo antropologico). Purtroppo temo anche che questa particolare modalità di descrizione dei casi possa generare una duplice insoddisfazione, potendo apparire troppo imprecisa e "suggestiva" agli psichiatri e, al contrario, troppo astratta e centrata sugli avvenimenti patologici agli antropologi. Del resto si tratta di una modalità ancora in evoluzione e che potrà essere messa a punto nel prosieguo della ricerca. Ho preferito comunque non esprimere valutazioni diagnostiche psichiatriche, perché l'attenzione è centrata sulla complessità e sulla

multiformità del tessuto antropologico in cui si iscrive la componente clinica.

Ho preferito adottare uno stile rapsodico, in un certo senso impressionistico, per cercare di restituire la vitalità e gli improvvisi scarti e spostamenti di livello tipici del racconto in presa diretta.

Giorgio ha la sua prima esperienza di malessere a 19 anni, gli sembra che il mondo vada in frantumi ed è travolto da un'estrema angoscia, senza nessuna esitazione si rivolge a un noto prete esorcista della zona sostenuto in ciò dai genitori, il padre è professore di scuola media e la madre è casalinga, che partecipano attivamente alla sua preghiera. Alla fine di questa preghiera collettiva gli raccontano che una voce di donna è uscita da lui e ha detto: «scusatemi se sono entrata in questo giovane». Superato questo primo drammatico momento Giorgio incontra diverse volte l'esorcista che effettua delle preghiere e gli impone le mani su diverse parti del corpo. Giorgio avverte un calore interno che migra nel suo corpo quasi cercando di sfuggire alle mani dell'esorcista. Questi suggerisce che all'origine del suo male possa esserci una ragazza oppure qualcuno che gli abbia "fatto" qualcosa, ma il ragazzo sembra restio a raccogliere queste classiche "esche" magiche. L'esorcista insiste che dovrà comunque cercare di vomitare per eliminare quell'oscuro sedimento malefico che si porta dentro. Nel frattempo Giorgio è tormentato dal senso di colpa per aver fumato uno "spinello" in compagnia di amici. Lo spinello diventa la concreta rappresentazione di un indicibile sfondo di male e di colpa inconfessabile che Giorgio si porta dentro. Appare particolarmente adatto a materializzare fantasmi psicologici altrimenti irrappresentabili: la trasgressione e la colpa. Nell'idea dell'intossicazione il tema tradizionale della "sostanza" malefica viene rielaborato attraverso la rappresentazione moderna del male per eccellenza: la droga. Dopo ripetuti sforzi Giorgio vomita qualcosa che assomiglia a del tabacco masticato e si sente come liberato: il cerchio si chiude, il tabacco dello spinello che lo aveva intossicato, e che Giorgio aveva fumato per l'influenza negativa di cattivi compagni, era rimasto depositato nel suo corpo prolungando i suoi effetti nefasti, adesso è stato eliminato, materialmente eliminato, grazie alle preghiere dell'esorcista. Dopo questo episodio Giorgio cerca nuovi incontri con l'esorcista e tenta di trasformare il suo rapporto con lui, tenta di farne il suo consigliere spirituale, ma il prete si sottrae bruscamente alla sua esplicita richiesta, evidentemente ritiene esaurito il suo compito una volta che la presenza demoniaca è stata eliminata e ritiene impraticabile ogni altro tipo di rapporto. Giorgio ha poi cercato di instaurare questa relazione di fiducia e di sostegno, di cui sente evidentemente il bisogno, con un medico del servizio psichiatrico, cui si è rivolto in un secondo momento, dopo aver superato la fase acuta della sua crisi. Il medico non ha dato grande importanza all'esperienza con l'esorcista, sulla quale non ha cercato informazioni precise; è convinto che si sia trattato di un passo falso prima di intraprendere la strada maestra della terapia medica. In realtà Giorgio sembra aver gestito con grande disinvoltura il ricorso alle diverse modalità

terapeutiche a sua disposizione, ricorrendo all'esorcista nel momento della crisi acuta, superata brillantemente grazie alla massiccia solidarietà familiare che ha rapidamente sollecitato e alla mobilitazione di risorse rappresentative che gli hanno consentito di dare forma a sentimenti angosciosi ed inconfessabili. In un secondo tempo, di fronte all'incapacità dell'esorcista di fornire una risposta al suo bisogno di costruire un rapporto che lo sostenesse psicologicamente, Giorgio ha cambiato strada, decidendo di rivolgersi al servizio psichiatrico, dove ha trovato una efficace possibilità di sostegno in un rapporto che potrà forse offrirgli lo spazio e il tempo per far emergere in maniera più consapevole quei sentimenti angosciosi che sono alla base della crisi acuta.

Vorrei sottolineare come non si intenda affatto indicare, così, una sorta di gerarchia terapeutica, per cui la biomedicina interverrebbe dopo la "suggestione" magico-religiosa per affrontare le "vere" cause del disagio, dal momento che esistono fondati motivi per ritenere che gli strumenti della medicina ufficiale avrebbero risolto in maniera decisamente meno brillante la crisi acuta. Si vuole soltanto evidenziare come vengano costruiti dei personali itinerari di ricerca della salute a seconda delle diversificate risposte che di volta in volta si cercano.

