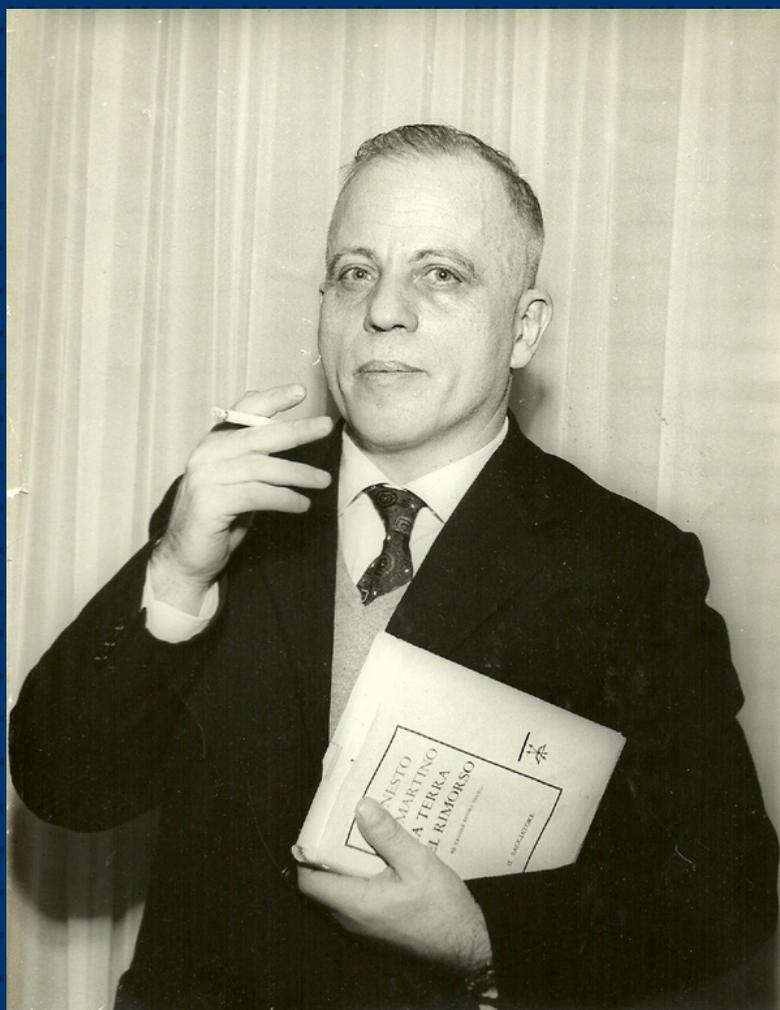


AMM



54 / dicembre 2022

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

1961: Ernesto de Martino (1908-1965) alla presentazione del suo libro *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Il Saggiatore, Milano 1961.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

54

dicembre 2022
December 2022



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli

Indice Contents



n. 54, dicembre 2022

n. 54, December 2022

Editoriale

- 9 Giovanni Pizza
AM 54 e il ritorno della sezione monografica
AM 54 and the Return of the Monographic Section

Sezione monografica

- 11 Roberto Beneduce, Giovanni Pizza
“1961 (e dintorni)”: un tempo-cerniera.
Premessa alla sezione monografica
“1961 (and surroundings)”: a time-hinge.
Introduction to the monographic section
- 21 Roberto Beneduce
Frantz Fanon: curare la Storia, disalienare il futuro
Frantz Fanon. Healing History;
Disalienating the Future
- 71 Didier Fassin
L’Histoire de la folie et ses doubles
History of Madness and Its Doubles
- 87 Giovanni Pizza
La formula strutturale dell’équipe.
La terra del rimorso oggi e il metodo etnografico di
Ernesto de Martino
The Structural Formula of the Team.
The Land of Remorse Today and Ernesto de Martino’s
Ethnographic Methodology
- 111 Massimiliano Minelli
Asylum 61. Follia, istituzioni, scritture
Asylum 61. Madness, Institutions, Writings
- 145 Pino Schirripa
La grande festa e i Movimenti religiosi,
una prospettiva materialista nell’antropologia religiosa
The Great Feast and The Religion of the Oppressed,
a Materialist Perspective in the Anthropology of
Religions

Saggi

- 163 Chiara Moretti
Persona, corpo e malattia.
Il contributo dell’antropologia medica allo sviluppo
di una medicina critica e autoriflessiva
The Individual, the Body and the Disease.
The Contribution of Medical Anthropology
to the Development of a Critical and Self-Reflexive
Medicine

- Saggi*
- 179 Rita Finco, Raúl Zecca Castel
*Il dispositivo etnoclinico del Centro Fo.R.Me.
 Tra storia, teoria e metodo
 The Ethnoclinical Device at Centro Fo.R.Me.
 Between History, Theory and Method*
- Ricerche*
- 207 Ylenia Baldanza, Marco Bacchella
*Traiettorie di genere. Legittimazione dell'identità trans
 tra istituzione biomedica e autocura
 Gender Trajectories. Legitimation of Trans Identity
 between Biomedical Institution and
 Self-Medication*
- 241 Daniela Crocetti, Laura Palareti
*"Why is it that, more often than not, docs and nurses
 haven't even heard of us?".
 Women and Bleeding Disorders in Italy
 "Perché, il più delle volte, i medici e gli infermieri
 non hanno nemmeno sentito parlare di noi?".
 Donne e malattie emorragiche in Italia*
- 271 Federico Divino
*Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia
 nella medicina buddhista
 Some Notes on the Conception of Body and 'Disease'
 in Buddhist Medicine*
- Note, interventi,
 rassegne*
- 299 Donatella Cozzi
*«Trasumanar e organizzar».
 Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria
 di comunità in Umbria di Francesco Scotti
 «Trasumanar e organizzar». Birth and Evolution of a
 Community Psychiatry in Umbria by Francesco Scotti*
- 327 Fabio Dei
*Etnografie pandemiche
 Pandemic Ethnographies*
- Recensioni*
- Francesco Diodati, *La demenza e l'imperativo
 della prevenzione / Dementia and the Imperative
 of Prevention* [Annette Leibing, Silke Schicktanz
 (a cura di), *Preventing Dementia? Critical Perspectives
 on a New Paradigm of Preparing for Old Age*],
 p. 345 • Corinna S. Guerzoni, *Part(or)ire altrove / Give
 Birth Elsewhere* [Chiara Quagliariello, *L'isola dove
 non si nasce. Lampedusa tra esperienze procreative,
 genere e migrazioni*], p. 353 • Giovanni Pizza, *Di là
 dal corpo / Beyond the Body* [Sara Cassandra,
*La solitudine del cruciverba incompiuto. Storie
 di tranelli linguistici e disturbi psicosemantici*],
 p. 358 • Giovanni Pizza, *Politica, poesia e
 pandemia / Politics, Poetry and the Pandemic*
 [Gabriele Frasca, *Lettere a Valentinov*], p. 363 •
 Viviana L. Toro Matuk, *Struttura biopolitica e
 paradigma immunitario / Biopolitical Structure and
 Immune Paradigm* [Roberto Esposito, *Immunità
 comune. Biopolitica all'epoca della pandemia*], p. 370.

Editoriale

AM 54 e il ritorno della sezione monografica

Giovanni Pizza

Università di Perugia

[giovanni.pizza@unipg.it]

Care Lettrici e Cari Lettori,

con questo numero 54 di AM torniamo alle sezioni monografiche. Per la cura di Roberto Beneduce e mia ne produciamo una che celebra l'anno 1961.

Si vuole così ricordare un periodo importante che, a cavallo tra gli anni Cinquanta e i Sessanta del secolo scorso, ha visto il declino del colonialismo e l'avvio, fin da subito intenso, del fenomeno postcoloniale e decoloniale.

Il discorso "postcoloniale" ci sembra fondamentale anche per l'antropologia medica. Esso cerca di andare ben oltre la Grande Separazione della salute, quel *Great Divide* tra l'Occidente e gli Altri che a lungo aveva caratterizzato anche tale branca di studi (che, per esempio, in precedenza non teneva conto delle ineguaglianze). Si cominciano a decostruire tematiche e relazioni importanti, tra le quali malessere, potere, identità. In antropologia medica è il tema del corpo e della follia ad essere esplorato attraverso lo studio di altre culture e/o di dislivelli interni alla cultura occidentale nel tempo e nello spazio, cioè sia nella profondità storica sia nel comparativismo geografico.

In tale quadro generale, abbiamo chiesto una riflessione a studiosi e ricercatori esperti, italiani e no, per rievocare quel periodo e le sue promesse. Tutti lo hanno interrogato alla luce del presente.

AM, però, non finisce qui.

Vi è una sezione non monografica con due saggi, di cui uno complementare a uno scritto che apparirà nel numero successivo, tre ricerche, due

note (una sul nostro fondatore e il suo amore per le questioni della salute mentale e un'altra sull'antropologia della pandemia da Covid-19) e infine cinque recensioni.

Questo è quanto siamo riusciti a fare per questo numero 54.

A Voi un caro saluto e un duplice augurio di buona lettura e di sereno giudizio.

Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista

Federico Divino

Università degli Studi di Bergamo
[federico.divino@unibg.it]

Abstract

Some Notes on the Conception of Body and 'Disease' in Buddhist Medicine.

The purpose of the article is to outline an introduction to the medical conception of Buddhism through the anthropological interpretation. Our investigation will focus on the analysis of the concept of “disease” and “suffering” in Buddhism, bearing in mind that they are the very basis of Buddhist thought and, similarly, also of its modern outcomes such as mindfulness.

Keywords: buddhism, disease, medical anthropology, dukkha, yoga

Introduzione

Nel presente articolo intendo analizzare i rapporti tra buddhismo e medicina o, più precisamente, tra buddhismo e pensiero medico, il che include la sua peculiare concezione della malattia ed il ruolo che la “terapia” svolge nel pensiero buddhista fin dall’antichità¹. Un ruolo che, come vedremo, ha lasciato un’impronta indelebile e tutt’ora percepibile nelle forme più moderne della pratica buddhista, la quale si dimostra di interesse centrale per l’Antropologia Medica, considerando il ruolo di primo piano che ad oggi ricopre nel mondo clinico, a seguito di un processo caratteristico di transculturazione che ha portato la biomedicina ad “appropriarsi”, a suo modo, della meditazione, traslata e riadattata nella *mindfulness* e nelle sue sempre più rigide forme cliniche protocollate al pari di una psicoterapia (DE SILVA 2014). Il buddhismo riveste però un ruolo di primo piano anche nella definizione dello yoga e dell’āyurveda, due pratiche altrettanto presenti nel panorama delle medicine *folk* o tradizionali che attirano l’interesse degli “occidentali”, ma che ambiscono, come la *mindfulness*, ad ottenere un forte riconoscimento da parte dei *professionals*, tale da diventare a pieno titolo

“pratiche cliniche”. Per lo yoga tale scoglio sembra prossimo al superamento, mentre l’āyurveda è oggetto di maggiori discussioni (HANKEY 2005).

Quello tra buddhismo e medicina è un rapporto peculiare, per certi aspetti la medicina riveste un ruolo più che privilegiato nel pensiero buddhista. Certamente, è d’uopo una definizione preliminare dell’idea stessa di medicina nel mondo buddhista. Del resto, «sarebbe più esatto vedere nel Buddha una specie di medico che si preoccupa del benessere esistenziale e della salute mentale dei suoi simili» (DUBUISSON 2007: 97). Non sarebbe per nulla scorretto azzardarci ad affermare che la concezione medica stessa sia fondamento e cardine del pensiero buddhista.

Medicine is a common concern in even the earliest extant Buddhist texts from India. This includes both the Pāli Canon, which first began to be written down in the first century BCE (though ostensibly based on an earlier oral tradition), as well as Sanskrit manuscripts from the early Common Era. The monastic codes of the early Indian schools, for example, contain entire sections dedicated to the medical procedures that were allowed and prohibited for the monastic community (SALGUERO 2015: 37).

