

AMI



56 / dicembre 2023

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

In copertina: *Formazione continua per un dibattito antropologico sull'etica.* © Tiziano Demuro.



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

56

dicembre 2023
December 2023



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 / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / 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 / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / 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, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / 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 / Sara Cassandra, writer, Napoli, 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 / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, 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, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, 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. 56, dicembre 2023
n. 56, December 2023

Editoriale

11 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 56
AM 56 Editorial

15 *Annuncio di un webinar SIAM sul conflitto in Israele e nei Territori Palestinesi Occupati*
Announcement of a SIAM Webinar on the Conflict in Israel and the Occupied Palestinian Territories

Saggi

17 Alexander Koensler
Novanta secondi. Violenza e affetto in zone ibride israelo-palestinesi durante la guerra tra Hamas e Israele
Ninety Seconds. Violence and Affection in Israeli-Palestinian Hybrid Zones During the Hamas-Israel War

43 Eugenio Zito
L'antropologia medica italiana e la lezione di Tullio Seppilli
Italian Medical Anthropology and the Lesson of Tullio Seppilli

Ricerche

87 Chiara Legnaro
Trapianti, spiriti, possessioni. I "fenomeni post-trapiantali" alla luce dell'etnopsichiatria e dell'antropologia medica
Transplants, Spirits, Possessions. "Post-Transplant Phenomena" in the Light of Ethnopsychiatric and Medical Anthropology

119 Emily Pierini
Trance-Formative Therapeutic Experiences. Moving and Being Moved by Spiritual Healing Across the Atlantic
Esperienze terapeutiche trance-formative. Muoversi e essere mossi dalla cura spirituale attraverso l'Atlantico

- Note, interventi, rassegne* 141 Alberto Simonetti
Ontologia di una svolta. Una nuova postura filosofico-antropologica
Ontology of a Turn. A New Philosophical-Anthropological Posture
- Sezione monografica* 155 Corinna S. Guerzoni, Viviana L. Toro Matuk
Dialoghi sull'etica. Discorsi e pratiche della ricerca in antropologia. Introduzione
Dialogues on Ethics. Research Discourses and Practices in Anthropology: Introduction
- 175 Valentina Porcellana
Libertà, scelta, rispetto. Dilemmi etici e antropologia applicata ai servizi sociali
Freedom, Choice, Respect. Ethical Dilemmas and Anthropology Applied to Social Services
- 193 Viviana L. Toro Matuk
Il "rito" del consenso informato e il principio di autonomia. Note di un accesso al campo in una comunità di recupero dalla dipendenza da sostanze
The "Ritual" of Informed Consent and the Principle of Autonomy: Notes from an Access to the Field in a Rehab Community
- 219 Corinna S. Guerzoni
Etica della ricerca e processi di revisione etica in ambito antropologico. Analisi comparativa di due percorsi di approvazione etica negli USA e in Italia
Research Ethics and Ethical Review Processes within Anthropology: Comparative Analysis of Two Ethical Approval Processes in the USA and in Italy
- 249 Ferdinando Fava
L'ascolto antropologico: epistemologia, etica e (in)giustizia
The Anthropological Listening: Epistemology, Ethics and (In)justice

Riflessioni e Racconti

285 Sara Cassandra

*Il corpo malato: dinamiche d'introversione
e di estroversione, paradossi, aperture*
*The Sick Body: Dynamics of Introversion
and Extroversion, Paradoxes, Openings*

Recensioni

Paolo Bartoli, *Spazi ossimorici / Oxymoronic Spaces*
[Michelangelo Giampaoli, *La vita sociale dei cimiteri*],
p. 291 • Laura Cremonese, *Prospettive etnografiche in
Antropologia della Salute in Brasile / Ethnographic
Perspectives in Anthropology of Health in Brazil*
[Sônia Weidner Maluf, Érica Quinaglia Silva,
*Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde:
etnografias comparadas*], p. 294 • Francesco Diodati,
*L'anima della cura. Joan, Arthur e l'antropologia del
caregiving / The Soul of Caregiving. Joan, Arthur, and
the Anthropology of Caregiving* [Arthur Kleinman,
*The Soul of Care. The Moral Education of a Husband
and a Doctor*], p. 302 • Bruno Riccio, *Narrare
ed elaborare coralmemente l'invisibile in migrazione e
oltre / Narrating and Chorally Processing the Invisible
in Migration and Beyond* [Rita Finco (a cura di),
*Esperienze di cura in migrazione. Forme dell'invisibile
e narrazioni possibili: l'orizzonte etnoclinico*], p. 309.

Editoriale di AM 56

Giovanni Pizza

Università di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

Innanzitutto, vorremmo dire anche noi, da qui, qualcosa su quello che sta accadendo in questi giorni in Medio Oriente tra Israele e Palestina. Su questo grave argomento la SIAM si è riunita e, nonostante le sensibilità differenti, tutti siamo stati consapevoli che la Pace è una prassi quotidiana e abbiamo concordato di scrivere e far circolare un annuncio, che pubblichiamo subito dopo questo breve editoriale, in apertura della rivista.

Abbiamo poi chiesto una testimonianza all'amico e collega italo-tedesco Alexander Koenler, che quel terribile 7 ottobre, nel giorno in cui Hamas ha sferrato il suo sanguinoso attacco dalla striscia di Gaza verso Israele, si trovava lì. Doveva partecipare a un Congresso che non si è tenuto. Egli ha scelto di raccontare per iscritto l'esperienza della sua permanenza e del suo rocambolesco rientro, nonché le ragioni della sua solidarietà e del suo no alla tragedia storica dell'occupazione e alla guerra attuale in quei territori. Alex è un antropologo della politica esperto di territori "ibridi" come quello israelo-palestinese. Le stesse cose non ha potuto dirle in un seminario pubblico: un nodo alla gola gli si è stretto mentre stava per parlarne.

Il testo di Koenler è collocato in apertura della rubrica *Saggi*. Si tratta di una testimonianza, in presa diretta, dei primi giorni del conflitto. Dall'8 ottobre a oggi abbiamo assistito, increduli e sgomenti, a un attacco israeliano senza precedenti e che non può avere alcuna giustificazione politica e morale. Un attacco che ha colpito principalmente la popolazione civile e che ha devastato la striscia di Gaza. È nostro dovere, come cittadini e come antropologi, non stare in silenzio ma agire, in tutte le forme possibili perché questo attacco si fermi subito. Nel contempo è necessario riflettere analiticamente. Nelle prossime settimane organizzeremo degli incontri sul conflitto che poi speriamo di ospitare, sotto forma scritta, nella rivista.

Si prosegue con lo scritto di Eugenio Zito, nostro redattore e membro del Consiglio Direttivo della “Società italiana di antropologia medica” (SIAM), che ci offre la sua visione del 2° Convegno della SIAM del 2018 dedicato a Tullio Seppilli, le cui sessioni plenarie abbiamo pubblicato sul N. 49 di AM, mentre la maggior parte delle riviste italiane di antropologia ha curato l’edizione dei panel paralleli.

Inoltre, con questo numero 56 di AM, inauguriamo una nuova rubrica posta prima delle recensioni: *Riflessioni e Racconti* della scrittrice Sara Cassandra, membro della nostra redazione. La curerà lei scrivendo o coinvolgendo narratrici e narratori sui temi dell’incorporazione, dei processi di salute/malattia, sul dolore e la sofferenza. Cassandra è Autrice del libro *La solitudine del cruciverba incompiuto. Storie di tranelli linguistici e disturbi psicosemantici*, insieme ad altri testi di racconti, riflessioni e narrazioni. È un testo già recensito, che riteniamo rilevante per l’antropologia medica in quanto tratta di patologia in una maniera che va oltre la scrittura narrativa assumendo il malessere in chiave soggettiva e come esperienza creativa, soprattutto in rapporto al linguaggio (come il *calembour* “psicosemantici” al posto di “psicosomatici” e l’uso di Lacan ci hanno fatto immaginare). Dopo avere letto questo testo si può capire quanto la malattia sia dialetticamente intrecciata alla salute e quanto talora ammalarsi faccia bene, per dirla con il libro di Giorgio Abraham e Claudia Peregrini.

La sezione *Ricerche* risulta “monografica”, ancorché non volutamente, in quanto accoglie due scritti sugli spiriti, proposti da Chiara Legnaro, neolaureata in filosofia all’Università di Trento, e da Emily Pierini, ricercatrice alla Sapienza Università di Roma. Ristesì, come sempre, nei mesi scorsi, dopo la lettura e il commento dei referees, entrambi riguardano la possessione, tema sul quale abbiamo già prodotto diverse scritture e torneremo presto a farlo.

Il numero 56 continua dopo le *Ricerche* con una *Sezione monografica* dedicata all’etica, a cura di Corinna S. Guerzoni, redattrice di AM, Visiting Scholar, Postdoctoral Researcher negli USA e Visiting Researcher in UK che, dopo aver vinto borse di studio dell’Unione Europea e di Fondazioni statunitensi, è ora Ricercatrice presso l’Università di Bologna, e Viviana L. Toro Matak, docente di Etica applicata, Filosofia della medicina, Sociologia della salute e Prevenzione ed Educazione alla salute presso l’Università Ludes Lugano Campus, sede svizzera della Facoltà di fisioterapia della Semmelweis University.

Le questioni etiche, dopo essere state ampiamente dibattute in ambito internazionale, stanno diventando improrogabili anche in Italia come mostra l'ampia bibliografia. È importante che AM ne tratti subito, perché l'etica ha visto nella biomedicina il suo modello e l'antropologia medica è la specializzazione dell'antropologia più esposta alla medicina occidentale, e quindi maggiormente interessata a tessere dialoghi sull'etica per comprendere a che punto è il dibattito nel nostro Paese.