Citerò ora un'esperienza che pur non avendo valore clinico risulta comunque significativa. Durante una riunione informale un'infermiera del servizio psichiatrico chiede con una curiosità apparentemente disinteressata se è vero che per impedire l'accesso alle streghe bisogna appendere allo stipite della porta un sacchetto pieno di sabbia oppure una scopa, in modo che la strega costretta a contare i granelli di sabbia o i fili di saggina sia occupata fino al mattino e non possa, così, disturbare chi dorme. La narrazione si carica rapidamente di tinte personali, finché, sollecitata dagli ascoltatori, racconta di aver ricevuto la notte precedente la visita di una *janara*, di aver sentito cioè durante il sonno una forte sensazione di peso sul corpo – talmente forte da toglierle il respiro e la volontà – mentre qualcuno le tirava i capelli, non poteva difendersi, non riusciva a voltarsi né ad aprire gli occhi e nemmeno a chiedere aiuto al marito che le dormiva accanto, non stava sognando ma non riusciva nemmeno a svegliarsi completamente, le sembrava di essere totalmente impotente. Nel complesso era stata un'esperienza molto angosciante, soprattutto perché per tutto il tempo aveva pensato sempre al bambino che dormiva accanto a lei nella culla, temendo che la strega potesse fargli del male mentre lei era incapace di proteggerlo. La confidenza dell'esperienza personale innesca il racconto di una serie di esperienze simili da parte degli ascoltatori, viene alla luce che alla vigilia di avvenimenti importanti oppure in periodi particolarmente difficili avevano ricevuto anche loro la visita di una *janara*. La possibilità di

ritrovarsi in una narrazione ed in una rappresentazione culturale condivisa, rafforzata dalla situazione di comunicazione collettiva, rende la “visita notturna della *janara*” un luogo comune, un *topos* culturale per raffigurare un’esperienza di angoscia. L’effetto di rassicurazione è immediato poiché si partecipa di un’esperienza condivisa, anche la stranezza e il carattere perturbante che l’accompagnavano si stemperano; nel racconto collettivo vengono precisati e fissati i caratteri che la renderanno riconoscibile in futuro. La qualità troppo privata dell’esperienza di angoscia la rende anche più difficile da tollerare e da gestire, attraverso questa operazione culturale invece proprio quel carattere troppo privato si perde, mentre si rafforza una costellazione pubblica di significati condivisi che legittima questa particolare modalità di elaborare un’esperienza estrema di disagio interiore.

Se si legge in filigrana il racconto della nostra protagonista, in apparenza del tutto privo di riferimenti personali, si capisce che c’è comunque in lei una forte preoccupazione per il figlio che sente di non potere proteggere e che il marito, pur dormendole accanto, sembra del tutto incapace di comprendere quello che le sta succedendo. Il *topos* della visita della *janara* le ha di fatto consentito di “mettere in scena” e di descrivere chiaramente anche quelli che sono probabilmente i motivi alla base delle sue sensazioni di angoscia, ma in modo che tali motivi, pur essendo evidenti e in un certo senso trasparenti, non occupassero il centro della scena. Più esattamente la formula rappresentativa tradizionale opera attivamente un decentramento, per cui il *focus* si sposta dalla persona con i suoi problemi quotidiani alla vicenda mitica della strega con i rischi tradizionali che questa comporta. Questo effetto delle rappresentazioni culturali collettivamente condivise – in cui si può individuare il “lavoro della cultura” – permette di alleggerire il carico psicologico individuale, sia perché quasi sempre i motivi alla base dei sentimenti di malessere e di angoscia non possono essere espressi in maniera diretta, nemmeno a se stessi, sia perché è di fondamentale importanza riuscire a ridurre l’isolamento che spesso si accompagna all’esperienza di disagio interiore.

Certo non le si può considerare delle soluzioni stabili a concreti problemi personali, ma la possibilità così offerta di ridurre l’ansia e l’angoscia legate a situazioni personali conflittuali consente, in fondo, di affrontare queste ultime con maggiore lucidità. E, del resto, va comunque considerata l’incapacità di riuscire ad esprimere in altro modo tali momenti critici dell’esistenza individuale, anche questa mancanza di strumenti individuali e collettivi per rappresentare in maniera più

congrua una conflittualità in un certo senso più “moderna” dovrà diventare oggetto di indagine piuttosto che motivo di una facile stigmatizzazione.