Come detto all’inizio, il nostro scopo è delineare il rapporto tra buddhismo e Medicina, ma anche dare una forma alla concezione della salute e della malattia che pertiene al pensiero buddhista e che, presumibilmente, ritroviamo nei suoi esiti moderni².

Il Buddha aveva un medico personale, il quale è menzionato in più occasioni negli episodi descritti nel canone pāli. Questa figura è per certi aspetti leggendaria, e viene anche menzionata nell’ottavo capitolo del *Mahāvagga*. Si narra che il Buddha si ammalò di uno squilibrio umorale (*kāya dosābhisanna*); il suo medico personale, Jīvaka Komārabhacca, applicò al corpo del Buddha degli unguenti terapeutici e gli somministrò un purgante (*virecana*) a base di fiori di loto. Dopo aver ripetuto l’operazione per le volte necessarie, il medico consigliò al Buddha di bere un brodo preparato col cibo delle offerte (*yūsapiṇḍa*). Possiamo ritenere questo tipo di terapia come una forma emetica (*vamana*) di trattamento, visto che lo scopo è quello di rimuovere le impurità dal corpo. Questo episodio, oltre ad essere un’ulteriore testimonianza del legame tra buddhismo e medicina, sembra enfatizzare la figura di Jīvaka, la cui potenza è tale da «heal even the Buddha by means of a magical cure involving the inhalation of the fragrance of lotuses, plants nearly always associated with important personages in India» (ZYSK 1995: 147). Queste, lungi dall’essere rappresentazioni, sono per Zysk la prima testimonianza di terapie āyurvediche applicate, come la preparazione del farmaco (*pūrvakarman*), la purificazione (*pañcakarman*) e la purificazione finale (*puṣcatkarman*). Già da questa attestazione, che dobbiamo ritenere dunque antica, emerge una teoria degli umori strutturata, come anche la possibilità che

essi si “inquinino”. Nonostante tutto, Jīvaka era un laico, seppur devoto al Buddha (CROSBY 2020: 146). La presenza di questo medico, dunque, che sia mitologica o reale, segnala certamente una determinata importanza che il buddhismo dava alla medicina. Invero, le somiglianze tra āyurveda e pratiche mediche citate nei testi buddhisti antichi sono numerose, a cominciare dall’attenzione riposta nell’alimentazione adeguata (ZYSK 1991: 41).

Nāgārjuna, una delle personalità più importanti del buddhismo, è stato sia filosofo che medico; sistematizzatore e riformatore della iatrochimica āyurvedica attraverso una catalogazione delle erbe medicinali (NINIVAGGI 2002: 39). Anche se alcuni sospettano che si tratti – il filosofo ed il medico – di due figure distinte ed omonime (WUJASTYK 1998: 104), basterebbe l’associazione tra i due Nāgārjuna a testimoniare un legame ancora forte tra buddhismo e medicina³. Essendo una storia millenaria, ci occuperemo della concezione medica buddhista solo nel suo rapporto tra antichità e modernità.

Giungiamo infine ai rapporti tra buddhismo e medicina nella modernità, non solo in India e nelle moderne costruzioni (e ricostruzioni) culturali atte a forgiare immagini di un’antica ed impreziosita tradizione da presentare al mondo, ma anche in “Occidente”, o almeno in ciò che siamo soliti chiamare tale, in cui si intrecciano rapporti e scambi transculturali che portano il buddhismo a bussare alle porte della biomedicina⁴.

L’India medica

Bronkhorst individua nel Magadha antico una regione abitata da genti di tradizione probabilmente non-vedica o che generalmente non godevano di buona reputazione presso i Brāhmaṇa. Questa regione era considerata inizialmente al di fuori dei limiti della āryāvarta, e vi venne poi inclusa all’inizio dell’era cristiana: «[it] was not part of the land which the Brahmins considered their own during the Vedic period» (2007: 9). Quest’area presenterebbe una cultura peculiare, che Bronkhorst usa per giustificare la sua presunta floridità sul piano filosofico-religioso. In particolare, vi individua alcune «features» caratteristiche (*ivi*: 15): la credenza nella metempsicosi e nella moralità delle azioni (retribuzione karmica), l’uso di tumuli funerari e una conoscenza medica di tipo empirico. Curioso che non includa tra queste caratteristiche anche l’ascetismo, che notoriamente era percepito come un elemento estraneo ed avverso ai Brāhmaṇa, e che piuttosto è parte fondamentale del buddhismo come del jainismo. V’è altresì una differenza fondamentale: il jainismo attribuisce all’origine della sofferenza la semplice azione (āraṃbha), e la liberazione è dunque la cessazione dell’attività stessa, al fine

di non alimentare più la vita terrena. In questo contesto, la meditazione è considerata pura (*sukkajjhāna*) se riesce a ridurre l'attività fino alla sua cessazione (*ivi*: 22). Il buddhismo invece possiede una concezione ben diversa. Innanzitutto il suo pensiero è concentrato sul malessere (*dukkha*): termine di difficile traduzione in quanto composto di *duṣ* “male” e *sthā* stare, opposto a *sukha*, il benessere, la gioia. Come rilevano i filologi, la traduzione di *dukkha* è alquanto difficile, poiché non indica una generica sofferenza, ma un diffuso malessere, un disagio, una afflizione complessiva. Il buddhismo è costruito attorno a questo semplice concetto, di cui fornisce una elaborata riflessione. L'origine del malessere è identificata, in sintesi, nell'ignoranza (*avijjā*), da cui sono descritte derivare, in sofisticate analisi sulla generazione delle cognizioni e delle abitudini, tutte le problematiche umane. In una successiva elaborazione, l'ignoranza è identificata come *moha*, ed è parte di una triade di “veleni” assieme all'attaccamento (*lobha* o *rāga*) e all'odio (*dosa* o sanscrito *dveṣa*). Ancora una volta, con la metafora dei veleni, il buddhismo si propone come terapia al male umano.

Le Quattro Nobili verità, base filosofica di tutto il pensiero buddhista, sono chiaramente un modello diagnostico applicato (WEGELA 2013: 25). Ma questo aspetto, sebbene il più noto, è spesso anche il meno interessante per il nostro discorso⁵. La scelta terminologica è infatti interessante quanto quella metodologica. Un termine ampiamente usato nel buddhismo è *lakkhana* (sanscrito: *lakṣaṇa*), ossia “caratteristica”. Una filosofia interessata all'indagine minuziosa della realtà ovviamente fa di questo termine un uso massivo. Tuttavia, come Friedlander ha fatto notare, il termine *lakṣaṇa* è inizialmente un tecnicismo medico, ed indica precisamente il “sintomo” (FRIEDLANDER 2010: 55). La scelta non è casuale. Il buddhismo ritiene che la sofferenza umana sia come una malattia: vi sono specifiche cause e condizioni che ci portano al disagio (*dukkha*), e per questo il disagio può essere curato con una “terapia”. Allo stesso modo, Friedlander avanza l'ipotesi di una correlazione tra la teoria medica dei tre umori e quella dei “tre veleni” del buddhismo (*ivi*: 58).

Una certa attenzione alla fisiologia è sicuramente molto antica, e strettamente correlata all'idea di energia vitale. Lo yoga moderno ha conservato la credenza nelle *nāḍī*, ossia i canali che trasportano per tutto il corpo detta forza vitale. Questa funzione appare già nelle *Upaniṣad* più antiche (MALLINSON *et al.* 2017: 172), mentre l'energia vitale (*prāṇa*) è menzionata già nel *R̥g Veda* (*ivi*: 173). La *Kaṭha Upaniṣad* si pensa contenga la prima menzione dello yoga, nella forma di *yukta*. Tuttavia, nonostante queste somiglianze, la medicina āyurvedica parrebbe non avere le sue origini nella tradizione vedica, ma forse, come sostengono Bronkhorst e Zysk, proprio da tradizioni buddhiste, nel cui canone pāli si troverebbero «striking parallels to classical Āyurvedic literature» (BRONKHORST 2007: 56).

Ovviamente, questo fa sentire Bronkhorst maggiormente autorizzato a supporre una natura peculiare del Magadha, da cui crede che derivi anche il buddhismo. La tradizione vedica possiede delle conoscenze mediche proprie, deducibili dalla sua letteratura, ma queste sarebbero troppo diverse da quelle del Magadha o, più precisamente, da quella buddhista⁶.

A questo punto è necessario chiederci *come e perché* si struttura la concezione medica della malattia nel buddhismo. Abbiamo detto che, secondo Zysk, alcune sezioni del *Vinaya* testimoniano una conoscenza medica chiaramente prossima a quella āyurvedica (ZYSK 1995: 146). In particolare, il capitolo sulle medicine (*Bhesajakkhandhaka*) è considerato essere la sezione più antica del *Vinaya* e per questo testimonianza della forma arcaica di medicina usata nelle prime comunità buddhiste. Nella strutturazione della comunità monastica antica la medicina ricopriva un ruolo fondamentale, ma affronteremo questa tematica più avanti.

Quel che è certo è che la medicina non è solamente una comoda metafora nel mondo buddhista, ma anche un'attività pratica. I monaci anticamente erano iniziati alla medicina, e si può dire che i monasteri conservino ancora oggi una tradizione fitoterapica molto antica⁷. Sicuramente, «Buddhists have invariably taken advantage of locally-available pharmaceutical substances, and in certain locations, Buddhist rituals and symbolism were integrated into flourishing local medicinal plant cultures» (SALGUERO 2015: 43).

Crosby conferma che in antichità i monaci buddhisti ricevevano anche una formazione medica (CROSBY 2020: 146), e oltre a questo vi sono prove archeologiche di ospedali situati «in close correspondence with monastic sites in ancient India and Sri Lanka». La meditazione antica, come vedremo, «is applied to medical ends» (*ivi*: 148) laddove le medicine «are created from positive mental states» (*ivi*: 150). Ma la medicina buddhista incrocia anche l'alchimia trasformativa alla tradizione embriologica āyurvedica in una complessa pratica di purificazione cognitiva attraverso l'incorporazione di “segni” linguistici resi manifesti in segni luminosi (*nimitta*) che vengono poi assimilati (*ivi*: 155-157) per portare alla nascita, in un corpo purificato, di un nuovo sé all'interno di sé (*ivi*: 158-161).

Il lessico medico e le concezioni anatomiche usate come metafora nel buddhismo antico abbondano. Si va dalla divisione tripartita degli umori (vedi SN 36.21 dove sono presentati *vāta*, *pitta* e *semhasa*, che possono corrispondere a *vāyu*, *pitta* e *kapha* della tradizione ayurvedica), che, se sbilanciati, costituiscono tre veleni (*tridoṣa*), fino ad arrivare al concetto di energia fisiologica (*cakra*), che scorre attraverso canali specifici (*nāḍī*), e così via.

Per Zysk è quasi certo: «the system of Buddhist monastic medicine and Hindu āyurveda derived from a common source» (1995: 149). Volendo essere più precisi,

Zysk non accetta la lettura tradizionale che vede la medicina indiana come esito della più antica cultura vedica. Essa sarebbe piuttosto figlia delle conoscenze che venivano tramandate nelle comunità di asceti itineranti (śramaṇa), i quali si ponevano inizialmente in modo antagonistico alla norma vedica. Rifiutando il normativismo tipico della casta brāhmaṇica e dunque l'autorità del testo vedico, «these wanderers sought and acquired a variety of useful information of which medicine was a significant component» (*ibidem*). Essendo gli śramaṇa nient'altro che il nome con cui anticamente venivano identificati i buddhisti, e solo successivamente applicato anche ad altre culture radicate nella pratica ascetica⁸, viene qui a riconfermarsi il legame tra la nascita del buddhismo e la stessa pratica medica, evolutosi poi in una concezione sulla salute e la malattia alla base stessa del pensiero buddhista.