Infine, dopo la nuova rubrica – di cui pure abbiamo dato conto, poco fa, in questo *Editoriale* –, ci sono le *Recensioni*, affidate a esperti del settore.

Questo anno si è aperto con il 4° Convegno Nazionale della Società italiana di antropologia medica (SIAM): a fine gennaio siamo stati ospiti nella città di Napoli, presso il Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento di cui Eugenio Zito è membro – dove, con il patrocinio della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli, abbiamo discusso di *Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*. Un convegno che ha riflesso i tempi difficili che stiamo attraversando, ma che anche è stato denso di aspettative.

Ora il 2023 si chiude con questo N. 56 di AM e, anche stavolta, nella speranza di avere assolto nuovamente il compito di rispondere alla domanda: «*Dove va l'antropologia medica italiana?*», auguriamo a tutti e a tutte un buon anno nuovo 2024.

Annuncio di un webinar SIAM sul conflitto in Israele e nei Territori Palestinesi Occupati

SIAM. Società italiana di antropologia medica

Alessandro Lupo (Presidente)

Sapienza Università di Roma

[alessandro.lupo@uniroma1.it; siam@antropologiamedica.it]

Cari Soci, Care Socie

In un momento in cui il dibattito pubblico è fortemente polarizzato e difficilmente consente una riflessione informata e approfondita sulle intricate radici storiche e sull'enorme complessità del dramma sotto i nostri occhi, avvertiamo il bisogno di fare ricorso ai nostri strumenti analitici per dare il nostro contributo conoscitivo e progettuale, per denunciare l'atroce normalizzazione della violenza come soluzione alle tensioni politiche e per contrastare l'attiva strutturale produzione della sofferenza, che compromette il futuro di intere generazioni.

Vi abbiamo già inoltrato, affinché valutaste se aderirvi e sottoscriverli, alcuni degli appelli che stanno circolando per esprimere solidarietà alle vittime di tanta violenza, indignazione per la sua insensatezza e volontà di porvi fine.

Ma il compito di una associazione scientifica è innanzitutto quello di promuovere la conoscenza e la comprensione dei fenomeni, portarne alla luce le cause, svelarne i mascheramenti e possibilmente contribuire a ideare delle soluzioni percorribili ai problemi. Con la consapevolezza che ciò che più conta in frangenti come l'attuale è la capacità di guardare al futuro: per definire e attuare gli interventi più efficaci a curare i traumi e le memorie che per decenni affliggeranno le vittime, per salvaguardare la dignità, i diritti, la libertà e la salute di tutti senza discriminazioni ed esclusioni, per individuare percorsi condivisi in grado di ripristinare condizioni di convivenza, per garantire una pace giusta e durevole.

Stiamo dunque pianificando un ciclo di incontri seminariali che consenta – come già avvenuto all'insorgere della pandemia – di mettere in gioco

le nostre competenze, ascoltare e confrontare i punti di vista e le analisi nostre e di colleghi e interlocutori esperti e qualificati con diverse provenienze e prospettive. Nella speranza che ciò consenta di produrre un incremento della conoscenza e della capacità di comprensione e intervento.

Vi saremo grati per il contributo che vorrete dare alla realizzazione del webinar e per la vostra attiva partecipazione agli incontri.

Nell'attesa di diffondere a breve la comunicazione dei primi appuntamenti, vi salutiamo molto cordialmente.

Il Consiglio direttivo

Membri del Consiglio Direttivo della SIAM

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, *Vicepresidente SIAM*, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Erica Eugeni, *segretaria SIAM*, studiosa indipendente, Roma / Alessandro Lupo, *Presidente SIAM*, Sapienza Università di Roma / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli, Perugia / Giovanni Pizza, Università di Perugia / Ivo Quaranta, Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Pino Schirripa, *Vicepresidente SIAM*, Università di Messina / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Trapianti, spiriti, possessioni

I “fenomeni post-trapiantali” alla luce dell’etnopsichiatria e dell’antropologia medica

Chiara Legnaro

Studiosa indipendente, Trento
[chiara.legnaro@gmail.com]

Abstract

Transplants, Spirits, Possessions. “Post-Transplant Phenomena” in the Light of Ethnopsychiatric and Medical Anthropology

“Post-transplant phenomena” constitute a set of personality changes involving the recipient patient following a heart transplant. The main explanatory hypotheses offered in the medical literature can be traced back to the biomedical paradigm and, in a final analysis, to a “one-universe” ontology. The purpose of the present analysis is to offer instead an explanatory possibility from a “multiple universe” ontological dimension, from the theoretical tools of critical-interpretive medical anthropology and ethnopsychiatry. The anthropological category of “spirit possession” thus becomes central to reinterpreting these clinical episodes by reformulating the bond between donor and recipient through the formula of “mimetic empathy”.

Keywords: transplant, post-transplant phenomena, ethnomedicine, spirit possession, cultural leverage

Introduzione

Quando l’invisibile abbandona il mondo quotidiano (come fece con Giobbe, lasciandolo afflitto da ogni sorta di disgrazie fisiche e materiali), allora il mondo visibile non può più alimentare la vita, perché la vita non ha più il suo sostegno invisibile. Allora il mondo ti dilania. Non è forse questo che ci insegnano la decadenza e la rovina delle culture tribali, una volta derubate dei loro spiriti in cambio di beni di consumo? (HILLMAN 1997: 146).

La credenza che un trapianto d’organo possa conferire al paziente ricevente alcune caratteristiche del donatore ha da sempre dominato gli immaginari socio-culturali legati alla pratica medica (SANNER 2003: 395).

Influenze di tipo religioso, culturale ed etnico hanno di fatto contribuito a sedimentare nelle pratiche etnomediche specifici approcci riguardo ai trapianti promuovendo, anche sul piano sociale, una maggiore o minore attitudine alla donazione di organi (OLIVER *et al.* 2011).

Tale credenza si intensifica poi se l'organo trapiantato costituisce un importante elemento nel quadro simbolico-culturale del contesto di riferimento: un esempio è dato dal cuore, e dalla convinzione diffusa tra i pazienti in lista d'attesa che un simile trapianto possa conferire al ricevente alcune caratteristiche fondamentali del donatore (INSPECTOR 2004).

Dall'inizio della storia dei trapianti non sono mancati però episodi clinici che hanno permesso di confermare empiricamente, almeno in apparenza, tali convinzioni. Tali episodi possono essere ricondotti alla denominazione univoca di "fenomeni post-trapiantali", e si strutturano come una serie di casi clinici per i quali il paziente ricevente manifesta, in seguito al trapianto cardiaco¹, un mutamento di alcuni tratti di personalità² riconducibile a quelli del proprio donatore.

Se il primo caso documentato risale al 1968 (LUNDE 1969), bisogna aspettare altri trent'anni affinché il tema degli episodi post-trapiantali venga esaminato attraverso una metodologia strutturata. È il 1992 infatti quando un gruppo di ricerca del Dipartimento di Medicina di Vienna conduce un'indagine qualitativa intervistando 47 pazienti trapiantati di cuore, riscontrando all'interno del campione tre casi di fenomeni post-trapiantali (BUNZEL 1992). Di questi tre pazienti il primo dichiarava di aver manifestato un cambio di atteggiamento caratteriale in seguito al trapianto, divenendo all'improvviso molto più calmo e sereno. Il secondo, un uomo di 45 anni, testimoniava come tutto ad un tratto amasse ascoltare la musica con le cuffiette ad alto volume, cosa che prima di allora non aveva mai fatto. Il suo donatore era un ragazzo di 17 anni. Il terzo paziente, infine, si comportava come se il donatore fosse ancora vivo dentro di lui:

So the patient felt as if he was living two lives. When we asked how he was, he used to say "WE are ok". In the interview he pointed out: "actually my wife and I, we could get married in church now. Because I'm no longer the one she originally married. I'll write to the Pope..." (BUNZEL 1992: 253).

Successivamente, nel 1999 un gruppo di ricerca americano presenta alla comunità scientifica dieci casi clinici di fenomeni post-trapiantali, mostrando come questi cambiamenti di personalità precedevano ogni contatto tra il paziente ricevente e la famiglia del donatore e come nessuno dei dieci pazienti avesse ricevuto diagnosi psichiatriche (PEARSALL *et al.* 2000: 71).

Se le prime interpretazioni psicologiche di questi fenomeni si basano prevalentemente sulla letteratura psicoanalitica, incardinandosi attorno ai concetti di “incorporazione delle fantasie” (CASTELNUOVO-TEDESCO 1973) e “pensiero magico” (INSPECTOR 2004), le più recenti ipotesi si strutturano invece attorno alla teoria della “memoria cellulare”, che include tra le possibili varianti la memoria epigenetica, genetica, dell’RNA, proteica, neurocardiologica ed energetica (LIESTER 2020: 2). La teoria della memoria cellulare sostiene che la facoltà della mente di «ricordare ed imparare» non sia limitata alle sinapsi cerebrali ma costituisca una proprietà di tutte le cellule del corpo umano (VERNY 2021: 34). Le differenti varianti della teoria della memoria cellulare presuppongono tuttavia un quadro ontologico ed epistemologico di riferimento non esplicitamente dichiarato, riconducibile all’interno del paradigma della biomedicina e, nello specifico, all’interno della dimensione definita da Tobie Nathan a «universo unico» (NATHAN 1996: 18).

Le società a “universo unico” condividono alcuni fondamentali presupposti impliciti, come la convinzione che l’essere umano sia essenzialmente “solo” e l’idea che la malattia risieda nel soggetto, nella sua psiche, nella sua biologia, nelle sedimentazioni della sua storia individuale o, ancora, nelle ripercussioni della sua educazione (*ibidem*). La biomedicina rappresenta il risultato di tali aspetti culturali più o meno inconsci: concependo il corpo ed il sé come entità distinte e separabili, essa colloca la malattia nel corpo o nella mente, disconoscendo al contrario il valore delle relazioni sociali nello sviluppo della malattia e della successiva cura (QUARANTA 2006: x).