Procedimenti metaforici, dispositivi narrativi e meccanismi di guarigione

Ho più volte sottolineato come il processo di metaforizzazione dell'interiorità risulti psichicamente indispensabile⁽⁹⁾, e come la possibilità di riattivare questo processo rivesta un cruciale ruolo terapeutico. Ciò è stato riconosciuto da tempo in ambito psicologico-psichiatrico, mi riferisco qui in particolare al famoso psicoanalista inglese Donald Winnicott e all'uso che egli fa di queste nozioni. Uno degli obiettivi specifici di questa indagine consiste però nell'analizzare le modalità e le strategie *culturali* che consentono di riavviare questo processo di metaforizzazione dell'interiorità che risulta *psichicamente* indispensabile. Ritengo infatti che tali dispositivi culturali possano contribuire in maniera decisiva alla definizione e alla descrizione di quelli che abbiamo indicato come i motivi antropologici dell'efficacia terapeutica.

I propri processi “interni”, la propria realtà psicologica, diventano infatti percepibili come tali solo se vengono fissati in un codice simbolico linguistico, ovvero si acquistano un senso ed un significato solo in un contesto intersoggettivo ed entro un ordine culturale. Sentimenti, pensieri, fantasie hanno sempre un valore relazionale ed una strutturazione culturale. Il proprio modo di pensarsi e di rappresentarsi, nonché di esprimersi, viene reso possibile sempre attraverso il linguaggio ed attraverso un ordine simbolico (DE MICCO V. 1996). Del resto lo stesso confine tra interno ed esterno, la delimitazione tra ciò che è pubblico e ciò che appartiene al privato, sono definiti culturalmente ed anzi rappresentano l'inaugurazione elementare dell'ordine culturale.

La possibilità di percepire come separate la *realtà* interna e la realtà esterna è assicurata del resto solo da un lungo processo maturativo, in cui riveste un ruolo fondamentale l'atteggiamento materno e più in generale dell'ambiente circostante. Ovviamente lo stesso atteggiamento della madre nell'accudire il bambino subisce notevoli influssi culturali, ciò può comportare differenti modalità di situare questo confine tra interno ed esterno e di organizzare la realtà interna e la realtà esterna, ma è possibile rintracciare un'influenza ancora più profonda attraverso la quale l'esperienza culturale “plasma” l'interiorità psichica.

Prima ancora che il bambino piccolo possa percepire e concepire la madre come separata da sé e, dunque, percepirsi e concepirsi come indipendente e reale, deve attraversare un'area di importanza cruciale per il suo sviluppo: l'area che Winnicott chiama dei fenomeni transizionali. Tali fenomeni sono concepiti come *psichicamente* intermedi fra il me e il non-me: fanno parte del mondo esterno, hanno una loro realtà sensoriale, percepibile anche dagli altri, ma sono vissuti ed usati dal bambino come una sorta di estensione (poi come una materializzazione simbolica e infine come una metaforizzazione psichica) del proprio sé. Il principale fenomeno transizionale è rappresentato dal gioco, che si espande poi nell'attività di simbolizzazione e nell'esperienza culturale. Quest'ultima viene quindi posta da Winnicott in un'area che fonda l'interiorità stessa, in una regione che rende in generale possibile percepire e concepire la propria interiorità. Solo un'esperienza soddisfacente dei fenomeni transizionali potrà poi consentire di dispiegare un'esistenza creativa e di sentirsi vivi e reali. È per questo che il processo di metaforizzazione interiore risulta indispensabile, perché la realtà interna non è percepibile né concepibile al di fuori di un'attività creativa che produce simboli e metafore. Questa stessa capacità creativa costituisce la prova che il bambino ha ricevuto dal suo ambiente *affettivo e culturale* gli strumenti *emotivi e simbolici* necessari per costruire la sua interiorità (DE MICCO V. 1999).

Si può dire dunque che l'interiorità esiste solo se viene comunicata, se si vive in un "mondo comune". Senza un sistema di rappresentazioni intersoggettivamente validato non è possibile parlare dell'interiorità, né "operare" su di essa, in fondo è come se l'interiorità non esistesse nemmeno al di fuori del suo sistema di rappresentazioni.

Se l'interiorità in sé non è afferrabile, diventa essenziale riuscire a metaforizzarla, ovvero a designarla attraverso una rappresentazione, "inventando" una similitudine ed una serie di simboli e formule pertinenti. Nel fare ciò si opera sempre uno spostamento di significato ovvero una nuova creazione di significato, il che rappresenta l'attività per eccellenza della psiche e della cultura intese come "macchine semantiche". Il momento critico dell'arresto della capacità individuale di produrre significato a partire dalla propria esperienza è vissuto come malessere e disagio, come crollo della possibilità di stare al mondo. L'intervento delle risorse simboliche fornite dalla cultura intende preservare la possibilità di produrre significati sia per il singolo che per il gruppo sociale. Tali metafore fanno da ponte tra esperienza personale e collettiva del dolore, secondo Kirmayer (KIRMAYER L. 1993) addirittura tra esperienze di tipo corporeo ed esperienze propriamente sociali condensate nella memoria mitica, con-

sentendo di rielaborare i motivi dolorosi in costellazioni pubblicamente accettate di significati e di simboli.

Questo ci fa capire come una situazione di profonda trasformazione del sistema di riferimento culturale, come quella che sta conoscendo la nostra area di indagine, sia gravida di conseguenze per l'equilibrio psicologico dei singoli e per la "tenuta" delle relazioni intersoggettive. Essa rende più incerti i percorsi di soggettivazione e di conseguenza appare più precario il senso di identità soggettiva.