Medicina tra Grecia e India

Stando a quanto riporta Bronkhorst, le testimonianze greche circa la cultura ascetica indiana rivelano l'esistenza di almeno un gruppo di asceti brāhmaṇa e due gruppi di śramaṇa. Sull'identificazione di questi ultimi si è molto dibattuto⁹, ma noi ci limiteremo ad analizzare le testimonianze greche per quel che hanno da dirci. Ciò che suscita maggiormente la nostra attenzione è che questi asceti identificati come śramaṇa (in greco *sarmānai* o *samanaíoi*) siano divisi in “abitatori delle foreste” (*hylobioí*) e “medici” (*iatrikoí*). Sul primo gruppo non v'è molto da dire, se non che rispecchia quanto solitamente si tende ad associare alla cultura ascetica non solo in India. Per inciso, il buddhismo conserva una memoria simbolica molto importante che riguarda l'opposizione tra la foresta (*arañña*) ed il villaggio (*gāma*)¹⁰. Addirittura, in MN 121 queste due dimensioni spaziali sono usate per indicare le due distinte percezioni, deplorando quella del villaggio in favore della cognizione della “foresta”.

La percezione dipende dalla convenzione sociale comune, che il Buddha chiamava “la percezione del villaggio” (*gāmasaññā*), traducibile come “percezione della comunità” o anche “percezione degli umani” (*manussasaññā*). Questi “modi di percezione” (*saññāgata*) devono essere intesi come futili. L'unica cosa che rimane dopo la rimozione di queste forme effimere è “l'unità che si basa sulla percezione della pura alterità” (*araññasaññaṃ paṭicca ekattam*). Qui compare il termine *arañña*, la cui importanza può essere compresa solo nella sua opposizione a *loka*. Infatti, se *loka*, il “mondo”, indica l'insieme delle nostre cognizioni ed è una riduzione della totalità, allora ciò che è escluso da questa percezione riduzionista, e che cerchiamo di reinserire (ma senza riuscirci) nelle nostre cognizioni con il termine collettivo di “alterità”, è proprio l'indeterminato, ciò che per Mary

Douglas verrebbe identificato come “impuro”¹¹. Di fatto, l’opposizione tra puro (śauca) ed impuro (aśauca) è ben chiara al pensiero indiano, ed è stata oggetto di un importante studio (OLIVELLE 1998).

L’asceta è colui che solitamente abbandona il villaggio, le sue regole ed i linguaggi codificati, per tornare in contatto con una dimensione più profonda, non mediata dalle costruzioni culturali. Anche per questo è interessante soffermarci sulla seconda categoria, degli *iatrikoí*. Se infatti non deve sorprenderci l’esistenza di abitatori delle foreste, appare invece curioso che gli *iatrikoí*, come riportano le fonti greche, vivessero in città, seppur ai margini, in quanto la loro missione è proprio quella di prestare soccorso ai malati¹².

Alla costituzione di una comunità monastica dotata di regole più strette, le cose cambiano. Come infatti fa notare Salguero, il *vinaya* proibisce di prestare cure mediche a chiunque si trovi al di fuori della comunità (*saṅgha*), ma non per chi vi fa parte (SALGUERO 2015: 37). In riferimento al grande monastero (*mahāvihāra*) di Nālandā, Salguero dice «Sometimes referred to as a monastic university, this institution’s lecture halls and dormitories attracted students from across Asia to learn Buddhism and the so-called ‘Five Sciences’ (*pañcavidya*), which included medicine» (*ivi*: 41). Qui va segnalata un’apparente contraddizione: del Buddha si dice che avversasse i medici e la medicina, in quanto considerava tali pratiche brutali (ZYSK 1991: 27). Eppure il *Mahāvagga* elenca diverse terapie di cui i primi buddhisti si servivano e facevano sicuramente uso non solo per sé stessi. Il *Mahāvagga* si limita a condannare semplicemente quei buddhisti che esercitavano la pratica medica per soldi. Al di là dunque del divieto di poter lucrare su questa attività, il buddhismo antico possedeva una propria tradizione medica accettata, che Zysk ritiene «representative of medical procedures generally prescribed in the early āyurvedic treatises» (*ibidem*).

Tornando alle fonti greche, notiamo che gli *iatrikoí* sono descritti come officianti pratiche curative a base di cereali (*stítia*), e preparati medici (*phármaka*) come unguenti (*epikhrista*) ed impacchi (*kataplásmata*). Rilevante è anche la prescrizione sia di diete che di applicazione di farmaci ad uso esterno; due modalità che Bronkhorst riconduce alla terapia tradizionale (*yuktivyapāśraya*) di matrice āyurvedica (BRONKHORST 2007: 56). Anche i brāhmaṇa sono descritti fare uso di tecniche mediche, ma per Bronkhorst questa medicina, di matrice vedica, è differente. I greci testimoniano come quest’ultima si basi piuttosto sulle arti magiche (*goēteía*), incantesimi (*epōdai*) ed amuleti (*períaptai*), il che per Bronkhorst è sintomo di distanza dalla «empirical and rational medicine of the early Buddhist and Āyurvedic literature» (2007: 58). Tralasciamo qui il giudizio scientifico di Bronkhorst¹³, certamente non di stampo antropologico, e concentriamoci

piuttosto sulla differenza radicale tra i due metodi¹⁴. Riferimenti espliciti all'uso di formule magiche o rituali (*paritta*) atti ad uno scopo terapeutico sono presenti anche nel canone pāli: una nota formula magica di protezione dagli Yakkha è descritta in DN 32. In altri contesti, come in DN 1 sono menzionate diverse pratiche magiche condannate dal Buddha (sezione *Mahāsīla*). Esse fanno quasi tutte parte della magia "aggressiva", atta cioè a nuocere al prossimo, ma riguardano anche aspetti come la geomanzia, il controllo dei serpenti, l'uso di veleni e la divinazione.

Secondo Zysk vi sarebbero prove per sostenere che la conoscenza anatomica nei *Veda* fosse alquanto superficiale (ZYSK 1991: 16). È in Zysk che la ben nota rivalità tra mondo vedico e tradizioni indiane preesistenti all'arrivo degli arii viene declinata in modo netto anche sul piano medico, usata per spiegare le divergenze tra medicina buddhista o ascetica e medicina vedico-brāhmaṇica. Va inoltre considerato che per la tradizione brāhmaṇica un medico è un soggetto controverso, in quanto è in costante contatto con impurità (*ivi*: 23). Le pratiche mediche sono perciò accompagnate da appositi rituali di purificazione. Questa particolare posizione dei medici nell'India antica comporta «that they existed outside the mainstream of society» (*ivi*: 24), un tratto che li accomuna anche con gli asceti, senonché, all'inizio dell'era cristiana, la medicina inizia ad essere inglobata anche dal brāhmaṇesimo, attraverso la scrittura di trattati che ne codificano l'attività. Questo tipo di medicina rimane però sostanzialmente diverso dall'āyurveda. Quest'ultima, come sappiamo, secondo Zysk deve la sua conoscenza alle tradizioni śramaṇiche, buddhismo in primis. Quelli che Zysk chiama "medici asceti" sono parte di tradizioni eterodosse al brāhmaṇesimo, che quando codifica una sua medicina lo fa a partire dai testi vedici, ignorando, fin dove possibile, le tradizioni di coloro che considerava *avaidika*, eretici.

Teorie mediche a confronto

La base della medicina āyurvedica è la cosiddetta teoria dei tre umori (*tridoṣa*), molto simile a quanto troviamo nella medicina ippocratica¹⁵. Nell'āyurveda sono chiamati *vāta* (vento), *pitta* (bile) e *kapha* (flemma). Essi sono presenti nel corpo e contribuiscono alla sua salute. Uno squilibrio umorale si riflette inevitabilmente sugli altri e sulla salute psicofisica. Come abbiamo visto, è alquanto probabile che questa forma sistematizzata abbia origini più antiche. Nel canone pāli si citano diversi episodi che hanno a che fare con la medicina o la fisiologia, ed in un caso famoso riportato in SN 36.21 si citano tre umori (*dosa*): *vāta*, *pitta* e *semha*. Nella loro descrizione appare evidente che si tratti degli stessi umori della teoria āyurvedica. Il termine *semha* per indicare la flemma è possibile che sia legato

al sanscrito śleṣman, che è un equivalente āyurvedico di *kapha* (FRIEDLANDER 2010: 51).

Le fonti āyurvediche affermano due possibili manifestazioni dell'umore ventoso, una mondana (*loka-vāyu*) ed una corporale (*śarira-vāyu*). Il primo è responsabile di grandi movimenti fisici ed astronomici, mentre il secondo lo è per gli umori somatici, inclusi la bile e la flemma. Questi umori sono noti al canone pāli che li inserisce nella classificazione dei sette tipi di tessuti (*dhātu*) somatici: «chyle, blood, flesh, fat, bone, marrow and semen» (*ivi*: 52). Il processo di digestione è una sequenza trasformativa il cui prodotto finale è lo scarto impuro (*mala*). In questo processo è la bile che interviene per trasformare il chilo, prodotto dal cibo, in sangue e poi tessuti somatici: āhāra → *rasa rudhira* → *maṃsa*.

Durante questo processo è guadagnata anche un'essenza definita come "nutriente" (*ojas*), e questa energia alimenta tutto il corpo. Questo processo è un esempio di tanti che se ne potrebbero fare. Il termine centrale che caratterizza tutta la teoria medica in questione è quello di accordo o armonia (*sannipāta*) tra i tre umori e tra gli elementi che prendono parte ad un processo fisiologico.

Secondo Friedlander nella concezione medica che soggiace al buddhismo antico,

Illness was seen as being as basically the result of blockages in the flow of the humors and the elements around the body, and its causes as relating to humors not being in their proper seats in the body, environmental factors, such as climate and diet, and mental factors or divine causes (*ibidem*).

La concezione ippocratica della malattia appare sorprendentemente analoga. In aggiunta a ciò, ogni corpo è composto da unità fondamentali della materia (*paramānu*) che possono presentarsi in quattro configurazioni essenziali, o quattro elementi (*mahābhūta*), correlati a cinque stadi (*mūlabhūta*) che ritroviamo nelle formulazioni filosofiche di numerose tradizioni indiane, tra cui il Sāṃkhya con la sua teoria delle tre qualità (*guṇa*): coscienza (*sattva*), energia espansiva (*rajas*) e inerzia (*tamas*). Questa stretta relazione tra analisi della fisica e della fisiologia che le filosofie più antiche dell'India condividono, aiuta a comprendere la centralità della medicina nel pensiero buddhista. Altrettanto fondamentale è l'assenza totale di una dimensione psichica del buddhismo antico. Dal punto di vista occidentale questa mancanza si riduce o ad un materialismo o ad una forma di primitivismo. In realtà il buddhismo non concepisce la psiche, né il corpo, come mera materia, poiché non riduce i processi psichici a processi fisiologici o viceversa. Si tratta di una concezione totalmente differente e molto complessa: «in early Buddhism the understandings of consciousness and the seats of consciousness were not the same as in modern thought in relation to where consciousness resides in the body. In particular, the idea that the brain is the place where all

mental activity takes place is not found at all» (*ivi*: 53). Questa posizione ci porta ad una differenza con l'āyurveda, dove il *citta* trova precisa dimora nel cuore, assieme alle emozioni, mentre nel buddhismo il *citta* corrisponde alla cognizione (JOHANSSON 1965), la quale è altrettanto legata al processo noetico ed emotivo, ma è anche un nucleo di soggettività temporanea (*ivi*: 169). La teoria cognitiva buddhista prevede un insieme di sei sensi: cinque sono gli stessi della tradizione occidentale, mentre il sesto è il pensiero (*mano*, in sanscrito: *manas*). In questo sistema condiviso sia dalla “medicina” āyurvedica che dalla “psicologia” buddhista, «each sense was conceived of as having its own consciousness» (FRIEDLANDER 2010: 54). I due sistemi utilizzano lo stesso lessico ma a volte fanno riferimento a concetti differenti. Friedlander suggerisce piuttosto che la corrispondenza sia tra *citta* buddhista e ātma āyurvedico, mentre nel buddhismo l'ātman (pāli: *atta*) è considerato un costrutto nominale, un'attribuzione convenzionale che conferisce identità alle cose e alle persone, ma che è effimero e dunque vuoto, non ci parla della verità, delle cose-come-sono realmente (*yathābhūtaṃ*).