Attraverso la prospettiva ad universo unico la causa esplicativa dei fenomeni post-trapiantali viene ricercata nel *microcosmo* e, nello specifico, nell’insieme di processi fisiologici e cellulari distribuiti in tutto il corpo a partire dai quali la mente e la coscienza emergono e si strutturano. Si può dunque ricondurre questi episodi clinici ad alcune peculiarità del cuore o del sistema immunitario, quali la presenza di neuroni intracardiaci nel primo caso o la capacità delle cellule immunitarie di serbare memoria nel secondo caso. Se da un lato queste ipotesi sfidano l’assunto della filosofia della mente propria della biomedicina, che riconduce i processi mentali ai processi cerebrali (NANNINI 2002), dall’altro lato esse rientrano ancora in un quadro materialista e razionale all’interno del quale ogni influenza metafisica *invisibile*³ è esclusa.

Questa esclusione è frutto secondo James Hillman di un «progressivo venir meno del nostro interesse verso le cose che la coscienza razionale chiama

magiche, mistiche e mitiche», per cui «l'invisibile diventa "l'alieno", ancora più pauroso e distante» (HILLMAN 1997: 143).

E così, è tale alienazione che porta Jean-Luc Nancy a definire il suo cuore trapiantato come un "intruso" (NANCY 2006), un agente sconosciuto che si insinua tra le pieghe dell'identità, incontrollabile e pertanto spaventoso, secondo il dettame per cui «ciò che non riesco a vedere non posso conoscerlo; ciò che non conosco lo temo; ciò che temo lo odio; ciò che odio lo voglio distruggere» (HILLMAN 1997: 143).

Come ricomporre allora una visione dei fenomeni post-trapiantali, testimonianza di una presenza ancora viva nel cuore del paziente ricevente, secondo un ordine metafisico capace di includere anche l'invisibile? Affinché esso sia presente, almeno sul piano speculativo, è necessario partire da un'ontologia definita da Nathan a "universi multipli", che sappia ricomprendere al proprio interno l'esistenza e l'influenza di forze metafisiche quali l'anima, gli spiriti, i *djinn*, i santi, ecc (NATHAN 1996: 19).

Se il riconoscimento di tali entità nei differenti contesti religiosi e sociali costituisce uno dei compiti dell'antropologia culturale, lo studio del loro rapporto con i processi di salute e di malattia all'interno della comunità diviene invece oggetto dell'antropologia medica.

Per tale ragione, la presente ricerca si apre con un preliminare cenno all'evoluzione di quest'ultima disciplina, dalle origini sino allo specifico apporto dell'approccio critico-interpretativo di Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes. La scelta di appoggiarsi a questo modello di antropologia medica deriva innanzitutto dalla necessità di riconoscere il corpo umano come un prodotto e agente sociale, i cui confini, potenzialità e rapporti con la mente costituiscono anche elementi socio-culturalmente determinati. Diviene così centrale in relazione all'ontologia a universi multipli la nozione di corpo dai confini "permeabili" e "flessibili", in grado di essere sensibile e aperto alle influenze esterne, comprese le entità metafisiche invisibili proprie della cultura di riferimento.

La possibilità che la salute dell'individuo sia influenzata anche da tali entità estranee al mondo materiale appare perciò esclusa dall'orizzonte epistemico della biomedicina e richiede pertanto per essere esplorata attraverso un decentramento dalla prospettiva biomedica e materialista culturalmente assimilata.

A tale fine si è scelto di presentare il *case-report* di Dombà, membro della popolazione indigena dei Suyá, come testimonianza di un paziente tra-

piantato radicata in un'ontologia ad universi multipli e dunque come collocata all'interno di una prospettiva emica differente. La testimonianza diretta di un membro Suyá, ricostruita attraverso le fonti etnografiche di Lock e Schepher-Hughes (2003), ha permesso di esplorare i concetti «vicini all'esperienza» (GEERTZ 1988: 73) che consentono a Dombà di descrivere nel suo linguaggio l'esperienza di un trapianto. Successivamente tali concetti sono stati affiancati ed integrati da concetti «lontani dall'esperienza» (*ibidem*)⁴, quali “possessione spiritica” e “morto senziente”, attraverso i quali si è potuta delineare un'ipotesi interpretativa dei fenomeni post-trapiantali a partire da uno sguardo ad universi multipli.

L'utilizzo combinato di strumentazioni etnografiche e di concetti “lontani dall'esperienza” costituisce uno dei possibili modi di rispondere al problema antropologico sollevato da Malinowski nel suo *Diario* e riportato a più riprese anche da Clifford Geertz, ovvero quello di «comprendere come sia possibile la conoscenza antropologica di come i nativi sentono e percepiscono» o, in altre parole, comprendere «cosa accade al *Verstehen* quando l'*Einfühlen* scompare» (ivi: 72).

La tematica si declina quindi attorno alla questione di “come vedono i nativi” e necessita pertanto di un approccio delicato e consapevole dei limiti metodologici, strumentali, e soprattutto epistemologici della ricerca in atto.

Cogliere concetti che, per altre popolazioni, sono vicini all'esperienza, e farlo sufficientemente bene da collocarli in connessioni illuminati con concetti distanti dall'esperienza che i teorici hanno costruito per cogliere le caratteristiche generali della vita sociale, è un compito per lo meno delicato, anche se un po' meno magico del mettersi nella pelle dell'altro (ivi: 74).

Ed è verso tale “delicato compito” che l'obiettivo della presente ricerca converge. Come leggere allora i fenomeni post-trapiantali a partire da un'ontologia ad universi multipli? Come cogliere l'esperienza ermeneutica di un soggetto trapiantato inserito in un contesto etnomedico differente da quello biomedico?

Da un lato il risultato più significativo di questa indagine si presenta nell'elaborazione della tesi per cui, a partire da una specifica etnomedicina collocata in un'ontologia a universi multipli, i fenomeni post-trapiantali possono essere spiegati attraverso il concetto di “possessione spiritica” del paziente ricevente da parte del suo donatore. Dall'altro lato, l'assenza di letteratura medica e antropologica sul tema dell'interpretazione culturalmente determinata di tali episodi ha reso necessario basare la ricerca su

una fonte etnografica, la storia di Dombà, che descrive il processo ed il vissuto di un trapianto di rene, ed esclude con ciò una diretta comparazione con i trapianti di cuore.

Il limite principale del presente lavoro consiste pertanto nel suo carattere congetturale e deduttivo. Dato l'interesse dell'argomento si raccomandano pertanto ulteriori ricerche volte a raccogliere dati sulla percezione culturale di questi fenomeni a partire da gruppi etnici differenti.

Dalla biomedicina all'etnomedicina

Una tecnica non s'interpreta. Chi sono dunque questi stolti che, senza aver mai incontrato un paziente la cui patologia è strutturata secondo modalità culturali, senza aver mai partecipato a una seduta terapeutica di un guaritore, enunciano dall'alto del loro sapere [...] le interpretazioni di questa o quella eziologia tradizionale? (NATHAN 1994: 63)

A partire dagli anni '80 le indagini etnopsichiatriche di Arthur Kleinman hanno indirizzato l'attenzione verso la *natura culturale* della biomedicina, sottolineando come essa rappresenti, in modo analogo ai sistemi medici non occidentali, un'*etnomedicina* culturalmente determinata (KLEINMAN 1973; KLEINMAN, EISENBERG, GOOD 1978; KLEINMAN 1980). L'ampliamento del campo d'indagine alla medicina occidentale, «esaminata al pari di ogni altro sistema medico come prodotto storico radicato in una concreta e specifica tipologia di società e cultura», ha costituito per la ricerca antropologica un vero e proprio salto di qualità, sancendo la definitiva nascita dell'antropologia medica (SEPPILLI 2006-2008: 58).

Nello specifico, significativo è stato il contributo di Kleinman nell'implementare la visione della medicina quale «impresa sociale e culturale», rispetto a cui il sistema medico costituisce «un sistema ordinato, un coerente corpo di idee, valori e pratiche radicate in un dato contesto culturale dal quale deriva le sue significazioni» (KLEINMAN 1973: 208). In questo modo i pazienti, le figure curanti e l'esperienza della malattia (*illness*) e della guarigione sono incorporati in una specifica configurazione culturale di significato, a partire dalla quale articolano le loro esperienze e attività (KLEINMAN 1980: 25).

All'interno della ricerca antropologico-medica, rinnovata nella sua essenza e liberata dall'equivoco per il quale «il pensiero e le categorie diagnostico-terapeutiche della biomedicina sono libere da connotazioni culturali» (QUARANTA 2012: 264), assume un ruolo centrale l'esperienza interpretati-

va ed ermeneutica dei soggetti coinvolti, rispetto alla quale il medico opera un'attività di traduzione del sapere dell'Altro (QUARANTA, RICCA 2012: 12), negoziando attraverso il processo diagnostico le realtà e le simbologie proprie dei pazienti (KLEINMAN 1973: 254).