Dunque la cultura fornisce un sistema simbolico che risulta strutturante per l'interiorità, e offre una serie di rappresentazioni che consentono di superare il panico cognitivo e l'impotenza operativa suscitati dai momenti critici dell'esistenza. Queste rappresentazioni mettono in relazione un piano cognitivo, strutturato secondo cause ed effetti, e un piano di pratiche sociali, animato da bisogni e risposte. La configurazione culturale infatti deve contemporaneamente spiegare l'evento secondo un coerente ordine ideologico e indicare come agire in maniera "tecnicamente" efficace: così la malattia, la *fattura* e la possessione una volta evocate permettono di comprendere cosa sta accadendo e di operare in maniera efficace. Naturalmente lo spazio di efficacia, come tutti gli spazi di contrattualità sociale, non è assoluto; nel nostro caso poi il rischio di non riuscire è ancora maggiore perché tali metafore tentano di catturare dimensioni sociali e psicologiche che sono altamente conflittuali. La risoluzione del malessere, com'è di osservazione comune, non è certa e può non essere permanente, può risolversi nella creazione di una nicchia sociale, al cui riparo si possono tollerare comportamenti parzialmente devianti, oppure può portare alla stabilizzazione di un rapporto con le figure terapeutiche che non si riuscirà più ad interrompere.

Abbiamo già segnalato in precedenza come la metafora offra lo spazio per la comunicazione, in un certo senso lo definisca e lo "orienti". Ho riscontrato come molto spesso quando si tenta di definire con precisione i meccanismi attraverso i quali il maleficio, la possessione o la stessa malattia agiscono, il livello di ambiguità e di aleatorietà delle risposte fornite dagli attori sociali aumenta, così pure quando si cerca di descrivere accuratamente gli eventi che entrano in gioco ci si trova di fronte ad una allusività crescente. Questa ambiguità ed allusività costituiscono in realtà una caratteristica essenziale del funzionamento di quelle che abbiamo indicato come "metafore dell'interiorità sofferente", questa sorta di mobilità interna fornisce la possibilità di operare spostamenti di significati, scorrimenti di piani emotivi, che corrispondono alla necessità di inserire elementi di dinamismo, letteralmente di movimento, nelle prospettive

cognitivo-emotive della persona sofferente, la quale molto spesso è esattamente paralizzata nella sua situazione di difficoltà. A questo ci si riferisce con la nozione di processo di metaforizzazione, che risponde alla necessità di “portare” la persona sofferente “oltre” (*meta-phérein*) la situazione attuale, ovvero alla capacità di riformulare e ristrutturare attraverso dei significati traslati, culturalmente condivisi e legittimati, la propria condizione interiore.

Se l'uso della configurazione culturale si rivela efficace consentirà poi di costruire una narrazione sulla propria condizione di malessere. Queste narrazioni si svolgono lungo trame narrative culturalmente connotate, in cui vengono messi in scena anche un sistema di valori ed una storia di appartenenza culturale, che si rinnovano e si riaffermano durante la narrazione. Lo spazio narrativo non va inteso come uno spazio espressivo completamente libero e spontaneo, al contrario il dispositivo narrativo dispiega la sua valenza terapeutica nel conferire all'esperienza emotiva una particolare strutturazione, in quanto, svolgendosi secondo schemi narrativi culturalmente connotati, fa sì che gli affetti in gioco e le emozioni suscitate si manifestino già catturati in una rappresentazione, già ordinati in uno sviluppo narrativo, e perciò disponibili ad un senso. Questi *pattern* narrativi possono permettere il riconoscimento di esperienze affettive angosciose proprio grazie al fatto che le spostano immediatamente su di un piano traslato e che le immettono immediatamente in uno svolgimento risolutivo. Il processo di cura dunque avviene *entro e attraverso* un universo simbolico-linguistico.

Metafore e narrazioni costituiscono una sorta di interfaccia tra la necessità collettiva (culturale) di “controllare” eventi sociali attribuendo loro una posizione in un ordine di relazioni ed un ruolo in un sistema di pratiche, ed il bisogno individuale (psichico) di “dare forma” ad esperienze personali. La possibilità di dare forma culturale ad esperienze interiori angosciose, ancor più terrorizzanti quando rimangono non raffigurabili e del tutto non comprensibili, «offre una prospettiva per immaginare, ascoltare e guardare ciò per cui si è senza immaginazione, sordi, ciechi, e che tuttavia chiede perentoriamente di essere immaginato, ascoltato, visto» (DE MARTINO E. 1961: 63).