Il Corpo

Il corpo è fondamentale nel pensiero buddhista. La meditazione *sati* si incentra come prima fase proprio sull'analisi del corpo (ANĀLAYO 2021), ma la presenza della parola “corpo” (*kāya*) ovviamente non basta di per sé per parlare di centralità del corpo nelle concezioni buddhiste. Le ricerche condotte da Kate Crosby per ricostruire la genesi e le forme arcaiche della pratica meditativa buddhista del cosiddetto buddhismo esoterico sudasiatico, hanno rivelato una stretta correlazione tra queste “pratiche antiche” (*borān kammaṭṭhāna* < **purāṇa karmasthāna*) e le tematiche “mediche” del corpo, della purificazione e delle formule apotropaiche. In particolare, la meditazione esoterica è un intreccio di embriologia e alchimia il cui scopo è la nascita di un nuovo sé illuminato attraverso la purificazione dai propri veleni interiori. Il grembo (*gabha*) è un simbolo ricorrente in queste pratiche meditative, che sembrano prestare non poca attenzione all'anatomia ed al corpo come luogo stesso della pratica. Il grembo, per quanto il termine *gabha* indichi solitamente il luogo in cui cresce un feto, è inteso in questo senso «regardless of the gender of the practitioner» (CROSBY 2020: 30), e la sua importanza deriva dal suo essere lo snodo centrale in cui si incrociano energie e fluidi corporei. Questa forma di alchimia interna presenta somiglianze sorprendenti con le pratiche del *nèiyè* (內業) e del *nèidānshù* (內丹術), che dunque potrebbero aver legami con questa antica meditazione buddhista¹⁶.

Nella *borān* il corpo è soggetto anche a organizzazioni simboliche, laddove la mano destra rappresenta il maschile e la sinistra il femminile. Entrambi i generi sono presenti nel corpo umano, e la rinascita di sé, attraverso il grembo, passa attraverso un vero e proprio viaggio interiore compiuto dalla coscienza del meditante (*ivi*: 31). Fondamentali per questa meditazione sono infatti l'area cardiaca (*haddayavattu*) e dell'ombelico (*nābhi*). Tali aspetti somatici si inseriscono però in una precisa concezione "filosofica" tipica del buddhismo: quella della forma, o materia, come esito della volontà cognitiva (*cittaja-rūpa*).

Il buddhismo possiede in effetti una conoscenza anatomica troppo approfondita per essere casuale, e spesso se ne serve come dispositivo esplicativo per esporre la sua dottrina. Il corpo è il centro dei discorsi del Buddha in più occasioni: esso viene dissezionato, smembrato, analizzato in ogni sua parte, elencati i suoi organi e paragonati i suoi elementi a problematiche esterne (Zysk 1991: 34-37). Per varie ragioni Zysk ritiene che questa conoscenza anatomica fosse un patrimonio della tradizione ascetica, il che giustificherebbe anche per quale motivo la pratica buddhista sembra basata su un paradigma medico.

Un'esperienza meditativa corretta porta a doversi interfacciare con i "segni" (*nimitta*) che assumono corpo: un corpo luminoso, la cui manifestazione specifica varia in base alla persona ed al tipo di meditazione praticata (CROSBY 2020: 49). Per questo certe tecniche meditative partono con strumenti ausiliari, i *kaṣiṇa*, piccoli dischi colorati, probabilmente antenati dei maṇḍala, su cui il meditante si focalizza "esternamente", per poi introiettarli nella simulazione mentale. Nelle fasi iniziali, generalmente ci si aspetta che i *nimitta* sorgano spontaneamente. In seguito, è prevista la capacità di condurre simulazioni mentali complesse in cui i *nimitta* vengono generati dalla volontà del meditante. Queste sfere luminose possono contenere principi linguistici come sillabe sacre, o direttamente immagini del Buddha. La loro funzione è collegata all'attività terapeutica di auto-purificazione e di sostituzione di elementi "malati" della propria cognizione. A causa delle impurità, degli errori e dell'ignoranza, la nostra cognizione non è in grado di vedere la realtà per come è, e dunque non può sapere che essa è solo un'illusione effimera, non differente dal sogno. Dopo aver materializzato questi segni luminosi, il meditante passa alla fase di assimilazione (*gaṇhetti*). Le sfere verranno incorporate e posizionate (*thapeti*) in punti specifici del corpo, allo snodo di canali energetici (*ivi*: 57). Dal momento che la narice da cui parte l'incorporazione è sinistra per le donne e destra per gli uomini, Crosby ipotizza che vi siano somiglianze strette tra questa pratica e l'embriologia āyurvedica: la cura del nascituro nella medicina sudasiatica è paragonata alla neogenesi di sé in forma di Buddha, una rinascita di sé. Infatti, il posizionamento iniziale dei segni luminosi giunge sempre al grembo, «two fingers' width from the navel»

(*ibidem*). In questa complessa pratica di *embodiment*, che in gergo tecnico è definita *antogabbhasmim*, “ingrembamento”, i segni *nimitta* viaggiano in più punti del corpo, non solo il grembo. E il loro viaggio è ripetuto due volte: una prima in direzione normale (*anuloma*), ed una in ordine contrario (*pratiloma*). Infine, questi elementi sono legati (*bandhati*) definitivamente al corpo del meditante che è così purificato dalla loro assimilazione (*ivi*: 59).

Data l'importanza dei “segnî” non deve stupirci che il linguaggio sia in qualche modo il centro dell'elaborazione teorica buddhista¹⁷. Questa centralità del linguaggio e della cognizione, capace perfino, se “contaminata”, di generare malattia (poiché la cognizione è “generatrice di forme”, *cittaja-rūpa*, essa è anche la causa della malattia), la stessa lingua pāli, usata per codificare queste terapie cognitive, è considerata sacra. I fonemi sono potenze generative, e i processi grammaticali sono applicati alla meditazione. Un esempio notorio è il fenomeno dell'elisione (*lopa*), usato nella grammatica di Pāṇini per spiegare un fenomeno del sanscrito. Esso è ripreso dai teorici buddhisti per rappresentare il processo di sostituzione messo in atto da questa pratica meditativa. L'essere umano è visto come un sistema che incrocia la relazione tra quattro tipi di enti (*dhamma*): la forma (*rūpa*), la cognizione (*citta*) ed i suoi fattori (*cetasika*), ed infine il *nibbāna*. Quest'ultimo è l'unico eterno, mentre gli altri sono caratterizzati dalla momentarietà¹⁸. Durante il processo meditativo essi vengono sostituiti gradualmente da analoghi puri, ma essendo parte di un sistema, questa pratica terapeutica ristabilisce anche un ordine. Se ad esempio si sostituisce la cognizione con una cognizione luminosa, essa influenzerà positivamente anche i fattori cognitivi, e così la percezione ed elaborazione delle forme (*ivi*: 117-123). Tale pratica è considerata medica non solo perché ha a che fare con la corporeità: «*borān kammaṭṭhāna* is used as a type of medicine, drawing on ayurvedic analysis of illness» (*ivi*: 142). Il meccanismo embriologico che abbiamo visto implicato nella neogenesi di sé è considerato «not only symbolic, but of practical relevance for process of transformation» (*ibidem*). Esso è a tutti gli effetti un'alchimia medico-simbolica.

Nel canone pāli sono frequenti *sutta* che riportano una chiara conoscenza anatomico-fisiologica, anche se spesso questa è al servizio di un'esigenza metaforica. Certo però è che non possiamo ignorare quanto sia curiosa la scelta di far uso proprio di quei tecnicismi, i quali tradiscono molto probabilmente una conoscenza approfondita della materia medica. I discorsi che testimoniano questa conoscenza sono troppi per poter essere analizzati qui. Mi limiterò dunque a menzionare i più interessanti, come AN 3.36, AN 4.157, AN 5.78, AN 9.34, oppure l'elenco sterminato dei “difetti” del corpo, indicati con tecnicismi precisi presenti in AN 10.60, e poi anche i discorsi sul malessere in AN 10.108, SN 36.21, tra gli altri¹⁹.

Veniamo dunque ad una riflessione sulla concezione stessa della malattia nel mondo buddhista. Anche sul tema della malattia il lessico specialistico è decisamente vasto. Nei testi pāli si utilizzano diversi termini per indicare la “malattia”: *dukkha*, *byādhi*, *roga/ruja*, *ābādha*, *ātāṅka*, *akalla*, *amaya*, *gada*, *gelaññā* ed altri. Va da sé che una tale ricchezza lessicale di termini legati al problema della “malattia” debba implicare necessariamente una concezione medica complessa. Ho già dedicato alcune pagine all’analisi di questi termini, in particolare ho convenuto che per i primi tre, ossia i più frequenti, sia addirittura possibile un paragone con le tre dimensioni dell’antropologia medica: *illness*, *disease* e *sickness*. Per inciso, sono in particolare *roga* e *dukkha* a destare maggiormente il nostro interesse (DIVINO 2021: 35).

Naturalmente non si vogliono qui avanzare ipotesi troppo ardite, ma appare evidente dai testi che il termine *roga* sia utilizzato in modo specificamente tecnico, per indicare una “disfunzione” o un “malfunzionamento” dal punto di vista di uno sguardo specialistico²⁰. Questa caratteristica è in parte condivisa con *byādhi*, che possiede però anche una dimensione sociale.

La disfunzione (-*rogo*) non colpisce solo il corpo: può essere alla vista (*cakkhurogo*) o alla lingua (*jivhārogo*), della testa (*sīsarogo*), o più genericamente del sistema somatico (*kāyarogo*), ma anche della cognizione stessa (*cetasiko rogo*). In Ud 3.10 l’identità viene definita come una malattia (“questa malattia, che è l’identità”, *roga attato*). Il concetto di malattia (*roga*) si oppone ad un suo anti-termine (*aroga*), menzionato già in Snp 4.4 e probabilmente anche per questo molto antico²¹. In questo testo, il concetto di *aroga* è connesso a quello di purezza (*suddha*).

Il disagio (*dukkha*) è, come già detto, il centro del pensiero buddhista. Esso è affrontato come una malattia, ma è fondamentalmente diverso da *roga/ruja*. Mentre quest’ultima indica, come abbiamo visto, una disfunzione intesa in senso tecnico, *dukkha* è un malessere generalizzato, una malattia dell’esistenza e, per come la intende il Buddha, l’unica “vera” malattia da curare, la cui risoluzione porta alla scomparsa anche di tutte le altre.

Il primo a proporre uno studio comparativo dei termini *roga* e *dukkha* è stato Hashimoto, che nella sua analisi include anche altri termini simili come *byādhi* (HASHIMOTO 2007). L’uso del termine *byādhi* come della variante *vyādhi* è, per Hashimoto, un termine tecnico che indica la causa di *dukkha*. L’analisi testuale da lui fatta rende abbastanza chiara questa relazione causale che porta da *byādhi* a *dukkha*, ma non concordo pienamente con alcune delle considerazioni che fa su *roga*. Complessivamente, però, possiamo intendere *byādhi* come un termine generico che indica anche altri tipi di malattie (以外の病氣) non tecnicamente definite da altri termini più specifici. Riguardo al termine *roga*, Hashimoto

lo spiega come qualcosa di superiore a *dukkha*: “gli esempi di *roga* come malattia di tipo superiore sono numerosi” (*ivi*: 312, traduzione dell’Autore). Questi esempi classificano come *roga* l’avidità (欲), la fame (飢え) e la vecchiaia (老い). Disfunzioni, per così dire, sia cognitive che fisiologiche. Importante è anche la giustapposizione che Hashimoto nota tra la condizione di assenza di *roga* (*aroga* o *āroga*) e *nirvāṇa*.