La distinzione tra *illness* e *disease*⁵, operata inizialmente da Eisenberg, quali differenti “modelli esplicativi” (EISENBERG 1977: 18) volti a descrivere la malattia permette di riabilitare i contenuti ermeneutico-esistenziali dell'esperienza soggettiva del paziente, conferendo piena dignità alla dimensione del *sensu* all'interno della pratica medica⁶. Sul piano diagnostico, la dimensione del senso permette di tradurre il linguaggio clinico ed organico in «parole comprensibili per l'anima del paziente» (JASPERS 1991: 50). Tuttavia, definendo la malattia *disease* come «processo naturale» (KLEINMAN 1973: 209), le prime ricerche nell'ambito dell'antropologia medica non giungono a «problematizzare la natura della *disease*, ovvero le radici corporee della malattia» (QUARANTA 2006: XVI) ma riconducono la dimensione corporea, affettiva ed emozionale ad un insieme di «stati psicofisiologici universali e, dunque, naturali» (ivi: XIII).

A mettere in luce la necessità di tematizzare invece proprio la dimensione corporea, è l'antropologia medica critico-interpretativa che, attraverso le ricerche di Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes, riconosce il carattere culturalmente informato della corporeità, la quale va intesa come «as simultaneously a physical and symbolic artifact, as both naturally and culturally produced, and as securely anchored in a particular historical moment» (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987: 7). Anche il dualismo cartesiano viene così inquadrato all'interno di una “etnopsicofisiologia” specifica, quale uno dei possibili sistemi di conoscenza delle relazioni tra il corpo, la mente, la cultura, la natura e la società (ivi: 11). Combinando una prospettiva fenomenologica con un approccio simbolico, le Autrici descrivono lo scopo dell'antropologia critico-interpretativa:

Il compito di un'antropologia medica critico-interpretativa è, prima di tutto, descrivere la varietà delle concezioni metaforiche (conscie e inconscie) relative al corpo con le relative narrazioni e quindi mostrare gli usi sociali, politici e individuali cui queste concezioni vengono applicate nella pratica. [...] La conoscenza medica non è concepita come un corpo autonomo ma come radicata nelle pratiche e continuamente modificata da esse e dal cambiamento sociale e politico (LOCK, SCHEPER-HUGHES 2006: 153).

Lo stretto legame tra le pratiche mediche ed il cambiamento socio-politico permette alle teoriche dell'antropologia critico-interpretativa di riconoscere come lo stesso corpo fisico non possa essere ricondotto ad un'unica entità

indivisa ma debba essere invece riconosciuto nella sua multidimensionalità, individuale, sociale e politica. Nello specifico, la distinzione concettuale dei “tre corpi” permette di articolare l’indagine fenomenologica secondo una più adatta razionalità, congruente all’esigenza di intersecare nella ricerca medica i processi di sviluppo socio-culturali entro i quali questa si sviluppa⁷.

La distinzione tra individuo e società, radicata in un concetto di “persona” che Geertz definisce come «un universo motivazionale e cognitivo limitato, unico, integrato, un centro dinamico di consapevolezza, emozione, giudizio e azione» (GEERTZ 1988: 76), risulta così sfumata e articolata in differenti dimensioni interconnesse tra di loro.

Se il corpo fisico quale “entità indivisa” rifletteva un’etnopsicofisiologia di derivazione cartesiana, e in particolare una concezione dell’identità individuale attinente alla definizione di persona quale «*substantia rationalis individua*» (MAUSS 1985: 20), la teoria dei tre corpi permette di riconoscere invece la compenetrazione tra le sfere sociali, culturali e politiche e la sfera corporea-individuale sancita, sul piano teorico, dalla nozione di «personalità incorporata» (TURNER 1986: 2).

Il tema dell’incorporazione, centrale nella metodologia dell’antropologia critico-interpretativa, permette di legare con un doppio filo la corporeità con gli assetti culturali entro i quali essa è interpretata, riconoscendo nelle rappresentazioni culturali vere e proprie azioni sul corpo in grado di plasmare la corporeità e la malattia come forma di esperienza sociale (QUARANTA 2006: XVIII). Lo stesso biologismo tipico della tradizione biomedica si configura pertanto come uno dei simbolismi culturalmente determinati attraverso il quale leggere, interpretare e significare i processi corporei individuali, sociali e politici, come testimoniano altresì le differenti indagini di natura *etnoanatomica* (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987: 13).

La nozione di incorporazione, così come elaborata dagli studi di Lock e Schepers-Huges, permette di ampliare ed approfondire il concetto di “corpo vivo” e incarnato, integrando ad una ricerca fenomenologica incentrata sulla soggettività ed il valore dell’esperienza soggettiva (*illness*) del paziente una speculare indagine volta a collocare tale soggettività entro un contesto culturale ben specifico. Il disagio esistenziale ed individuale attribuito alla malattia può essere così inquadrato all’interno di un contesto ambientale e culturalmente informato all’interno del quale il corpo assume forme, strutture ed “etnopsicofisiologie” non universalizzabili, divenendo al tempo stesso «*subject of culture or in other words existential ground of culture*» (CSORDAS 1990: 5).

Il contributo dell'antropologia medica critico-interpretativa permette di esplorare un'ulteriore prospettiva nella lettura dei fenomeni post-trapiantali che tiene conto, in aggiunta, delle elaborazioni culturali delle immagini corporee.

Il corpo vivo diviene così permeabile e sensibile alle reti culturali, politiche ed esistenziali entro le quali è inserito nonché, accanto ad esse, alle dimensioni "invisibili" proprie di tali reti.

Sabbia, spiriti e conchiglie: dalla diagnosi alla divinazione

Un malato è come un ciottolo. A prima vista appare monolitico, intero, perfettamente liscio. Del resto, non ha forse imparato a lasciarsi levigare dalle erosioni? Ma interroghi ciò che è nascosto, e lo vedrà spaccarsi secondo le sue linee di frattura (NATHAN, STENGERS 1996: 29).

La distinzione concettuale tra società a "universo unico" e società a "universi multipli" appare primariamente nei lavori psicoanalitici e antropologico-comparativi dell'etnopsichiatra Tobie Nathan. Una prima, importante, distinzione tra le due visioni socio-culturali è data innanzitutto dall'assunto che, nelle società a universi multipli la realtà sia caratterizzata da diverse dimensioni, integrate tra di loro, distinte in maniera dicotomica tra ciò che si può vedere, sentire, toccare e *tutto il resto*. In questo mondo «le linee di separazione essenziali tra *visibile* e *invisibile* si espandono fino a divenire estese superfici di contatto e di interazione, al cui attraversamento sono destinati particolari esseri umani e non umani (guaritori, spiriti, oggetti rituali)» (ivi: 11).

L'analisi etnopsichiatrica di Nathan suggerisce una sospensione del giudizio sui metodi e le forme di pensiero definite "primitive", allo scopo di focalizzare l'indagine sulla *validità funzionale*, ossia sugli effetti concreti, di ogni azione culturalmente definita, come un rito, un sacrificio, un'offerta o una richiesta di protezione (ivi: 46). Pur non condividendo il principio di falsificabilità del pensiero scientifico, il pensiero selvaggio si caratterizza per un'intrinseca razionalità, costruita a partire dall'applicazione metodica di specifici interventi successivamente validati dall'esperienza⁸.

Nel caso delle società a universi multipli l'adozione di precisi metodi terapeutici, preventivi e apotropaici, contribuisce ad articolare una specifica interpretazione dei fenomeni fisiopatologici. Un esempio riportato da Nathan tratta il caso dello svenimento di una donna: per la psicoanalisi ed in generale la psicopatologia, riferite ad un universo unico, la donna soffrirà

di un disturbo appartenente al mondo conoscibile, ad esempio l'isteria e, il ruolo di «detentore del sapere razionale» sarà affidato allo scienziato, che avrà il compito di aiutare la paziente a smascherare le sue strategie inconscie, elaborando una più definita strategia esistenziale (ivi: 18).

Al contrario, nell'interpretare lo stesso fenomeno la soluzione proposta dalle società a universi multipli consisterà nel «postulare che uno spirito si è impadronito di lei», suggerendo con ciò la necessità di affidarsi a «colui che conosce gli spiriti» (ivi: 19). Di conseguenza, il ruolo della donna muterà inevitabilmente rispetto al primo caso, in cui viene descritta come un «personaggio semplificato»: essa diviene ora «l'informatrice inconsapevole su un mondo invisibile che è bene conoscere» (*ibidem*). Rispetto a questo mondo invisibile il disturbo può essere letto come «un nodo di comunicazione, un incrocio delle vie, là dove, precisamente, gli universi si sovrappongono» (ivi: 24), ed acquisisce un carattere fondamentale per la collettività, costituendo una possibilità per tutto il gruppo di riferimento di acquisire informazioni sul «mondo invisibile» (ivi: 19).

Il passaggio concettuale dall'individuo alla collettività, caratteristico delle società a universi multipli è coerente con un sistema etnomedico in cui la distinzione logica tra corpo, mente e sé non sussiste e, pertanto, non è possibile *collocare* precisamente la malattia in una di queste frammentazioni. Nei sistemi etnomedici non biomedici dunque:

Le relazioni sociali sono anche intese come un contributo chiave alla salute e alla malattia individuabili. In sintesi, il corpo è concepito come un'entità unitaria e integrata del sé e delle relazioni sociali. Esso dipende da sensazioni, desideri e azioni degli altri, inclusi spiriti e antenati morti, e rispetto a ciò è vulnerabile. Il corpo non è inteso come una macchina complessa ma piuttosto come un microcosmo dell'universo (QUARANTA 2006: 173).

Per questa ragione nelle società a universi multipli l'attenzione viene spesso spostata verso i gruppi e le dinamiche familiari o collettive, piuttosto che esclusivamente sulle istanze individuali. Ad esempio, il rito *Ndoep* diffuso tra i Lebu e i Wolof in Senegal consiste in un'azione terapeutica realizzata nel corso di un complesso rituale caratterizzato da danze e musica, le quali costituiscono le «metafore eccellenti di quello sforzo di fusione e reintegrazione diretto a cancellare le solitudini individuali, spingendole a confondersi in un turbinio di corpo o, meglio, in un corpo comune e comunitario» (BENEDUCE 2007: 162).