La cultura stessa del resto, come noto, non è un sistema coerente e pacificato, chiuso ed autosufficiente, ma conosce al suo interno istanze contrastanti e conflittuali, le quali, d'altra parte, assicurano il dinamismo del sistema culturale stesso, che deve possedere, accanto ad un livello di stabilità, anche un certo grado di flessibilità per recepire le nuove istanze emergenti. Dunque l'universo simbolico-culturale in cui il soggetto è

immerso è già attraversato da tensioni conflittuali. Come abbiamo visto questo universo risulta strutturante per l'interiorità attraverso la concretezza emotiva delle relazioni precoci del soggetto; si viene così a costituire un vero e proprio *sistema simbolico-relazionale* – in cui il soggetto vive e sul quale plasmerà il proprio “interno” – che è portatore di specifiche “rappresentazioni del conflitto”. Queste ultime sono espressione di istanze personali conflittuali e di forze contrastanti presenti all'interno del campo culturale, nondimeno esigono una risoluzione in grado di confermare l'ordine culturale che esse stesse mettono in discussione. Da ciò deriva l'ambiguità costitutiva delle metafore dell'interiorità sofferente, le quali rappresentano luoghi di elaborazione conflittuale di problematiche individuali e sociali. Il loro valore terapeutico è almeno ugualmente distribuito tra la possibilità di avere uno spazio in cui esprimere istanze “vietate”, che il soggetto stesso avverte come vietate, e la sicurezza di poterle controllare attraverso un dispositivo culturale che rimette ordine nel proprio “interno”.

Come si vede le tre cornici terapeutiche individuate sono state in questa fase esaminate “alla pari”, per così dire, nella convinzione che la dimensione psico-antropologica qui descritta le accomuni e che buona parte della loro efficacia dipenda dalla capacità di attivare i meccanismi di guarigione qui discussi. In ultima analisi questi consentono – e in un certo senso vi costringono – di collocarsi in una trama relazionale in cui esperienze individuali e rapporti interpersonali sono intessuti secondo un ordito socioculturale. È questa dimensione comune che consente i passaggi e gli scambi tra le tre configurazioni culturali descritte che abbiamo visto all'opera nel resoconto dei casi. Ed è proprio su questa dimensione comune che dobbiamo continuare ad interrogarci come ricercatori e terapeuti.

Note

⁽¹⁾ Vedi, su tale culto terapeutico, studiato da Giuseppe Cardamone e Pino Schirripa, in particolare CARDAMONE G. - SCHIRRIPIA P. 1990.

⁽²⁾ Vedi, a tale proposito, STENGERS I. 1996 [1995].

⁽³⁾ Si tratta di una caratteristica, quella dell'ambivalenza, della sostanza che può donare la guarigione ma anche dare la morte, in cui, del resto, il *pharmakon* riscopre la sua ambivalenza originaria in quanto rimedio con valenze magico-esoteriche, anzi potente proprio in virtù di queste.

⁽⁴⁾ Cfr. a tale proposito la posizione di SONTAG S. 1992 [1977], la quale invece sostiene che l'apparato metaforico accompagna la malattia soltanto fintantoché non diventano perfettamente chiari e padroneggiabili i suoi meccanismi etiopatogenetici e di conseguenza la sua terapia.

- ⁽⁵⁾ Cfr., su tale aspetto, SEPELLI T. (curatore) 1989.
- ⁽⁶⁾ Tale parte della ricerca è stata svolta in collaborazione con Augusto Ferraiuolo (DE MICCO V. - FERRAIUOLO A. 1998).
- ⁽⁷⁾ Attualmente però, in alcuni casi specifici, il sacerdote può dare l'assoluzione, mentre fino a poco tempo fa ciò era impossibile.
- ⁽⁸⁾ Con questa espressione, come si ricorderà, André Gide indicava una visione in profondità, come quando, in araldica, si ha la raffigurazione di uno scudo contenente a sua volta un altro scudo e così via, o come in letteratura gli esempi di teatro nel teatro, di racconto nel racconto. L' "abisso" può essere considerato una sequenza-modello che riproduce su scala ridotta l'intera vicenda. Tale espressione viene qui utilizzata per indicare quella sorta di reduplicazione speculare che si può individuare tra realtà psicologica e realtà antropologica, in cui la realtà psicologica può essere considerata come una sequenza-modello che riproduce su scala ridotta l'intero milieu antropologico.
- ⁽⁹⁾ Cfr., a tale proposito, WINNICOTT D. W. 1974 [1971]; vedi inoltre NATHAN T. 1990 [1986].