Per quanto riguarda la differenza tra *roga* e *dukkha* (苦) va anzitutto detto che il primo termine è connesso al concetto di *anicca* (無常), ma Hashimoto tratta essenzialmente *roga* e *dukkha* come codipendenti: il primo è l’origine del secondo (*ivi*: 307). Ci troviamo quindi con questa doppia analisi: tutto ruota attorno a *dukkha*, nel senso che ne è la causa (*byādhī*) o l’origine (*roga*). La relazione *byādhī-dukkha* è quella tra soggetto (主語) e predicato (述語). L’asse *roga/dukkha* ci testimonia di una capacità analitica che i buddhisti hanno avuto nel riconoscere la dimensione della *disease* (= *roga*) come tecnicismo che non poteva includere la più generalizzata e complessa soggettività in sofferenza (*dukkha* = *illness*). L’asse *roga/dukkha* è altresì comparabile a quello di *Körper* e *Leib*, organismo e soggetto.

Il “discorso sulla consapevolezza” (MN 10) è famoso per essere considerato la base della moderna mindfulness, ma è anche un testo alquanto complesso sui dualismi cognitivi e sulla meditazione *vipassanā*, considerata uno sviluppo successivo della *samatha*²². In questo testo si chiede di meditare su una doppia natura implicita in ogni cosa: un corpo nel corpo, una sensazione nella sensazione, una cognizione nella cognizione, una legge nella legge. Ciò che interessa a noi riguarda la prima parte: il corpo-nel-corpo (*kāye kāya*). Questa formula “*x* in *x*” che è ripetuta anche per gli altri tre elementi, è un vero e proprio refrain all’interno non solo di questo testo. Gli studiosi hanno provato a dare diverse possibili soluzioni. Questo dualismo non sembra far riferimento ad un binomio astratto/concreto, dove il primo corpo “oggettivo” e “fisico” si oppone ad una sorta di “body-image”, poiché il buddhismo non declina in alcun modo un’opposizione tra astratto e concreto (JONES 2020). Piuttosto, entrambi gli elementi di questa diade sembrano essere astratti, perché ogni pluralismo non è che rappresentazione parziale e riduttiva delle inseparabili parti di un’unità complessa. Nel nostro percepirci come isolati e separati da questa “cosità” del tutto (*yathābhūtaṃ*), ci pensiamo come interni ed esterni, forgiando un dualismo che accompagna, ingannandoci, ogni aspetto del nostro vivere. Ecco dunque una possibile soluzione al problema del corpo-nel-corpo. In DN 18 leggiamo una formula molto simile (*ajjhataṃ kāye kāyānupassi viharanto tattha sammā samādhiyati...*) che è stata ricondotta ad un altro binomio fondamentale (DESSEIN, TENG 2016: 111), ossia quello tra “interno” (*ajjhataṃ*) ed “esterno” (*bahiddhā*), spesso combinati nella

formula “interno ed esterno” (*ajjhatabhiddhā*). In DN 18 la formula analizzata non spiega il ruolo di *ajjhataṃ*, in quanto si limita a dire «[è] quando un mendicante [monaco buddhista] osserva un aspetto del corpo *internamente*, acutamente, consapevole e presente, libero dal desiderio e dall’avversione per il mondo». Tuttavia, possiamo dedurre il significato del termine proprio perché più avanti è menzionato il suo opposto: «così essi possono originare una conoscenza ed una consapevolezza dei corpi delle altre persone *esternamente*» (*so tattha sammā samāhito sammā vipassanno bahiddhā parakāye ñāṇadassanaṃ abhinibbatteti*). Dal momento che l’espressione *para-kāye* è chiaramente riferibile ad un “corpo altrui”, ci suggerisce che *ajjhataṃ* sia riferito al corpo del soggetto meditante, che dunque percepisce l’altro come *bahiddhā* “esterno”²³. Ciò sarebbe in linea con gli intenti classici della meditazione, ossia il *samādhi*, o riunificazione di soggetto ed oggetto.

Legittimazione e Modernità

Se in origine l’arte medica buddhista era da considerarsi un tutt’uno tra filosofia e prassi, oggi va da notarsi che la sua configurazione moderna, specie a seguito dell’intervento delle interpretazioni occidentali in merito, risulta quantomeno frammentaria. In primis va naturalmente rilevato lo statuto complesso della pratica buddhista in sé, che fatica ad essere incasellata tanto nella categoria filosofica quanto in quella religiosa, ma l’aspetto ortopratico non è da meno, in quanto ha confini che faticano a definirsi. Negli ultimi decenni la meditazione è stata, assieme allo yoga, soggetta ad una vera e propria campagna di legittimazione da parte del mondo clinico dell’allopatia biomedica che, attraverso studi e tentativi di adattamento alla visione “scientifica”, voleva fare di queste pratiche delle vere e proprie terapie. Possiamo dire che in parte questa trasformazione è riuscita, benché non senza significative conseguenze per le pratiche in questione. Sebbene lo yoga non sia di per sé separabile dalla meditazione, la sua forma attuale è molto più vicina ad una pratica ginnica, e dunque il suo dominio nel mondo delle “cure personali” rientra senza dubbio nel cosiddetto fitness²⁴. Difatti, «the physical practice of yoga is popularly identified with bodily postures, but in the pre-modern India it was breath-control that was the defining practice of physical yoga» (MALLINSON, SINGLETON 2017: 126).

I distinguo del caso ci impongono di sottolineare come, nella narrazione di queste due pratiche, sia sempre presente un elemento olistico, che tende dunque ad enfatizzare la peculiarità delle stesse, ed il loro contribuire ad una più unitaria sfera psico-fisica, i cui due aspetti sono vicendevolmente influenzabili (SQUARCINI, SERNESI 2006). Nella narrazione di queste pratiche nella modernità appare

una discrasia: la pratica è presentata quasi come esito diretto di una sapienza millenaria giunta fino a noi e “(ri)scoperta” dal mondo della medicina che ora, riconoscendone i meriti, la inserisce di diritto tra le (psico)terapie.

La ricerca di legittimazione reclamando arcaicità è un meccanismo classico di cui fanno uso forme culturali più disparate, e la mindfulness non fa eccezione²⁵. Essendo a tutti gli effetti una forma di terapia, sebbene il suo status di “terapia alternativa” sia alquanto opinabile (almeno nell’ultimo periodo della modernità), è fondamentale per chi sostiene la mindfulness fortificarne la narrazione attraverso il dispositivo della scientificità biomedica. Oltre a questo, come dicevamo, poiché la mindfulness in sé è già considerata un metodo sufficientemente titolato per essere definito psicoterapico, il problema non sta tanto in questo aspetto, quanto nel presentarla come immutabile nel tempo. Anālayo è sicuramente uno degli accademici maggiormente coinvolti in questo senso. In un articolo si dedica a studiare le relazioni tra buddhismo, medicina e terapia, ma sembra anche approfittarne per promuovere un’equivalenza tra medicina buddhista arcaica e mindfulness: «Mindfulness in the form of *satipaṭṭhāna* functions as the starting point and foundation for the cultivation of the other awakening factors» (ANĀLAYO 2015: 25). Da un lato, è vero che il termine inglese *mindfulness* nacque inizialmente come proposta di traduzione per il pāli *sati*, che risulta arduo da rendere in qualunque lingua europea per varie ragioni (STANLEY 2012: 635), dall’altro, dato il significato moderno del termine, la scelta di continuare a tradurre in un certo modo è quantomeno dubbia. Come ci ricorda Anālayo:

In recent times, the practice of mindfulness in particular has proven its value in the modern-day clinical setting. Mindfulness, a term used by researchers with varying connotations, has been successfully used to treat chronic pain and anxiety, binge eating disorders, depression, and fibromyalgia, etc. (ANĀLAYO 2015: 25).

Inoltre, in relazione al testo che sta analizzando nell’articolo in questione, dice: «the passages surveyed above do show that the physical healing effect of awakening factors like mindfulness and energy were not lost on the early Buddhists» (*ivi*: 27-28). Tutto ciò è coerente con il punto di vista della legittimità proposta dall’equivalenza tra i due metodi. Infatti, se la mindfulness moderna è immutata rispetto a “quella meditazione di cui si parla nei testi”, solo così i “benefici” – attestati dai *sutta* da un lato e dalla ricerca clinica dall’altro –, secondo Anālayo, potrebbero essere spiegati. È invece ampiamente condivisibile l’affermazione per cui «the most fundamental teaching of early Buddhist thought seems to be intentionally couched in ancient Indian medical terms» (*ivi*: 28). Anālayo possiede indiscutibili doti buddhologiche, poste al servizio di un’opera di legittimazione della moderna mindfulness, come è evidente anche in questi tre paragrafi:

One who has successfully eradicated *dukkha* would also be beyond any form of anxiety, depression, mental agitation or fear, thereby being beyond major manifestations of stress. Not only the final goal, but even the path to this goal in the early Buddhist texts appears to involve the reduction of stress. [...] In sum, the use of meditative qualities like mindfulness for healing purposes has a precedent in the passages surveyed above. This precedent clearly comes together with a substantially different outlook on the world, a different conception of health, and perhaps most importantly a radically different overall aim. [...] Yet, alongside such differences there are noticeable similarities when compared to the modern-day clinical use of mindfulness for healing purposes (*ivi*: 29).

La pratica buddhista è coinvolta in questioni delicate che intrecciano salute e cultura, e Anālayo dimostra di essere consapevole anche di questo, benché l'uso del termine "mindfulness" sia chiaramente inteso ad attrarre l'attenzione di lettori specifici. Sebbene con questo non si voglia affermare che Anālayo sostenga esplicitamente la tesi per cui la mindfulness moderna sia una continuazione perfetta delle pratiche buddhiste antiche (egli stesso è consapevole dell'impossibilità filologica di una simile affermazione) non possiamo non notare come le sue pubblicazioni sembrino spingere molto verso questa tesi, o almeno lasciare che essa venga intesa come tale²⁶.

Conclusione

In questo breve articolo ho cercato di riassumere i punti fondamentali per un'antropologia interessata alla concezione medica del buddhismo. Il pensiero buddhista è una filosofia millenaria, talvolta riconosciuta come movimento spirituale, ortoprassi etica o religione, ma al di là della difficoltà che riscontriamo nell'inquadralo tramite le nostre categorie, è innegabile un profondo interesse del buddhismo per la concezione medica, il che include una peculiare visione della malattia, il malessere umano posto come il centro della missione salvifica del messaggio buddhista, nonché una lunga e comprovata tradizione di vera e propria pratica medica presente fin dalle origini della comunità buddhista indiana. I "monaci" erano probabilmente edotti di medicina, e non sarebbe arduo supporre, seguendo le testimonianze e gli studi di autorevoli storici della medicina indiana, che all'origine stessa del buddhismo vi sia un'evoluzione di un ramo le cui radici affondano nella cultura degli asceti itineranti le cui conoscenze di anatomia e di fitoterapia sono state poi ereditate dal buddhismo e, con successivi ampliamenti ed evoluzioni, anche dall'āyurveda.