Contestualmente, all'interno di queste società la *divinazione* prende il posto del metodo diagnostico: ad essere interrogato non è più il malato, quanto

gli oggetti che rinviano a un mondo nascosto, quali sabbia, conchiglie o il rosario di noci di palma; sottoposto ad un'indagine divinatoria, il sintomo diviene un *segno* del mondo invisibile, che può essere interpretato secondo specifiche metodologie (NATHAN, STENGERS 1996: 24). Come portatore di questo segno rivelatore il malato assume un ruolo strutturalmente opposto rispetto a quello assunto nelle società a universo unico: da veicolo di malattia, egli diviene un "esperto" da interrogare anche attraverso la divinazione, un ponte di comunicazione attraverso il quale il medico, ora "detentore del sapere nascosto", può stabilire un contatto con l'universo invisibile, attraverso un processo di negoziazione con il paziente (ivi: 29).

Nel processo di diagnosi-divinazione, «l'attribuzione di intenzionalità all'invisibile» (ivi: 56) permette in primo luogo di dissociare il sintomo dalla persona, ricollocando quest'ultima entro una specifica affiliazione sociale preesistente, come ad esempio il "gruppo dei gemelli" o il "gruppo dei posseduti" (ivi: 62). Rispetto alla biomedicina "dei bianchi", che tende ad isolare il malato rafforzando il gruppo degli esperti (i medici), l'etnomedicina non biomedica tende invece a «rafforzare il gruppo dei malati e, per una specie di necessità intrinseca, isolare il tecnico» (ivi: 63).

Con società a universi multipli si intende dunque un tipo di sistema sociale e di conseguenza un tipo di sistema medico che riconosce l'esistenza di mondi invisibili in grado di influenzare la realtà tangibile. Se la domanda «esistono gli spiriti?» appare con ciò un'idea assurda nel mondo a universo unico, in particolar modo all'interno di una cultura che «emargina l'invisibile» (HILLMAN 1997: 233), diversa è la questione per i sistemi culturali ad universi multipli, in cui il fatto in sé che gli spiriti possono essere evocati, costituisce «il decreto di esistenza dell'universo secondo» (ivi: 28). Nathan individua cinque grandi categorie entro le quali collocare la fenomenologia delle entità soprannaturali: il Dio dei monoteismi, le divinità delle etnie politeiste, gli spiriti, i grandi principi (morte, rispetto, l'unità della famiglia) e gli organi (es. il cuore nella medicina araba) (ivi: 69). Le rappresentazioni sociali delle entità soprannaturali permettono così di rendere «qualcosa di non familiare, familiare» (MOSCOVICI 1984: 24) assumendo una precisa influenza sul soggetto, sulla malattia e sul suo percorso terapeutico. La cura attraverso la divinazione, l'affiliazione del paziente e l'interrogazione dell'invisibile può avere successo in quanto è realizzata secondo tempi, metodologie, gesti e linguaggi familiari al paziente, rispetto ai quali egli può appropriarsene (BENEDEUCE 2007: 149).

In questo modo, i valori etnici, religiosi e culturali contribuiscono a determinare specifiche rappresentazioni del corpo e della mente umana, consentendo alle persone di inscrivere la propria interpretazione simbolica ed esistenziale dei vissuti interiori, all'interno di un mondo materiale e sociale culturalmente informato (LAURI 2009: 649), e rendendo lo stesso processo di guarigione, un processo di «negoiazione di significati» (MARCUS, FISCHER 1998: 63).

Etnografie dei trapianti d'organo: la storia di Dombà

I went to sleep and my heart was pounding very fast. I had another dream about the operation. It is a dream I now have often. I am on my way to the hospital where all these doctors in white want to swap my body parts. But I know that I will be alright because I see my brother-in-law [as a magical bird] perched on the doctor's shoulders, looking down at me. And I know that *Kakwaik-wapama*, our Creator God, is overlooking us all. So why should I be afraid? (SCHEPER-HUGHES, FERREIRA 2003: 145).

Gli studi etnografici di Scheper-Hughes (SCHEPER-HUGHES, FERREIRA 2003) costituiscono nell'ambito dell'antropologia medica uno sguardo innovativo, che ha permesso di comprendere come la concezione culturale del corpo riferita ad una data società possa determinare le rappresentazioni sociali, culturali e antropologiche sui trapianti d'organo. Esempio è in questo contesto la testimonianza riportata dall'autrice di Dombà, membro della popolazione indigena del Brasile centrale dei Suyá, intervistato dopo aver ricevuto un trapianto di rene.

Per la popolazione Suyá il mondo è implicitamente «multiplo e fluido, un mondo in cui umani e animali, spirito e materia, sogno e realtà, si fondono gli uni sugli altri» (ivi: 136), la forte presenza sciamanica (*pajes*), unita alle usanze divinatorie e allo stretto rapporto tra uomini e spiriti, rendono la popolazione Suyá un caso esemplare di società a universi multipli. Questa peculiare ed articolata cosmogonia emerge nei racconti di Dombà in cui tutti gli eventi, naturali e soprannaturali, «vengono trattati allo stesso modo e con la stessa imparzialità, e rappresentano così una realtà in cui il visibile/invisibile coesistono comodamente» (ivi: 138).

La biomedicina è vista dalla popolazione indigena come nient'altro che «un complemento alle pratiche sciamaniche» (ivi: 137) ma, anche quando un Suyá si rivolge alle pratiche biomediche, «i successi o i fallimenti sono invariabilmente attribuiti al potere (o alla sua assenza) degli sciamani e di altre creature soprannaturali» (*ibidem*). Nel caso di Dombà gli sciamani si

presentano in ospedale numerose volte per accompagnarlo e seguirlo nelle varie fasi del trapianto sotto forma di *xexéu*, piccoli uccelli magici, come riportato nella sua testimonianza (ivi: 138):

I was lying in my hospital bed, high up on the tenth floor, half awake, half asleep the night after my surgery when I heard a tap-tapping on the window. Spirit birds were asking to be let into the room. [...] The two *pajes* [shamans] wanted to have a closer look at the operation, to probe the hole where my sick kidney was taken out that afternoon, and to blow tobacco smoke into the place where the new kidney was put inside me (ivi: 139).

L'influenza sciamanica traccia tutto il percorso terapeutico del paziente. L'insorgere della sua malattia, definita dal padre *doença de branco*, una "malattia dei bianchi", è attribuito al rifiuto del figlio di bucarsi il labbro, ed indossare un disco labiale «come ogni vero essere Suyá fa» (ivi: 137). Al contrario, il successo del trapianto renale è ricondotto al fatto che Dombà accetti l'aiuto degli stessi sciamani che avevano tentato di convincerlo ad indossare il disco labiale, riconoscendo in seguito al successo del trapianto «il potere dello sciamanismo, senza il quale non avrebbe potuto sopravvivere all'operazione nell'ospedale di San Paolo» (*ibidem*).

Anche le aspettative inerenti all'esito dell'operazione sono profondamente influenzate dalla visione etnico-culturale e cosmogonica dei Suyá, come riporta la testimonianza del padre di Dombà prima dell'intervento:

"A new one?" my father asked me. 'How can you get a new body and be the same person? You are your body, you are your heart, your liver, your stomach, and your throat. A new body is not my son, a new kidney is not my son, and I want my own son, not someone else's son'. [...] If you change your body, and if you take inside yourself a white man's kidney, your spirit will never be the same. You will share the other person's blood, you will share his feelings (ivi: 141).

Tra i Suyá è diffusa la convinzione che un trapianto possa permettere di acquisire la forza del donatore, influenzando non solo l'individuo ma tutta la sua "parentela". Il concetto di "parentela" tra questa popolazione indigena non riguarda solo il lignaggio, bensì si basa sulla convinzione che la condivisione di sostanze corporee, come il latte, il sangue o il sudore, estenda la famiglia naturale a tutto il gruppo coinvolto in questa condivisione, il quale viene a definirsi "gruppo sostanziale", ed i cui membri sono socialmente, fisicamente ed emozionalmente connessi gli uni agli altri (ivi: 146). Analogamente al rito *Ndoep* dei Lebu e Wolof senegalesi, ed in generale con le usanze antropologiche delle società a universi multipli, anche tra i Suyá la malattia assume una dimensione collettiva. Se il corpo è "corpo sociale",

cosa significa allora un trapianto d'organo per il suo gruppo sostanziale? Inizialmente, questa stretta connessione fisico-spirituale si traduce, in un sogno di Dombà, con il timore di essere disconosciuto ed escluso dalla sua "parentela":

Now I am white, too! In my dream I was walking among my people, and they didn't recognize me. They were all walking around me, staring at me, staring at my belly, amazed. They want to find out who was in that body, because it was so confusing! Was it a Suyá or a *caraiba*, a white man? (ivi: 144).

Al rientro a casa, tale preoccupazione si concretizza nelle reazioni della sua famiglia: tutti continuano a chiedergli se «è ancora sé stesso» in quanto, avendo uno *iturubo* [rene] sconosciuto dentro di sé, nessuno sembra riconoscerlo più (ivi: 149). Tuttavia ciò viene superato nel momento in cui anche il resto del gruppo accetta di aiutare, integrando il nuovo organo, la guarigione di Dombà. Dopo l'intervento i suoi membri «accettano nei loro corpi e nei loro sé una nuova persona psicologica e sociale, divenendo tutti quanti "in parte bianchi"» (ivi: 147). Questo aspetto si traduce in gesti concreti, ad esempio attraverso la cura da parte del gruppo di non mangiare peperoni rossi, in quanto dannosi per il nuovo rene, o di attenersi alle raccomandazioni mediche prescritte; per tale ragione, è possibile secondo Schepher-Hughes parlare di «comunità trapiantata» (ivi: 153).