Bibliografia

- AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori) (1986 [1984]), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, ediz. italiana a cura di Francesco Maiello, traduz. dal francese di Annick WOUTERS - Lietta FERRI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1984].
- CARDAMONE Giuseppe - SCHIRRIPA Pino (1990), *Lo scoglio e la salvezza: un culto terapeutico in Calabria*, "Daedalus", n. 4, gennaio-giugno 1990, pp.127-145.
- CHARUTY Giordana (1992), *Anthropologie e psychanalyse. Le dialogue inachevé*, pp. 75-115, in ALTHABE Gérard - FABRE Daniel - LENCLUD Gérard (curatori), *Vers une ethnologie du présent*, Éditions de la Maison de Sciences de l'Homme, Paris.
- CORIN Ellen - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- DE CERTÉAU Michel (1970), *La possession de Loudun*, Gallimard, Paris.
- DE MARTINO Ernesto (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano.
- DE MICCO Virginia (1996), *Psicoanalisi: un sapere che sostiene l'esistenza?*, in LOCH Wolfgang, *Psicoanalisi e verità. Le prospettive della psicoanalisi*, traduz. dal tedesco e cura di Virginia DE MICCO, Borla, Roma [ediz. orig.: *Perspektiven der psychoanalyse*, Hirzel Verlag, Stuttgart, 1986].
- DE MICCO Virginia (1999), *Psicoanalisi e cultura: le tracce di un impensato*, in ASSOUN Paul-Laurent, *Freud e le scienze sociali. Psicoanalisi e teoria della cultura*, traduz. dal francese e cura di Virginia DE MICCO, Borla, Roma [ediz. orig. *Freud et les sciences sociales. Psychanalyse et théorie de la culture*, Armand Colin Editeur, Paris, 1993].
- DE MICCO Virginia - FERRAIUOLO Augusto (1998), "Le vie del Signore". *Esorcismo cattolico e possessione diabolica tra crisi individuali e strategie collettive*, "Storia, Sociologia e Scienze del Linguaggio", n. 3, 1998, pp. 97-104.
- DEVEREUX Georges (1984 [1967]), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, Roma [ediz. orig. *From anxiety to method in the behavioral sciences*, Mouton, The Hague - Paris, 1967].
- DEVEREUX Georges (1978 [1973]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma [ediz. orig.: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1973].
- FAVRET-SAADA Jeanne (1977), *Les mots, la mort, les sorts: la sorcellerie dans le Bocage*, Presses Universitaires de France, Paris.

- FOUCAULT Michel (1969 [1963]), *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, traduz. dal francese di Alessandro FONTANA, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris].
- FOUCAULT Michel (1978 [1966]), *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, Rizzoli, Milano [ediz. orig.: *Les mots et les choses*, Gallimard, Paris, 1966]
- GALLINI Clara (1983), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano.
- GEERTZ Clifford (1987 [1973]), *Interpretazione di culture*, traduz. di Eleonora Bona, introduz. di Francesco Remotti, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York, 1973].
- INGLESE Salvatore F. (1993), *L'inquieta alleanza tra psicopatologia e antropologia*, "I Fogli di ORISS", n. 1, 1993, pp. 34-62.
- KIRMAYER Lawrence J. (1993), *Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbol revisited*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 17, n. 2, 1993, pp. 161-195.
- KLEINMAN Arthur (1986), *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*, The Free Press, New York - London.
- KLEINMAN Arthur (1988), *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- LANTERNARI Vittorio (1994), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. I, Liguori, Napoli.
- LAPLANTINE Françoise (1986), *Anthropologie de la maladie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- LIONETTI Roberto (curatore) (1988), *Letnopsichiatria*, "La Ricerca Folklorica", n. 17, aprile 1988, pp. 3-79.
- LOCK Margaret- GORDON Deborah (curatori) (1988), *Biomedicine examined*, Kluwer, Dordrecht.
- LOMBARDI SATRIANI Luigi (1994), *La stanza degli specchi*, Meltemi, Roma.
- MÉTRAUX Alfred (1955), *La comédie rituelle dans la possession*, "Diogène", n. 11, luglio 1955, pp. 26-49.
- NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, Firenze [ediz. orig.: *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
- NATHAN Tobie (1996 [1993]), *Principi di etnopsicoanalisi*, traduz. dal francese di Salvatore Inglese, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, Éditions La Pensée Sauvage, Paris, 1993].
- OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre, *Possession, affliction et folie: les ruses de la thérapisation*, "L'Homme. Revue française d'anthropologie", anno XXXIV, 3, n. 131, luglio-settembre 1994, pp. 7-27.
- PANDOLFI Mariella (1991), *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*, Franco Angeli, Milano.
- PIZZA Giovanni, *Sulla "possessione europea"*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 261-286.
- RICOEUR Paul (1969), *Le conflit de l'interprétation: essais d'herméneutique*, Éditions du Seuil, Paris.
- ROMANO Franca (1987), *Guaritrici, veggenti, esorcisti*, Gangemi, Roma - Reggio Calabria, 1987.
- SEPPILLI Tullio (curatore) (1989), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicina e magia*, Electa, Milano.
- SONTAG Susan (1992 [1977]), *Malattia come metafora*, traduz. dall'inglese, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Illness as metaphor*, Farrar Straus and Giroux, New York, 1977].
- STENGERS Isabelle (1996 [1995]), *Il medico e il ciarlatano*, pp. 104-144, in NATHAN Tobie - STENGERS Isabelle, *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996 [ediz. orig.: *Médecins et sorciers. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. Le médecin et le charlatan*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 1995].
- TALAMONTI Adelina (1991), *Lesorcismo cattolico ufficiale come terapia rituale: prime riflessioni su una ricerca in corso a Roma*, pp. 129-138, in LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demoantropologica. I, "Storia e Medicina Popolare"*, vol. IX, n. 2-3, maggio-dicembre 1991.