Qualsiasi indagine antropologica che, specie nella modernità, si interessi al buddhismo nella sfera clinica, dalla mindfulness all'uso di terapie "alternative" di matrice indiana, non può prescindere dal conoscere il complesso ed intricato rapporto che c'è tra buddhismo e medicina. L'interesse antropologico, in particolare dell'antropologia medica, per il buddhismo è dunque rivolto a tre questioni principali: 1) il buddhismo appare fondato su un'idea di salute e terapia ed incarna diverse istanze mediche nella propria pratica, costituendo dunque un interesse per l'antropologia che si occupa di studiare le diverse concezioni sulla salute, la malattia e la cura; 2) attraverso l'adozione di nuove forme di spiritualità, accresciuta dall'interesse verso pratiche mediche esotiche e diverse, la medicina indiana e la meditazione stanno entrando a far parte della quotidianità occidentale in un vero e proprio processo di transculturazione, che le trasforma e le adatta alle proprie esigenze, il che richiama il nostro interesse alle modalità con cui l'apparato clinico oggi si trasforma e legittima; 3) le stesse idee buddhiste, come di altre pratiche orientate alla cura e alla terapia sviluppate in diverse culture, possono favorire l'elaborazione di dispositivi teoretici in grado di capire meglio la sofferenza dell'essere umano nel suo complesso. Non sarebbe azzardato dire che il modello buddhista (più in generale, il modello mindfulness) ha anche contribuito a formulare nuovi possibili paradigmi per attuare indagini in antropologia medica, permettendo di ripensare la concezione del corpo (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987).

Abbiamo visto dunque come alla base della formulazione delle quattro nobili verità, come alla successiva elaborazione di teorie e pratiche votate alla risoluzione della malattia umana, vi fosse un'ispirazione al modello medico. La tradizione buddhista manterrà stretti legami con la medicina sia nella pratica che nella teoria, utilizzando spesso modelli e metafore medico-anatomiche per illustrare il proprio pensiero.

Nella complessa concezione sulla malattia che ha il buddhismo, abbiamo osservato una ricchezza lessicale notevole, ma due termini in particolare compaiono molto spesso, ed abbiamo ipotizzato come essi, dato l'utilizzo che se ne fa nei testi, rimandino ad una specifica concezione duplice della malattia: da un lato vista come disfunzione, e per questo legata altresì ad una rappresentazione del corpo puramente anatomica (*roga*), e dall'altro una malattia intesa in senso più generale, soggettivo, ma anche pervasivo, invasivo, costituente lo stesso mal di vivere che ha spinto il Buddha, secondo la tradizione, a intraprendere il suo percorso di risveglio e di liberazione dal "malessere" (*dukkha*). Questo, tra molti altri esempi che si potrebbero fare, non rimanda solo ad una concezione analoga a quella della fenomenologia husserliana (prima) e binswangeriana (poi), ossia l'asse *Körper/Leib*, organismo/vita, oggetto/soggetto del malessere, ma anche alla distinzione

che in antropologia si può fare tra *disease* ed *illness*, tralasciando per il momento la dimensione sociale della *sickness* che, anche se non presente nel buddhismo, è comunque controbilanciata dalla presenza di numerosi altri termini tecnici legati ad altre dimensioni della malattia, che probabilmente nemmeno conosciamo nella nostra cultura ma che sarebbe opportuno analizzare e comprendere in futuro.

Note

⁽¹⁾ Si precisa che quando si utilizzano le espressioni “buddhismo antico” o “antichità” in relazione al buddhismo, ci si sta riferendo al cosiddetto “primo buddhismo”, o “Early Buddhism” nella comune formula adottata in inglese. Il “primo buddhismo” è difficile da inquadrare da un punto di vista cronologico, ma possiamo riportare le ipotesi più comuni. Tendenzialmente, con questo termine ci si riferisce ad una forma di buddhismo pre-settario, precedente dunque alla scissione in varie “comunità” (*sangha*) da parte di chi seguiva la dottrina buddhista e ne interpretava i precetti. Si parla dunque di un buddhismo che si ipotizza essere molto vicino cronologicamente alla figura storica del Buddha, le cui date di nascita e di morte vanno tradizionalmente dal 566 a.C. al 486 a.C., sebbene non tutti gli studiosi siano unanimi con questa cronologia, talvolta posticipandola di circa un secolo. Questa forma di buddhismo antico si ritiene conservata in alcune sezioni più arcaiche del canone pāli come Snp 4 ed altri sutta che presenterebbero arcaismi nel linguaggio o nella struttura (VETTER 1988: 101-106). Va detto che ovviamente è difficile stabilire con certezza tutti i punti che distanziano il Buddhismo antico da quello “settario”. Inoltre, tra la prima comunità buddhista (450 a.C. circa) e la scissione nelle prime scuole (250 a.C. circa) passano dei secoli di dibattito in cui le nozioni antiche si sono modificate e hanno subito interpretazioni successive (ANĀLAYO 2012: 224). Tra i sostenitori della cronologia tradizionale vi è Beckwith, il cui lavoro ci interessa anche perché avanza la motivata ipotesi che il buddhismo arcaico fosse praticato da medici-asceti che prestavano le loro cure volontariamente (BECKWITH 2015: 45). La figura dell’asceta-itinerante che offre terapie e assistenza medica come parte della sua pratica sembrerebbe confermata dalle testimonianze greche (*ivi*: 63). Per inciso, Beckwith colloca il periodo di ascetismo del Buddha attorno al 515 a.C. (*ivi*: 11). Tuttavia, le teorie di Beckwith riguardano anche altri aspetti del buddhismo antico, presentando spesso ipotesi azzardate e difficili da sostenere, ricevendo dunque le critiche dei colleghi.

⁽²⁾ L’elemento buddhista è presente in numerose culture mediche sviluppatasi in paesi che storicamente condividono un forte legame con la religiosità buddhista. Con ciò, anche se la forma medica che vi troviamo non è direttamente importata da quella che potremmo chiamare “medicina buddhista”, essa rimane comunque strettamente correlata a certi modi buddhisti di concepire il mondo, sebbene l’elemento religioso sia centrale, e fortemente mescolato ad aspetti della cultura e della spiritualità popolare del posto (KAPFERER 1979: 114-115).

⁽³⁾ Il nome Nāgārjuna appare in effetti alquanto popolare tra medici e alchimisti in India sin dall’antichità (NARAYANASWAMY 1981: 5).

⁽⁴⁾ Va precisato che ad oggi lo studio sulla medicina buddhista si divide principalmente in due ambiti di interesse fondamentale: la medicina intesa come pratica di cura di sé, il cui esito antropologico più rilevante è certamente la mindfulness moderna, e la medicina intesa

come pratica che prevede un rapporto tra medico e paziente. Sebbene entrambe le possibilità siano contemplate nel buddhismo, nello studio da parte degli “occidentali” essi ricevono una implicita distinzione, come quella operata tra psicologia e medicina fisica. Tuttavia, questi due aspetti presentano effettivamente una distinzione significativa: mentre la meditazione è una pratica di cura autonoma, la medicina *tout court* prevede che vi sia un “guaritore” che conosce formule magiche, oltre alle tecniche per la preparazione di farmaci, e che abbia anche una determinata conoscenza del corpo umano e delle possibili malattie. Seppur intrecciate, queste due dimensioni paiono dunque distinte anche nella concezione buddhista. Dal punto di vista di chi le studia dall'esterno però, la pratica meditativa ha certamente ricevuto maggior interesse. Non esistono infatti scuole di medicina precipuamente “buddhiste” che siano state translucrate nel mondo europeo o americano, né sono percepite come tali. L'āyurveda appare, più specificamente, come una “medicina indiana” o addirittura “pan-indiana”. Pertanto, pur vedendovi transitare pazienti dalle provenienze più disparate, essa non è identificata come esclusivamente buddhista. La mindfulness, al contrario, anche nelle sue applicazioni cliniche moderne e nella sua adozione da parte di *professionals*, mantiene un carattere che, nella sua narrazione, è specialmente buddhista. Per approfondimenti sullo stato dell'arte in merito alla medicina buddhista si vedano WALLNER, KÜNGLER 2015 e MAHANARONGCHAI 2014.

⁽⁵⁾ Vi facciamo riferimento solo per completezza. In questa interpretazione, le quattro verità rivelate dal Buddha come cardine del suo insegnamento sono state paragonate ad un'indagine medica: l'analisi del dolore (*dukkha*) è l'anamnesi, l'analisi dell'origine del dolore (*samudaya*) è l'eziologia, l'analisi su come cessare il dolore (*nirodha*) è una prognosi, mentre il percorso (*magga*) ottuplice per realizzare questa liberazione (*mokkha*) è la terapia. Questa terapia prevede la “purificazione” (o, più precisamente, la correzione e disabituazione) di otto fattori di cui siamo solitamente vittime e non padroni: l'opinione (*ditṭhi*, lett. “visione”), l'intenzione (*samkappa*), il linguaggio (*vācā*), l'azione (*kammanta*), la sussistenza (*ājīva*), lo sforzo (*vāyāma*), la consapevolezza (*sati*), e l'unione di soggetto e oggetto (*samādhi*), fine ultimo della meditazione (*jhāna*).

⁽⁶⁾ Sarebbe opportuno precisare, tuttavia, che la peculiarità e la distanza tra le tradizioni śramaṇiche ed il vedismo indo-ario, così come anche la particolarità della tradizione medica delle culture ascetiche rilevata da Bronkhorst, non autorizza di per sé a pensare che il luogo d'origine di queste tradizioni sia il Magadha. Per il buddhismo in particolare, sarebbe possibile ipotizzare anche una nascita più a occidente, senza con ciò compromettere la natura peculiare delle tradizioni ascetiche e la loro rivalità con la cultura vedica e indo-europea. Nell'ottica di un progressivo e documentato spostamento a oriente da parte degli indo-arii, è presumibile che anche le tradizioni śramaṇiche avessero una diffusione più estesa, magari fino al Magadha, ma certamente non confinata a questa sola regione. Ciò va detto in virtù non solo delle recenti riflessioni in merito alla collocazione più a occidente dell'India vedica, probabilmente anche ad ovest del fiume Kābul (nelle fonti vediche: *Kūbhā*) – il che dunque già di per sé basterebbe a spostare più a occidente anche le culture ascetiche, menzionate già nei Veda –, ma anche a seguito di alcune ricerche sull'origine del Buddhismo che, per quanto controverse e già esplicitamente avversate da Bronkhorst, non possono essere ignorate del tutto. A tal proposito si rimanda a GNOLI 1980, WITZEL 2011, STONEMAN 2016 e IDEM 2019: 328-329 sulla questione dell'antichità degli śramaṇa.

⁽⁷⁾ Certi passaggi risultano però difficilmente comprensibili senza la comparazione dei successivi trattati sanscriti. Zysk ci riporta l'esempio di una malattia della pelle riportata in pāli

come *thulla-kacchā* e la cui unica descrizione sembra essere *mahāpiḷaka* (grandi eruzioni). Nella letteratura sanscrita il termine *kakṣ(y)ā* compare in descrizioni relative allo squilibrio della bile (*pitta*) con sintomi che coinvolgono la comparsa di eruzioni cutanee (*piṭakā*) di varie dimensioni. Zysk rileva la somiglianza tra *kakṣ(y)ā* ed il pāli *kacchā*, ipotizzando dunque che questa malattia, ricostruibile in sanscrito come **sthūlakakṣ(y)ā* sia in realtà una forma di herpes (ZYSK 1995: 146).

⁽⁸⁾ Stoneman (2019: 327-329) circa la polemica legata al lavoro di Beckwith (2015). Bronkhorst da un lato afferma che il Buddhismo «was clearly influenced by the ideology underlying Jainism», ma dall'altro nega vi sia «any proof that this influence must have come directly from Jainism» (BRONKHORST 2007: 25). Senza contare che, come lui stesso scrive, certe forme di ascetismo sono già riscontrabili nei testi brāhmaṇici.

⁽⁹⁾ Sempre Stoneman ci ricorda che «the case for regarding 'śramana' as, at least very often, referring to Buddhists, is a strong one» (STONEMAN 2019: 328-329).

⁽¹⁰⁾ Questa opposizione è riscontrabile anche nelle formulazioni vediche, ad esempio tra *kṣetra* e *aranya*, sebbene l'integrazione della foresta come concetto cardine dell'ascetismo sia probabilmente successiva all'incontro con gli śramana, ed infatti l'ascetismo brāhmaṇico possiede dei toni fortemente istituzionalizzati e integrati nella concezione castale e gerarchica, cfr. OLIVELLE 2002.