Ad essere in pericolo con l'operazione non è quindi solo il corpo di Dombà, quanto il suo stesso spirito. Secondo i Suyá la "perdita dello spirito" o dell'anima può derivare da un sortilegio lanciato da una strega o, in alternativa, da una forte malattia o disabilità: durante la sua prolungata degenza, il paziente corre il rischio «che il suo spirito lasci permanentemente il corpo, e si insedi in un'altra forma materiale, umana o non umana, come una pianta, una roccia o un animale» (SEEGER 1985: 197). Per evitare questo, è necessario l'intervento di Intoni, lo sciamano di Dombà, il quale durante le operazioni chirurgiche si occupa di «controllare la sua anima» (SCHEPER-HUGHES, FERREIRA 2003: 151).

Oltre alla "forza del donatore", una potenziale conseguenza del trapianto consiste nel rischio che, aprendo una parte del corpo, forze demoniache originate dalle streghe di Xingu, possano intromettersi all'interno di esso, portando alla morte del paziente (ivi: 149). Per proteggersi da questo rischio, la sera prima di una biopsia di controllo Dombà chiede aiuto a suo fratello sciamano, il quale ritorna in ospedale sotto forma di *xéxéu*, un uccello magico, chiedendogli di descrivere il suo ultimo sogno:

I had only dreamed of the doctors with white masks and whit clothes, with knives in their hands, operating on the dead fellow that gave me his kidney. I tried to see the dead man's face, but he had no face, and when I look hard enough, I could see that it was me! So I knew for certain that the dead man has transformed himself into me and he no longer exists as himself (*ibidem*).

Il mattino seguente la biopsia dà ottimi risultati ed il pericolo di rigetto è scongiurato. La storia di Dombà rappresenta una preziosa testimonianza di una delle possibili prospettive emiche, e dunque locali, sui trapianti d'organo. Tali prospettive si strutturano attorno a dei precisi assi culturali che determinano di conseguenza adeguati modelli di intervento terapeutico volti a risolvere i problemi del paziente. Più volte è ribadita, nella testimonianza riportata, il ruolo centrale degli sciamani del villaggio, senza i quali Dombà non avrebbe potuto sopravvivere alle diverse operazioni. Anche la presenza degli spiriti costituisce un elemento fondamentale in tutta la narrazione: la preoccupazione che spiriti maligni possano "possedere il suo corpo" mentre è esposto durante l'operazione, si traduce nella pratica con il ricorso a strategie terapeutiche preventive, volte a scongiurare questa fatale possibilità. Analogamente, lo "spirito del donatore bianco" rappresenta un ulteriore elemento centrale nella vicenda, in quanto diviene anch'esso a tutti gli effetti, parte della "comunità trapiantata", permettendo ai membri di tale comunità di acquisirne determinate caratteristiche.

Nel caso di Dombà, è riconosciuta tuttavia una stretta e fruttuosa collaborazione tra la biomedicina e l'intervento sciamanico, come riporta la testimonianza di Intoni:

But do the *caraiba* really know what they are doing? That's what worried the people the most because the *caraiba* know how to operate, but they don't understand anything about the soul or the spirit. They always say things like: '*Spirits don't exist!*'. At their hospital there is nobody there to talk to the patient's soul. All there are injections, pills, medicine to spread on the skin. And machines, lots of machines. So the *agatonkere* [shamans] will help (ivi: 151).

Spiriti e defunti: una forma di possessione?

Ours is a Way of Life. We believe that all living things are spiritual beings. Spirits can be expressed as energy forms manifested in matter. A blade of grass is an energy form manifested into matter—grass matter. The spirit of the grass is that unseen force that produces the species of grass, and it is manifest to us in the form of real grass (MOHAWK 1978: 85).

Tutta la vicenda illustrata rientra a pieno titolo nella logica delle società a universi multipli descritte da Tobie Nathan, società per le quali la malattia

può essere considerata anche come una forma di intrusione dall'esterno, una forma di "possessione", che può essere debellata con gli opportuni strumenti divinatori. La visione della malattia come "intrusione nel corpo" da parte di un agente esterno, non è tuttavia un'esclusiva delle società a universi multipli, ma ricorre invece in quasi tutte le culture, compresa quella biomedica, che può intendere l'agente intruso come un batterio o un virus patogeno (JANZEN 2002: 193). A caratterizzare invece la malattia nelle società a universi multipli è la possibilità che essa appartenga ad un ordine metafisico differente e coesistente a quello materiale, di natura "invisibile" e spirituale.

La testimonianza di Dombà rappresenta una prospettiva etnomedica complessa, fondata su un'ontologia ed un'epistemologia all'interno delle quali l'esperienza umana può essere compresa solo «includendo lo spirito e le esperienze spirituali» (STIENSTRA, ASHCROFT 2010: 191). L'elemento spirituale rappresenta un preciso *gap* ontologico tra l'esperienza nativa e aborigena, e l'esperienza biomedica occidentale, e consente di comprendere la disabilità e l'umanità secondo interpretazioni e modelli culturalmente determinati (ivi: 192).

In questa forma di ontologia "indigena" l'identità individuale è connessa ad una rete ecologica spirituale, in un processo di continua negoziazione con gli spiriti del mondo materiale (KELLER 2022: 198). In questo modo, la materialità e l'essere umano si riconfigurano come «non autonomi, energetici, ecologicamente integrati, emergenti e coadattivi e perciò mosse dagli spiriti del mondo materiale» (ivi: 201).

Ad esempio, tra gli aborigeni o i Nativi Americani la vita è concepita come «una serie di cerchi concentrici, come le increspature di un lago. Questi cerchi della vita esistono nelle persone, attorno a loro, e costituiscono la base delle relazioni» (STIENSTRA, ASHCROFT 2010: 194). L'armonia tra questi cerchi è data dall'armonia mente-corpo-spirito e la disabilità e la malattia sono attribuite ad una disarmonia dell'individuo rispetto all'universo. Analogamente all'interpretazione cosmogonica dei Suyá, queste concezioni ontologiche suggeriscono la necessità di concepire l'*embodiment* di un individuo, come un *embodiment collettivo*, includendo in questa collettività anche esseri spirituali differenti dagli umani (ivi: 195).

Dalla letteratura antropologica ed etnografica emergono almeno tre modi di intendere lo "spirito": come un aspetto separato e accessorio dell'essere umano, come un aspetto importante dell'esperienza umana (in questo

caso si parla di “spiritualità”) ed infine come un aspetto intersoggettivo ed interdipendente della vita umana (*ibidem*).

This final cluster of understanding spirit and spirituality suggests that spirit is seen to be an integral part of the human self and spirituality and relations with the spirit are interdependent and emerging components of the world and cosmos within which we live (ivi: 199).

Se nel primo caso ci si riferisce dunque ad una parte spirituale del singolo individuo, e nel secondo caso ad un modo di intendere la relazione tra l'individuo e la spiritualità, nell'ultimo caso lo “spirito” può assumere uno statuto autonomo e allo stesso tempo interdipendente dall'essere umano, come avviene nelle società che concepiscono nel loro universo l'esistenza degli spiriti. In quest'ultimo caso, l'essere umano è ontologicamente relazionale, in quanto viene costantemente definito, nella sua identità e nelle sue esperienze, attraverso le sue relazioni con gli animali, gli organismi viventi, gli spiriti e i defunti (ivi: 200). Tra i differenti elementi fondamentali per discernere i due modelli sociali proposti da Nathan, quello di “possessione spiritica” può aiutare a distinguere le società a universi multipli.

Come potrebbero essere interpretati allora i fenomeni post-trapiantali dal punto di vista di queste società? Se da un lato sono disponibili differenti studi comparativi volti a definire le principali reazioni ai trapianti d'organo in funzione dei diversi contesti culturali, antropologici e religiosi (OLIVER *et al.* 2011), dall'altro lato non sembrano essere disponibili analisi volte ad esaminare le possibili interpretazioni di questi episodi clinici alla luce delle categorie culturalmente determinate.

L'ipotesi esplorata in questa sede è che la categoria antropologica di possessione spiritica, unita alla categoria sociologica di morto senziente, possa fornire uno strumento interpretativo utile a comprendere i fenomeni post-trapiantali dal punto di vista delle società a universi multipli, essendo queste ultime proprio basate sull'idea di una stretta interconnessione tra esseri umani, spiriti e defunti.

Di recente, gli studi antropologici sulle possessioni hanno contribuito a riequilibrarne la definizione secondo parametri volti a valorizzare gli aspetti culturali ed emici, piuttosto che a classificarli secondo lo sguardo occidentale (ZEMPLÉNI 2022: 12). Il concetto di possessione costituisce tuttavia una delle categorie più fragili nell'ambito di ricerca, in quanto include una serie di fenomeni tra di loro eterogenei e diffusi nella maggior parte delle regioni del mondo, con profonde differenze relative alla cultura di riferimento (KEENER 2010: 218). Tuttavia, nessuna società sembra trovarsi

impreparata di fronte alla possessione e all'interno dell'ordinamento di una società, un culto di possessione può assolvere le più varie funzioni (PAULON 2019: 8). In molte culture tali esperienze ritualizzate sono infatti «attivamente ricercate e apprezzate in tutto il mondo come preziosa forma di esperienza religiosa e pratiche terapeutiche» (QUARANTA 2006: 167).

Riconoscendo i molteplici tentativi atti a spiegare questa categoria antropologica, Janice Boddy propone una definizione generica allo scopo di inquadrare il più possibile questo insieme eterogeneo di fenomeni:

Possession [...] is a broad term referring to an integration of spirit and matter, force or power and corporeal reality, in a cosmos where the boundaries between an individual and her environment are acknowledged to be permeable, flexibly drawn, or at least negotiable (SMITH 2006: 407).