TALAMONTI Adelina (1998), *La produzione rituale della possessione e del ruolo di posseduta nell'esorcismo cattolico*, pp. 239-268, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori. II vol.*, Liguori, Napoli.

YOUNG Allan (1997), *Modi del ragionare e antropologia della medicina*, "AM. Rivista della società italiana di antropologia medica", n. 3-4, ottobre 1997, pp. 11-27.

WINNICOTT Donald W. (1974 [1971]), *Gioco e realtà*, traduz. dall'inglese di Giorgio ADAMO - Renata GADDINI, Armando Editore, Roma [ediz. orig.: *Playing and reality*, Tavistock Publications, London, 1971].

ZEMPLENI Andras (1973), *Pouvoir dans la cure, pouvoir social*, "Nouvelle Revue de Psychoanalyse", n. 8, 1973.

Scheda sull'Autore

Virginia De Micco, nata a Napoli il 6 marzo 1963, si è laureata in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di Napoli "Federico II" e presso la stessa Università ha conseguito la specializzazione in Psichiatria. Nel 1997 ha conseguito il D.E.A. in Anthropologie sociale et ethnologie all'École des hautes études en sciences sociales (EHESS, Paris; direttore di ricerca: Marc Augé). Attualmente sta svolgendo il dottorato di ricerca in Anthropologie sociale et ethnologie presso l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS, Paris; direttore di ricerca: Marc Augé) con un lavoro di ricerca su *Le secret de la guérison. Dimensions symboliques du pouvoir thérapeutique*. È dirigente medico psichiatra presso il Dipartimento di salute mentale dell'Azienda sanitaria locale 1 (Caserta) della Regione Campania. È membro della Società italiana di antropologia medica (SIAM), dell'Associazione italiana per le scienze etnoantropologiche (AISEA) e dell'Organizzazione interdisciplinare sviluppo salute (ORISS).

Si occupa di psicopatologia dell'emigrazione, funzionamento dei setting terapeutici tradizionali, storia della psichiatria, narratologia e psicoanalisi.

Fra le sue pubblicazioni: ha tradotto dal tedesco e curato il volume di Michele Riso - Wolfgang Böker, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, a cura di Vittorio Lanternari - Virginia De Micco - Giuseppe Cardamone, Liguori, Napoli, 1992, in cui è contenuto il saggio di Virginia De Micco e Giuseppe Cardamone, *Le ragioni antropologiche della ricerca psichiatrica: il caso Verhexungswahn* / ha curato in collaborazione con P. Martelli il volume *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, Liguori, Napoli, 1993, in cui è contenuto il suo saggio *Passaggi di confine. Percorsi migratori, sofferenza psichica, strumenti antropologici* / ha curato e tradotto dal tedesco il volume di W. Loch, *Psicoanalisi e verità. Le prospettive della psicoanalisi*, Borla, Roma, 1996, in cui è contenuto il suo saggio *Psicoanalisi: un sapere che sostiene l'esistenza?* / ha curato e tradotto dal francese il libro di P. L. Assoun, *Freud e le scienze sociali. Psicoanalisi e teoria della cultura*, Borla, Roma, 1999, in cui è contenuto il suo saggio *Psicoanalisi e cultura: le tracce di un impensato*.

Tra gli altri suoi lavori: in collaborazione con G. Cardamone *Il corpo che migra. Soggetto, malattia, immigrazione*, in M. Maciotti (curatore), *Per una società multiculturale*, Liguori, Napoli, 1991 / *Emigrazione e nostalgia. Passi a piedi e passi a memoria*, in A. Dama - T. Esposito - T. Arcella (curatori), *Cultura, malattia, immigrazione*, Pomigliano d'Arco, 1991 / *Il contributo dell'antropologia medica allo studio della psicopatologia dell'emigrazione*, "Psicomedi", anno I, n. 2, 1992 / *Transiti. Una prospettiva antropologica in tema di migrazione e salute mentale*, "Ossimori", anno I, n. 1, 1992 / *Variazioni sul tema della Melanconia*, "L'Indice dei Libri del Mese", gennaio 1993 / *Etnopsichiatria. Cronache da una disciplina di confine*, "Materiali per lo Studio della Cultura Folklorica", anno IV, n. 7-8, 1992-1993 / *Itinerari terapeutici in un contesto antropologico in trasformazione*, "Etnoantropologia", n. 3-4, 1995 / *Cronache dal ghetto e dintorni. L'immigrazione nel casertano: aspetti sociopsichiatrici ed antropologici*, "Inventario di Psichiatria", anno III, n. 14-15, dicembre 1994 / in collaborazione con Augusto Ferraiuolo, "Le vie del signore". *Esorcismo e possessione diabolica tra crisi individuali e strategie collettive*, "Storia, Sociologia e Scienze del Linguaggio", n. 3, 1998 / *Cesare Lombroso: un caso italiano*, "Ossimori", n. 8, 1997 / *L'inquietta alleanza tra antropologi e terapeuti*, "L'Indice dei Libri del Mese", anno XV, n. 2, febbraio 1998 / *Ripensare il tarantismo o l'isteria? Note sull'articolo di Mila Busoni su "Tarantismo: fenomeno religioso minore o orizzonte culturale di riscatto della presenza?"*, "Ossimori", n. 9-10, 1997-1998 / *Stretteie per l'antropologia*, "L'Indice dei Libri del Mese", anno XVI, n. 2, febbraio 1999.