⁽¹¹⁾ Il binomio tra purezza e impurità è un elemento cardine del pensiero indiano classico. Naturalmente, esso può essere inquadrato nel più ampio panorama antropologico delineato dal lavoro di Mary Douglas (1966). Questo binomio è però avversato dalla tradizione buddhista, così come il rifiuto di qualunque gerarchia di ordine castale. Nella tradizione brāhmaṇica invece, «The body is portrayed as a heap of foul substances, being made up of constituents that are wholly impure» (RIGOPOULOS 2018: 81). Tutta la ritualità vedica prevede il mantenimento della purità, e tale importanza è preservata anche a seguito dell'inglobamento della figura del rinunciante (*saṃnyāsīn*) che si pensa estranea al vedismo e parte invece delle tradizioni ascetiche pre-indoeuropee. Il rinunciante bāhmaṇo «is considered to have died to worldly life, in the same way he must contemplate his body as a lifeless heap of impure constituents» (*ivi*: 83). Nell'inglobare l'asceta nell'ortodossia vedica, questo assume una duplice natura: «a liminal figure, being associated at the same time with impurity and purity» (*ivi*: 85).

⁽¹²⁾ Non è infrequente che la figura dell'asceta, dello sciamano, del monaco o dello stregone coincidano con quella del terapeuta o del guaritore, anzi spesso questo è proprio il loro carattere principale. Ciò che ci sorprende è l'antica opposizione ed anche l'idea, proposta da Beckwith (2015) ma controversa su molti punti, che i terapeuti itineranti fossero la forma più antica di monaci buddhisti, e non invece gli abitanti delle foreste (*aranyavāsīn*).

⁽¹³⁾ Questo giudizio è esplicitamente ripreso da Zysk, che ha distinto le due tecniche mediche in modo alquanto specifico: quella buddhista come *empirico-rational*, e quella vedica come *magico-religious*, termini che di per sé tradiscono certamente una parzialità nel giudizio. Che infatti la medicina vedica faccia uso primariamente di formule magiche è un dato di fatto, ed il giudizio denigratorio starebbe solo nell'accezione negativa o pregiudiziale verso il magismo. Ciò che è ancora più parziale è l'idea "empirico-razionale" a descrizione della medicina buddhista. È possibile rilevare una profonda volontà analitica ed una centralità della terapia basata sull'anamnesi e la somministrazione di farmaci fitoterapici, ma il giudizio di "raziona-

lità” forse intende attribuire una qualità che non è propria del Buddhismo. Nella cultura vedica, pratiche mediche come prognosi e terapie sono generalmente associate all’*Atharva-Veda* (BRONKHORST 2016: 225); ciò è però collegato anche alle tecniche magiche e all’acquisizione di poteri sovranaturali da parte del sacerdote (*ivi*: 226). In merito al giudizio di Zysk sulla natura “magica” della prima medicina vedica si veda anche ZYSK 1993: 8.

⁽¹⁴⁾ È opportuno far notare che la magia, lungi dall’essere negletta in virtù del suo presunto irrazionalismo, è un elemento onnipresente nella medicina buddhista, detta “empirico-razionale” da Zysk. Magismo e medicina sono per il buddhismo, in una certa misura, indistinte. La centralità di riti “magici” a scopo terapeutico è proprio della medicina sudasiatica in generale (FERRARI 2010), ma nel buddhismo è ugualmente presente una concezione della parola magica, dell’uso di formule, prevalentemente difensive e terapeutiche, atte a favorire la guarigione o il cammino verso l’illuminazione (VAN SCHAIK 2020: 43-68). Si tratta di un argomento ancora poco trattato dagli studi specialistici, forse a causa dell’idea negativa che l’occidente ha della magia, che la renderebbe incompatibile con l’altrettanto pregiudiziale concezione del buddhismo quale “religione razionale” (due termini altrettanto problematici per qualsiasi dimensione culturale extraeuropea), come peraltro Van Schaik fa notare (*ivi*: 4). Certamente, è altrettanto difficile, alla luce di un’analisi approfondita, distinguere “magia” da “medicina” nell’ottica buddhista, dove spesso la dimensione terapeutica e “rituale” fanno parte di un’unità ortopratica volta ad ottenere un risultato concreto, pertanto «we should not worry too much about the distinction between magical and empirical medicine in Buddhist practice» (*ivi*: 66).

⁽¹⁵⁾ Un’accurata analisi e confronto tra la medicina greca e quella indiana è certamente quella di Filliozat che, nonostante gli anni, rimane abbastanza valida. Si vedano a tal proposito FILLIOZAT 1947 e JOUANNA 2006.

⁽¹⁶⁾ Il *nèiyè* è un testo cinese del 350 a.C. circa che presenta indicazioni per una pratica meditativa proto-dàoista incentrata sul controllo del respiro e della circolazione dell’energia vitale (*qi*). Nel nome di questa tecnica, il carattere 內 (*nè*) pone l’enfasi sull’interiorità. Per questo si pensa sia la base per successivi sviluppi che hanno portato alla pratica dell’alchimia interiore, appunto il *nèidānshù* (內丹術), spesso accompagnato dal *nèijīngtú* (內經圖), ossia l’illustrazione del paesaggio interiore: una rappresentazione simbolica di sé o del proprio corpo come un paesaggio naturale che viene percorso ed esplorato nell’atto di una pratica meditativa profonda. Lo scopo di tale meditazione è trovare sé stessi all’interno di sé, il che porta alla rinascita di un nuovo sé la cui gestazione avviene nel meditante stesso, iconograficamente nel suo *dāntián*, ossia il basso ventre. L’alchimia interiore e il paesaggio interiore sono pratiche esoteriche dàoiste decisamente più tarde rispetto al testo del *nèiyè*, che rappresenta forse la più antica attestazione di una pratica meditativa in Cina (CLART 2018).

⁽¹⁷⁾ Per maggiori approfondimenti su questa tematica si vedano HERAT 2018 e SASAKI 1986.

⁽¹⁸⁾ Sul concetto di momentarietà si vedano BROWN 1999 e CROSBY 2020: 42.

⁽¹⁹⁾ Questi discorsi sono analizzati e tradotti in DIVINO 2021: 19-36.

⁽²⁰⁾ C’è un intero *sutta* dedicato alla malattia, il *Rogasutta* (AN 4.157). Il testo si apre con l’affermazione del Buddha: “mendicanti, ci sono due tipi di malattie” (*dveme, bhikkhave, rogā*), e queste sono malattie del corpo e della cognizione (*kāyiko ca rogo cetasiko ca rogo*). Nel testo, il Buddha afferma che trovare un essere libero da qualche forma di malattia cognitiva, anche solo per un momento della sua vita, è quasi impossibile, a meno che quella persona non

sia esente da contaminazioni (*sattā sudullabhā lokasmiṃ ye cetasikena rogena muhuttampi ārogyaṃ paṭijānanti, aññatra khīṇāsa-vehi*), il che però corrisponderebbe con lo stato di buddhitā. Il Buddha quindi elenca quattro tipi di affezioni che possono colpire i *bhikkhu* e come evitarle.

⁽²¹⁾ Si veda nota 1 nel presente articolo.

⁽²²⁾ I termini *vipassanā* e *samatha* applicati a tecniche meditative specificamente codificate sono imputabili alla volontà di Buddhaghosa, che li riprende da testi come AN 4.170 o MN 151, ed alla sua opera sui percorsi di purificazione (*Visuddhimagga*) in cui queste tecniche detengono un ruolo specifico, ma è possibile che questa veste specifica sia proprio un'invenzione di Buddhaghosa. La *samatha* è una tecnica meditativa "di base" il cui scopo è ottenere un necessario stato di calma e autocontrollo tramite la focalizzazione sul respiro che via via oltrepassa stadi sempre più calmi e di concentrazione più profonda (*jhāna*) fino al raggiungimento di una cognizione focalizzata su un unico punto (*ekaggacitta*). La meditazione *vipassanā* prosegue a partire dai traguardi raggiunti dalla precedente, che non viene mai abbandonata neanche nello sviluppo di questi livelli successivi. Lo scopo della *vipassanā* è l'analisi profonda di ogni ente per giungere alla comprensione del suo autentico esser-sé (CROSBY 2020: 38), ma il culmine non può che essere quanto spiegato nell'Abhidhamma, ossia che nessun ente possa esistere di per sé come isolato e indipendente. Questa fase meditativa mira ad abolire la distinzione tra soggetto e oggetto, per questo è necessario che il primo livello meditativo (la *samatha*), il cui scopo è invece la focalizzazione su di sé e la sempre maggiore profondità raggiunta attraverso la pratica contemplativa, non sia mai abbandonata, e anzi prosegua in parallelo mentre una serie di purificazioni *vipassanā* hanno luogo (*ivi*: 39).

⁽²³⁾ Anche secondo la definizione ufficiale *bahiddhā* «refers to things being external, outside, or aside» (DESSEIN, TENG 2016: 113). Può apparire da solo, ma è più frequente trovarlo in coppia con *ajjhataṃ*, il quale però, a sua volta, appare spesso come separato dal suo opposto in varie occorrenze. In quei casi, è piuttosto accompagnato da *atthi* "stare", ad indicare qualcosa che sia "internamente presente" (*atthi me ajjhataṃ*) come appare usato ad esempio in MN 10. Non possiamo essere certi che una simile formulazione punti verso una topologia psichica.

⁽²⁴⁾ Una panoramica concisa ed accurata sul fenomeno *yoga* può essere trovata nell'introduzione all'opera di Mallinson e Singleton (2017). Di particolare interesse, oltre al riconoscimento della discrasia che intercorre tra lo *yoga* attestato nei testi e quello attualmente praticato, sono le istituzioni nate a tutela della disciplina, la quale vanta oltre ad un giorno internazionale di celebrazione (21 Giugno) anche la tutela di un intero ministero indiano, il cosiddetto AYUSH, istituito nel 2014 dal governo Modī che ha voluto includere nella sua giurisdizione anche la tutela e promozione dell'āyurveda, della naturopatia (tutt'altro che "indiana"), della medicina tradizionale perso-arabica (*tibb yūnānī*), la medicina *Siddha* (dell'India meridionale) e l'omeopatia (anche quest'ultima una presenza sorprendente, poiché la sua origine è tedesca). Lo *yoga* entra così pienamente nei meccanismi di appropriazione e legittimazione (SQUARCINI 2015: IX) di una disciplina che sta venendo integrata nel paradigma clinico della biomedicina. Si veda anche KHAN 2006 per ulteriori approfondimenti.

⁽²⁵⁾ In tal senso sarebbe possibile far rientrare la mindfulness in quell'insieme di pratiche concepite come pare di un generico "Oriente", assunto come dispositivo identitario e dunque funzionale al ruolo di *alter ego*, per quanto, come Squarcini fa notare, tale imago risulti uno stereotipo monoliticamente assunto, fittizio e talvolta abusato (SQUARCINI 2007: 37). Tutto

ciò, oltre a rientrare nel ben noto “bisogno di alterità” (*ivi*: 41) spiega anche la progressiva trasformazione degli elementi culturali esotici in beni di consumo. Da “bene culturale” a “prodotto” (incluso il dispositivo del farmaco o della terapia somministrabile) la mindfulness va ad occupare uno spazio vuoto che non era inizialmente previsto, ma si viene a creare *ad hoc* a seguito del crescente bisogno di crisi (DIVINO 2022).

⁽²⁶⁾ Si pensi anche alla scelta di indicare come “mindfulness-related” le pratiche meditative del buddhismo antico (ANĀLAYO 2020b), ma uno degli elementi più significativi riguarda la critica che Anālayo ha mosso a Purser per difendere la mindfulness dall'accusa di essere troppo legata alle logiche del capitalismo (ANĀLAYO 2020a). Un dibattito che appare tutt'altro che chiuso e a cui ho dedicato una trattazione separata (DIVINO 2022).