Vari livelli sono coinvolti in questa definizione. In primo luogo, l'integrazione tra spirito e materia inquadra il fenomeno della possessione all'interno di un contesto socio-culturale ad universi multipli, caratterizzato dall'esistenza di un mondo invisibile riconducibile ad un piano metafisico differente. In secondo luogo il corpo del posseduto costituisce un ulteriore elemento centrale nella possessione: la "forza" o la "potenza" che lo abita influisce ed esercita degli effetti tangibili nella corporeità del soggetto, compresa la sua salute. Infine, l'ultimo elemento è dato dai confini tra l'individuo ed il suo ambiente, confini definiti come "permeabili" o "flessibili". Quest'ultimo aspetto è di particolare rilevanza perché suggerisce la possibilità di condurre una riflessione attorno alla concezione dell'identità del soggetto proprio a partire dalla constatazione che i suoi "confini" non sono così invalicabili. Su questa scia, l'antropologo Paul Christopher Johnson sostiene come la stessa nozione di possessione sia culturalmente informata, e sia emersa nel diciassettesimo secolo in contrapposizione alla nozione liberal-filosofica di "autonomia individuale" (ZEMPLÉNI 2022: 11).

Via the labor of the negative, "spirit possession" defined the rational, autonomous, self-possessed individual imagined as the foundation of the modern state, in canonical texts from Hobbes, Jean Bodin, Locke, Charles De Brosses, Hume, Kant, and many others, as those texts constructed the free individual and citizen against a backdrop of colonial horizons and slavery (JOHNSON 2011: 398).

Per tale ragione, l'antropologia commette un errore nell'attribuire al concetto di possessione spiritica l'attributo di "categoria primitiva", in quanto disconosce l'origine propriamente strumentale e dialettica di questo concetto (ZEMPLÉNI 2022: 12). Tuttavia, nonostante la costruzione del concetto sia sorta da motivazioni anche strumentali, il tema dell'identità e dei confi-

ni identitari rimane centrale anche nella definizione di Boddy, suggerendo come proprio tale definizione possa offrire una differente chiave di interpretazione nella percezione emica dei trapianti d'organo.

Accanto alla possessione spiritica, il concetto di morto senziente costituisce una categoria analitica dal valore transculturale e sociale (SHARP 2018: 387). Nello specifico esso può essere definito come «essere socializzato che interagisce con i viventi secondo modalità codificate e riconosciute dallo specifico ambiente culturale» (*ibidem*).

Nelle sue ricerche Lesley Sharp individua un parallelismo tra due fenomeni etnografici apparentemente disgiunti tra di loro: la possessione dei *medium* nel nord Madagascar da parte degli spiriti *tromba*, e le testimonianze riportate dai parenti di un defunto donatore di organi. Per questi ultimi, la presenza del “fantasma” del donatore sembra essere una costante:

even though they may report privately and cautiously that their lives are populated by the ghosts of the dead, experiences they embrace as evidence that deceased donors can remain active social beings (*ibidem*).

I fenomeni di possessione dei *tromba* e le esperienze dei familiari dei donatori, sono caratterizzate innanzitutto da una vicinanza linguistica, attraverso la quale il processo di “incarnazione condivisa”, tra il proprio sé e lo spirito, o tra il proprio sé e l'organo trapianto, viene descritto in modo analogo in tutti e due i casi (ivi: 390).

Nel caso dei parenti dei donatori le ricerche condotte hanno evidenziato come pur provenendo da differenti background culturali, i familiari intervistati riferivano «frequenti incontri con i donatori deceduti», incontri che secondo Sharp non possono essere ridotti ad “allucinazioni” o “eventi spaventosi” ma che segnalano piuttosto la possibilità che il donatore possa raggiungere i suoi cari ancora in vita per confortarli (ivi: 391).

Kin rarely talk about donors' bodies or their funerals, except in those instances where something unusual happened that signaled the donor's ghostly presence: a stray dog placing its head on someone's lap during an outdoor funeral service; a strange mist that suddenly appeared around a gravesite and just as quickly dissipated; or toys that shifted their positions seemingly on their own in a house while the inhabitants were away running errands (*ibidem*).

Secondo l'Autrice, queste esperienze derivano da una «peculiare forma di possessione facilitata dalla medicina tecnocratica, analoga agli episodi medianici con i *tromba*, per la quale il corpo del destinatario dell'organo

ospita l'essenza di un altro, ed i riceventi spesso parlano di loro stessi come i custodi o i guardiani del donatore deceduto» (ivi: 392).

In parallelo con le possessioni da parte dei *tromba*, questi spiriti si manifestano in seguito a circostanze *traumatiche*, quali morti premature, violente o improvvise. La vivida presenza dei “morti senzienti” nella vita dei pazienti riceventi, dei familiari donatori, come dei *medium* del Madagascar, suggerisce come la «materializzazione di questi morti non riguardi semplicemente avvistamenti, suoni o episodi inquietanti» (ivi: 393) ma si strutturi come una presenza in grado di aiutare il vivente nel riconfigurare la lettura del proprio passato e la realizzazione del proprio futuro, rappresentando così un valido supporto per il superamento del trauma.

In un sistema medico e sociale ad universi multipli i fenomeni post-trapiantali possono essere interpretati come una forma di possessione spiritica da parte del defunto, il morto senziente che continua a rilevare la sua presenza tra i vivi. Il paziente ricevente assume in questo contesto un ruolo analogo a quello del *medium*. Come descritto da Nathan, il paziente nelle società a universi multipli diviene il protagonista, l'esperto da interrogare per costruire e comprendere un ponte tra il mondo visibile ed il mondo invisibile. Il legame tra il ricevente e lo spirito del defunto donatore può essere descritto in modo analogo al legame tra un *medium* e lo spirito interrogato, nella forma di “empatia mimetica” (WILLERSLEV 2007: 106).

The medium does not necessarily enter into a trance or act as possessed by the spirit, nor does she try to imitate or copy a specific kind of behaviour based on her knowledge of the departed or the spirit guide. Rather, mimetic empathy implies that the medium identifies with the spirit or the client in a way that allows her to take on the other's experience as if were her own (FAINZANG, HAXAIRE 2011: 91).

L'empatia mimetica costituisce il *modus* di questo legame donatore-ricevente, e permette di assottigliare il confine identitario tra *medium* e “spirito”, preservando allo stesso tempo l'identità del paziente ricevente. Il ruolo medianico di Dombà si manifesta inoltre negli effetti sociali del suo trapianto, attraverso il quale tutto il gruppo familiare diventa partecipe sia della terapia e delle prescrizioni alimentari, sia degli effetti “energetici” dell'intervento, quali l'acquisizione della forza *caraiaba*.

Le sensazioni, i ricordi, ed i vissuti emotivi riconducibili al donatore che alcuni pazienti sperimentano in seguito ad un trapianto sono con ciò rilette come sintomo della viva presenza del defunto donatore, ora facente parte di un mondo invisibile connesso, attraverso l'organo trapiantato, a quello visibile.

Il Sé culturale: identità ed alterità in medicina

Se il sintomo parla una certa lingua e il clinico un'altra, la relazione terapeutica è annullata ancora prima di instaurarsi (NATHAN 1985: 74).

La testimonianza di Dombà rappresenta un'interessante prospettiva etnomedica sui trapianti d'organo per gli indigeni Suyá. Il valore culturale delle narrazioni di Dombà non deve limitarsi tuttavia ad una fascinazione esotica verso un "mondo altro", ma costituisce un importante spunto di riflessione a partire dal quale riflettere attorno all'apertura transculturale della biomedicina.

La comprensione dei presupposti culturali del paziente può avere effetti significativi in termini di aderenza (*compliance*), cura del paziente e risultati clinici (JUCKETT 2005: 2268). Nel caso del medico, si parla di *competenza culturale* quando il professionista «riesce ad ottenere rispettosamente le informazioni necessarie dai pazienti di differenti culture al fine di svolgere un'adeguata diagnosi e negoziare un trattamento accettabile per entrambi» (KAGAWA-SINGER, KASSIM-LAKHA 2003: 578). Il processo di negoziazione implica il distacco da una prospettiva etnocentrica e biomedica, in favore di una maggiore apertura verso la "mappa culturale" del paziente. Tale apertura si rivela tanto più necessaria quanto la distanza culturale tra il medico ed il paziente è evidente: la percezione del paziente circa la competenza culturale del medico costituisce un fattore rilevante nell'aderenza terapeutica al punto che, tanto maggiore è la distanza percepita, tanto minore può divenire il livello di *compliance* alle terapie prescritte (OHANA, MASH 2015: 932).

Sul piano del trattamento la competenza culturale implica anche un'apertura ed un riconoscimento verso le terapie culturali-specifiche del paziente. Nel caso dei "medici bianchi" che conducono l'intervento chirurgico su Dombà, tale competenza non è pienamente sviluppata, come testimoniato dagli stessi medici che, andando a prendere il paziente nella riserva di Xingu per condurlo in ospedale, gli riferiscono di come ora necessiti di un «vero dottore» (SCHEPER-HUGHES, FERREIRA 2003: 140), disconoscendo il ruolo ed il valore degli sciamani per Dombà.