Riassunto

Malattia, maleficio, possessione. Metafore per un'interiorità sofferente

Questo studio nasce da una ricerca sul campo svoltasi in una vasta zona della Campania settentrionale, che aveva lo scopo di analizzare i modi di manifestarsi e di prendersi cura del "disagio interiore". In quest'area, investita da un profondo processo di trasformazione culturale, sono state individuate tre grandi agenzie terapeutiche, rappresentate dalle istituzioni medico-psichiatriche, dai guaritori tradizionali e dai preti esorcisti. Ad esse corrispondono altrettante configurazioni culturali: la malattia, il maleficio e la possessione, che rappresentano classi concettuali e semantiche attraverso le quali i momenti critici dell'esistenza individuale vengono percepiti, interpretati e classificati. La ricerca si avvale di una metodologia interdisciplinare – etnopsichiatrica e demoantropologica – in cui la rilevazione etnografica sul terreno si affianca all'uso di competenze psicologico-relazionali. Lo scopo principale è quello di indagare sulle dimensioni simboliche del potere terapeutico e sulle ragioni antropologiche dell'efficacia terapeutica attraverso l'analisi della capacità *culturale* di riavviare quel processo di metaforizzazione dell'interiorità che risulta *psichicamente* indispensabile.

Résumé

Maladie, maléfice, possession. Métaphores pour une intériorité souffrante

Cette étude naît d'une recherche qu'on a développée dans une vaste zone du midi d'Italie, aux limites entre les régions Lazio, Campania et Molise. Son but était celui d'analyser les façons de se manifester du "malaise intérieur" et d'étudier les moyens pour le soigner. On a individué dans cette aire, où on assiste à un profond processus de transformation culturelle, trois grandes agences thérapeutiques, représentées par les institutions médico-psychiatriques, par les guérisseurs traditionnels et par les prêtres exorcistes. A ces agences correspondent d'autant de configurations culturelles: la maladie, le maléfice et la possession, qui représentent des classes conceptuelles et sémantiques grâce auxquelles on peut percevoir, interpréter et classer les moments critiques de l'existence individuelle. Cette recherche utilise une méthodologie interdisciplinaire – ethnopsychiatrique et demoantropologique – dans laquelle le relèvement ethnographique sur le terrain s'adjoint à l'usage de compétences psychologico-relationnelles. Le but principal est celui d'examiner les raisons anthropologiques de l'efficacité thérapeutique et les dimensions symboliques du pouvoir thérapeutique.

Resumen

Enfermedad, maleficio, posesión. Metáforas para una interioridad doliente

Este estudio nace de una investigación realizada en campo, en una vasta zona de la Campania septentrional, cuyo objetivo era el de analizar los modos de manifestarse y de curar el "sufrimiento interior". En este sector, objeto de un profundo proceso de transformación cultural, han sido individualizados tres grandes ámbitos terapéuticos, representados por las instituciones médico-psiquiátricas, los curanderos tradicionales y los sacerdotes exorcistas. A ellos corresponden sendas configuraciones culturales: la enfermedad, el maleficio y la posesión, que representan clases conceptuales y semánticas a través de las cuales son percibidos, interpretados y clasificados los momentos críticos de la existencia individual. La investigación se vale de una metodología interdisciplinaria – etnopsiquiátrica y demoantropológica – que conjuga el relevamiento etnográfico sobre el terreno con el uso de competencias psicológico-relacionales. El objetivo principal es el de indagar sobre las dimensiones simbólicas del poder terapéutico y sobre las razones antropológicas de la eficacia terapéutica, a través del análisis de la capacidad *cultural* de reiniciar aquél proceso de metaforización de la interioridad que resulta *psíquicamente* indispensable.

Abstract

Illness, witchcraft and possession: metaphors for an “internal suffering”

This work is the result of fieldwork carried out in a large area of Southern Italy (Northern Campania), with the aim to investigate the ways in which the “internal suffering” is expressed and treated. In this area, invested by a deep process of cultural transformation, we identified three kinds of therapeutical resources: mental health services, traditional healers and exorcist priests, each one corresponding to as many cultural configurations like illness, witchcraft and possession, which are conceptual and semantic category through which the critical moments of an individual existence are perceived, interpreted and classified. An interdisciplinary methodology – ethno-psychiatric and ethno-anthropological – has been used, combining the ethnographical fieldwork with psychological-relational competences. The aim is to investigate towards the symbolic dimensions of therapeutical power and towards the anthropological interpretations of therapeutical efficacy: we therefore analyze the *cultural* ability to reactivate that *psychically* indispensable process of internal metaphorization.