Bibliografia

ANĀLAYO B. (2012), *The Historical Value of the Pāli Discourses*, “Indo-Iranian Journal”, Vol. 55(3): 223-253.

ANĀLAYO B. (2015), *Healing in Early Buddhism*, “Buddhist Studies Review”, Vol. 32(1): 19-33.

ANĀLAYO B. (2020a), *The Myth of McMindfulness*, “Mindfulness”, Vol. 11: 472-479.

ANĀLAYO B. (2020b), *The Centrality of Mindfulness-Related Meditations in Early Buddhist Discourse*, “Mindfulness”, Vol. 11: 1935-1942.

ANĀLAYO B. (2021), *Dimensions of the 'Body' in Tranquility Meditation*, “Mindfulness”, Vol. 12: 2341-2351.

BECKWITH C. (2015), *Greek Buddha: Pyrrho's Encounter with Early Buddhism in Central Asia*, Princeton University Press, Princeton.

BRONKHORST J. (2007), *Greater Magadha: Studies in the Culture of Early India*, Brill, Leiden.

BRONKHORST J. (2016), *How the Brahmins Won: From Alexander to the Guptas*, Brill, Leiden.

BROWN J. (1999), *Microgenesis and Buddhism: The Concept of Momentariness*, “Philosophy East and West”, Vol. 49(3): 261-277.

CHEN T.S., CHEN P.S. (2002), *Jivaka, physician to the Buddha*, “Journal of medical biography”, Vol. 10(2): 88-91.

CHEN T.S., CHEN P.S.Y. (2005), *The Death of Buddha: A Medical Enquiry. Journal of Medical Biography*, Vol. 13(2): 100-103.

CLART P. (2018), *Yīguàn Dào*, pp. 429-450, in POKORNY L., WINTER F. (a cura di), *Handbook of East Asian New Religious Movements*, Brill, Leiden.

CROSBY K. (2020), *Esoteric Theravada: The Story of the Forgotten Meditation Tradition of Southeast Asia*, Shambhala Publications, Boulder.

DE SILVA P. (2014), *An Introduction to Buddhist Psychology and Counselling: Pathways of Mindfulness-Based Therapies*, Palgrave Macmillian, New York.

DESSEIN B., TENG W. (2016), *Text, History and Philosophy: Abhidharma across Buddhist scholastic Traditions*, Brill, Leiden.

DIVINO F. (2022), *Metaphor, Metamorphosis, Mindfulness: Social change through the dispositive of Mental Presence*, “Rivista Italiana di Antropologia Applicata”, Vol. 8(1): 25-74.

- DIVINO F. (2021), *Meditazione e Terapia. Dalle origini della pratica meditativa buddhista, all'indagine in etnopsichiatria sulle sue applicazioni cliniche*, Edizioni Diodati, Padova.
- DOUGLAS M. (1966), *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge and Kegan Paul, London.
- DUBUISSON D. (2007 [2004]), *La Formazione dell'Io. Dalle saggezze antiche alla conquista della personalità*, Edizioni Dedalo, Bari.
- FERRARI F. (2010), *Health and Religious Rituals in South Asia*, Taylor & Francis, Abingdon.
- FILLIOZAT J. (1947), *Le sommeil et les rêves selon les médecins indiens et les physiologues grecs*, "Journal de psychologie normale et pathologique", Vol. 40(3): 326-346.
- FRIEDLANDER P. (2010), *The Body and the World in Buddhism*, pp. 51-67 in BURNS E., COLEMAN WHITE K. (a cura di), *Medicine, Religion, and the Body*, Brill, Leiden.
- GNOLI G. (1980), *Zoroaster's Time and Homeland: A study on the origins of Mazdaism and related problems*, Istituto universitario orientale di Napoli, Seminario di studi asiatici.
- HANKEY A. (2005), *The Scientific Value of Ayurveda*, "Journal of Alternative & Complementary Medicine", Vol. 11(2): 221-225.
- HASHIMOTO T. (a cura di) (2007), "rogaとdukkha", 日本印度学仏教学会: 印度學佛教學研究, Vol. 56 (1).
- HERAT M. (2018), *Buddhism and Linguistics*, Palgrave Macmillan, Cham.
- JOHANSSON R. (1965), *Citta, Mano, Vinnana – a Psychosemantic Investigation*, "University of Ceylon Review", Vol. 23 (1-2): 165-215.
- JONES R. (2020), *On What is Real in Nāgārjuna's "Middle Way"*, "Comparative Philosophy", Vol. 11(1): 3-31.
- JOUANNA J. (2006), *Médecine grecque et médecine indienne dans l'œuvre de Jean Filliozat*, "Comptes rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres", Vol. CL(4): 1917-1925.
- KAPFERER B. (1979), *Mind, Self, and Other in Demonic Illness: The Negation and reconstruction of the Self*, "American Ethnologist", Vol. 6(1): 110-133.
- KHAN S. (2006), *Systems of Medicine and Nationalist Discourse in India: Towards "New Horizons" in Medical Anthropology and History*, "Social Science & Medicine", Vol. 62(11): pp. 2786-2797.
- MAHANARONGCHAI S. (2014), *Health and Disease in Buddhist Minds*, Verlag Traugott Bautz GmbH.
- MALLINSON J., SINGLETON M. (2017), *Roots of Yoga*, Penguin Classics, Milton Keynes.
- NARAYANASWAMY V. (1981), *Origin and Development of Ayurveda: A Brief History*, "Ancient science of life", Vol. 1: 1-7.
- NINIVAGGI F.J. (2002), *Āyurveda. Una medicina con una tradizione antica di seimila anni*, Astrolabio Ubaldini, Roma.
- OLIVELLE P. (1998), *Caste and Purity: A Study in the Language of the Dharma Literature*, Contributions to Indian Sociology, Vol. 32(2): 189-216.
- OLIVELLE P. (2002), *Abhākṣya and Abhojya: An Exploration in Dietary Language*, "Journal of the American Oriental Society: Indic and Iranian Studies in Honor of Stanley Insler on His Sixty-Fifth Birthday", Vol. 122(2): 345-354.
- RIGOPOULOS A. (2018), *Transcending the Body, Exhibiting the Body: Notes on the Ideology and Practice of Hindu Asceticism*, "Quaderni di Civiltà e Religioni", Vol. 5: 81-101.
- SALGUERO P. (2015), *Toward a Global History of Buddhism and Medicine*, "Buddhist Studies Review", Vol. 32(1): 35-61.

- SALGUERO P. (2022), *A Global History of Buddhism and Medicine*, Columbia University Press, New York.
- SASAKI G. (1986), *Linguistic approach to Buddhist thought*, Motilal Banarsidass Publishers, Delhi.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M.M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1(1): 6-41.
- SQUARCINI F. (2007), *Ex Oriente Lux, Luxus, Luxuria: storia e sociologia delle tradizioni religiose sudasiatiche in Occidente*, Società Editrice fiorentina, Firenze.
- SQUARCINI F. (2015), *Patañjali Yogasūtra*, Einaudi, Torino.
- SQUARCINI F., SERNESI M. (2006), *Il buddhismo contemporaneo: rappresentazioni, istituzioni, modernità*, Società Editrice Fiorentina, Firenze.
- STANLEY S. (2012), *Mindfulness: Towards A Critical Relational Perspective*, "Social and Personality Psychology Compass", Vol. 6(9): 631-641.
- STONEMAN R. (2016), *The Struggle Against Pragmata*, "The Classical Review", Vol. 66(2): 487-488.
- STONEMAN R. (2019), *The Greek Experience of India. From Alexander to the Indo-Greeks*, Princeton University Press.
- VAN SCHAİK S. (2020), *Buddhist Magic: Divination, Healing, and Enchanting through the ages*, Shambala Publications, Boulder.
- VETTER T. (1988), *The Ideas and Meditative Practices of Early Buddhism*, Brill, Leiden.
- WALDRON W. (2019), *Mindfulness and Indian Buddhist conceptions of unconscious Processes*, "Current Opinion in Psychology", Vol. 28: 28-31.
- WALLNER F., KLÜNGER G. (2015), *Buddhism – Science and Medicine Interpretations, Applications, and Misuse*, Verlag Traugott Bautz GmbH, Nordhausen.
- WEGELA K.K. (2013), *La Psicoterapia contemplativa. Il buddhismo, la psicoterapia e il risveglio della saggezza naturale*, Ubaldini, Roma.
- WITZEL M.E.J. (2011), *Gandhāra and the Formation of the Vedic and Zoroastrian Canons*, "Proceedings of the International Symposium. The Book. Romania. Europa. Etudes euro- et afro-asiatiques", pp. 490-532, disponibile all'indirizzo: <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:9887626> (consultato il 10 luglio 2022).
- WUJASTYK D. (1998), *The Roots of Āyurveda*, Penguin classics, London.
- ZYSK K.G. (1991), *Asceticism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Oxford University Press, New York.
- ZYSK K.G. (1993), *Religious Medicine. The History and Evolution of Indian Medicine*, Routledge, Oxon.
- ZYSK K.G. (1995), *New Approaches to the Study of Early Buddhist Medicine: Use of Technical Brāhmaṇic Sources in Sanskrit for the Interpretation of Pali Medical Texts*, "Pacific World, New Series", Vol. 11: 143-154.

Sistema di abbreviazioni usate

DN: *Dīghanikāya*

MN: *Majjhimanikāya*

SN: *Saṃyuttanikāya*

AN: *Aṅguttaranikāya*

Snp: *Suttanipāta*

Dhp: *Dhammapadā*

Scheda sull'Autore

Federico Divino (Roma 1995) è dottorando di ricerca all'Università di Bergamo con un progetto sull'Antropologia delle pratiche contemplative. Si occupa anche di storia e filosofia buddhista, con particolare riferimento allo sviluppo dalla meditazione antica alla mindfulness. Ha ottenuto la sua laurea in Lingue e Civiltà Orientali all'Università di Roma e la successiva magistrale in Antropologia all'Università Ca' Foscari. Le sue ricerche si concentrano sulle pratiche mediche di matrice asiatica utilizzate nel mondo "occidentale", i processi di transculturazione, costruzione e legittimazione di identità e la filosofia buddhista in ottica comparativa.

Riassunto

Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista.

Lo scopo dell'articolo è delineare un'introduzione alla concezione medica del buddhismo attraverso la chiave di lettura antropologica. La nostra indagine si concentrerà sull'analisi del concetto di "malattia" e "sofferenza" nel buddhismo, tenendo presente che essi sono alla base stessa del pensiero buddhista e, analogamente, anche dei suoi esiti moderni come la mindfulness.

Parole chiave: buddhismo, malessere, antropologia medica, dukkha, yoga

Resumen

Algunas notas sobre la concepción del cuerpo y la "enfermedad" en la medicina budista.

El propósito del artículo es esbozar una introducción a la concepción médica del budismo a través de la interpretación antropológica. Nuestra investigación se centrará en el análisis del concepto de 'enfermedad' y 'sufrimiento' en el budismo, teniendo en cuenta que son la base misma del pensamiento budista y, del mismo modo, también de sus manifestaciones modernas como la 'atención plena' (mindfulness).

Palabras claves: budismo, enfermedad, antropología médica, dukkha, yoga

Résumé

Quelques notes sur la conception du corps et de la « maladie » dans la médecine bouddhiste.

Le but de l'article est d'esquisser une introduction à la conception médicale du bouddhisme à travers l'interprétation anthropologique. Notre enquête se concentrera sur l'analyse du concept de "maladie" et de "souffrance" dans le bouddhisme, en gardant à l'esprit qu'ils sont la base même de la pensée bouddhiste et, de la même manière, également de ses résultats modernes tels que la "mindfulness".

Mots clés: bouddhisme, maladie, anthropologie médicale, dukkha, yoga