Tuttavia, non si tratta di "assecondare le fantasie" del paziente, quanto piuttosto di riconoscere il valore della sua mappa esistenziale e culturale nei processi di cura. Un esempio di questa metodologia applicata viene da un caso di consulenza psicologica tra Fatima, una ragazza araba che attribuisce a un *djinn*¹⁹ la causa del suo malessere, ed un terapeuta italiano:

L'ipotesi della presenza del *djinn* [...], dopo essere stata pulita da quell'aurea di "credenza" a causa della quale, forse, Fatima temeva di esporsi, si è rivelata "strategicamente" corretta come dispositivo comunicativo, in quanto essenza necessaria per chiarire i confini, i termini del discorso sul malessere di Fatima. Ciò naturalmente non significa guardare il *djinn* come uno strumento tecnico comunicativo, ma piuttosto risuona come un invito ad ospitare nei mondi che costruiamo col paziente entità a noi sconosciute (SPENSIERI 2006: 805).

In questa testimonianza, l'Autore non "crede" nel *djinn*, né tantomeno abdica alla propria epistemologia, ma «accoglie con cura quella categoria attraverso la quale la sofferenza può finalmente essere pensata e nominata» (BENEDUCE 2007: 274). Si tratta, pertanto, di «adottare un quadro terapeutico nel quale anche il *djinn* sia incluso» (ivi: 275). Questa tecnica terapeutica si caratterizza dunque come una disponibilità che «evita il rischio di mummificare una categoria culturale trattandola alla stregua di una superstizione, un sintomo o una rappresentazione ingenua e fa sì che nella paziente si possa pensare la propria esperienza, la propria sofferenza, dentro un nuovo ordine di significati, valori e relazioni» (ivi: 276).

Per tale ragione, l'etnopsichiatria di Nathan e Devereux riconosce il valore del concetto di "leva culturale", con il quale intende sottolineare come «l'appartenenza culturale deve essere esplorata e dissodata allo scopo di reperirvi quegli elementi fondamentali senza i quali non sarebbe possibile un atto interpretativo o un intervento terapeutico efficace» (ivi: 270).

Come il paziente è inserito in un contesto culturale, dal quale può trarre simbologie e segni specifici consci o inconsci, e allo stesso tempo non è riducibile ad esso, così il curante stesso struttura il suo sguardo medico come uno sguardo culturale, i cui nuclei inconsci possono contribuire a «*deformare* la realtà osservata e la sua interpretazione» (ivi: 127).

In psicopatologia, forse più che in ogni altra disciplina delle scienze umane, lo sguardo dell'osservatore ha influenza sulla natura stessa dell'oggetto descritto. Quando un clinico è del tutto ignorante delle osservazioni etnopsichiatriche ha certo la tendenza a descrivere ciò che osserva nei termini della psichiatria occidentale [...]. Egli tratterà la stregoneria africana come se fosse un delirio di persecuzione, il sortilegio e i fenomeni di possessione come un'isteria di conversione, le visioni iniziatiche come delle autentiche psicosi allucinatorie (NATHAN 1985: 74).

Il processo terapeutico transculturale si articola come un delicato equilibrio tra il «non infrangersi nell'illusione etnica (ricondurre tutto alla cultura di appartenenza)» e negare il ruolo delle radici culturali, interpretando «il materiale culturale in accordo alle sole categorie della psicopatologia»

(BENEDUCE 2007: 277). Da un punto di vista generale, è utile riconoscere l'esistenza di almeno tre modelli primari di salute, entro i quali l'eziologia della malattia o del disturbo può essere inscritta: il *modello magico-religioso*, per il quale il mondo è un'arena in cui si scontrano forze soprannaturali; il *modello biomedico*, per il quale la vita è controllata da una serie di forze fisiche e biochimiche; e il *modello olistico*, per cui le forze della natura devono rimanere in equilibrio (GALANTI 2015: 27).

In relazione alle prospettive culturali del paziente, il trattamento sarà tanto più adeguato quanto più rispondente al modello di riferimento:

if germs cause disease, kill the germs. If the body is out of balance, restore balance. If the soul is gone, retrieve it. If a spirit has taken over the body, exorcise it. If a rule has been violated, do penance. If an object has entered the body, remove it. All these remedies are perfectly logical. Whether these etiologies are the true cause of the disease is irrelevant. A patient who believes he or she is ill because of soul loss will not be completely cured by any amount of antibiotics. The mind is very powerful, as the placebo effect demonstrates. The patient's beliefs, as well as body, must be treated (ivi: 29).

La personale visione del mondo, accanto ai presupposti religiosi, influisce su come lo stesso paziente interpreta l'origine della propria malattia, determinando così la possibilità di negoziare specifici interventi culturalmente determinati (JUCKETT 2005: 2267), interventi che prevedono se necessario anche una collaborazione tra i guaritori tradizionali e i "medici bianchi". Il trattamento deve essere appropriato alla causa individuata dal paziente, o questi non percepirà sé stesso come curato (GALANTI 2015: 6).

I trapianti d'organo ed i fenomeni post-trapiantali costituiscono un interessante e fecondo ambito di studi interdisciplinare, che può ampliarsi anche all'ambito etnologico, antropologico ed etnopsichiatrico. Il trapianto costituisce infatti la più "sociale" tra tutte le pratiche mediche e chirurgiche, in quanto fa affidamento sulla buona volontà di un defunto sconosciuto disposto a condividere i propri organi (SCHEPER-HUGHES, FERREIRA 2003: 128). Questa pratica contribuisce inoltre ad introdurre una nuova, e spesso aliena, concezione del corpo come "corpo divisibile", non presente né diffusa in tutte le culture (*ibidem*).

Allo stesso tempo, la visione dei trapianti d'organo dal punto di vista di una specifica cultura rappresenta uno specchio del modello antropologico e ontologico entro il quale tale cultura si determina. Per tale ragione, la concezione del corpo, del suo rapporto con la mente e con lo spirito, unita alla specifica interpretazione dell'anima dopo la morte, può influire notevolmente sull'accettazione o meno di un intervento di trapianto. Ana-

logamente, l'aderenza ad un modello a universi multipli che presuppone nella sua ontologia anche l'esistenza degli spiriti, tra cui quello del defunto donatore, può rendere possibile concepire i fenomeni post-trapiantali in termini di possessione spiritica, intesa come un rapporto di empatia mimetica tra donatore e ricevente.

Tali fenomeni esaminati derivano tuttavia da testimonianze raccolte in ambito statunitense ed europeo, a partire da pazienti occidentali; anche le interpretazioni date dai ricercatori, come l'ipotesi della memoria cellulare o l'ipotesi neuro-cardiologica, si inseriscono infatti in un quadro culturale essenzialmente biomedico, che per sua natura non tiene conto della possibilità di considerare gli universi multipli e con essi la presenza di entità invisibili in grado di influenzare il mondo visibile.

Conclusioni

La riflessione etnomedica e medico-antropologica costituisce uno sguardo innovativo attraverso cui riconsiderare i fenomeni post-trapiantali. Si è provato in questa sede ad assumere una prospettiva emica differente, decontestualizzata dal modello biomedico, al fine di relativizzare le interpretazioni precedenti dei fenomeni post-trapiantali entro un'etnomedicina specifica, utilizzando il *case-report* di Dombà come testimonianza radicata in una mappa culturale ad universi multipli.

Ne è emersa un'interpretazione centrata sul concetto di possessione spiritica e, con esso, sulla permeabilità di corpo fisico alle influenze visibili e invisibili del mondo esterno. Tali considerazioni si collocano in linea con la lettura critico-interpretativa dell'antropologia medica di Lock e Scheper-Hughes, attraverso cui le due Autrici sottolineano la necessità di ripensare allo stesso corpo fisico come un artefatto simultaneamente fisico e simbolico, intessuto delle stesse trame dell'ordine e ordito sociale, culturale e politico entro il quale si colloca.

Ecco allora che lo stesso concetto di possessione non appartiene più solo alla letteratura attraverso cui gli antropologici descrivono le "superstizioni" dei "primitivi", ma rientra altresì all'interno della stessa ontologia a universo unico, nella forma di possessione sociale, culturale o politica¹⁰. È lo stesso Hillman a sottolineare come «viviamo circondati da una folla di Invisibili che ci danno continuamente ordini: i Valori della famiglia, lo Sviluppo dell'Individualità, i Rapporti umani...» (HILLMAN 1997: 127), che può avere effetti tangibili, e talvolta deleteri, sulla salute della vita umana.

Specie dove tali Invisibili confliggono, per appartenenze culturali ed ontologiche differenti, diviene allora necessario individuare in un contesto di cura i bisogni culturali e religiosi del paziente, arricchendo così la sua mappa esistenziale attraverso specifiche rappresentazioni sociali e reti simboliche, ed accogliendo allo stesso tempo «la sfida che proviene da altre epistemologie e altre ontologie» (BENEDEUCE 2007: 278). In questa dimensione la medicina narrativa si caratterizza come uno strumento terapeutico in grado di far emergere le semantiche della malattia come *illness* senza ridurre né semplificare la stessa a variabili culturali, ma riconoscendone l'intrinseco valore nei processi di espressione e determinazione all'interno del contesto etnografico dell'esperienza¹¹. Tradurre queste semantiche costituisce l'ultimo atto ermeneutico dell'analisi culturale e non, come può avvenire in psicologia o in psichiatria, il primo passo; tale processo interpretativo diviene così essenziale al fine di non rimanere confinati all'interno di un "solipsismo culturale", riconoscendo e valorizzando invece, quanto più possibile, proprio il «radicamento culturale dell'esperienza» (QUARANTA 2006: 226).

Note

⁽¹⁾ La scelta di focalizzarsi sui trapianti cardiaci deriva da un'oggettiva carenza di letteratura medica analoga per gli altri organi: La ricerca "personality" AND/OR "identity" "changes" AND/OR "disrupting" AND ("lung" OR "liver" OR "pancreas" OR "kidneys" ecc.) all'interno dei principali database medico-scientifici non produce risultati significativi tali da tematizzare i fenomeni post trapiantali. Certo sono indagate le principali difficoltà psicologiche e psichiatriche post-operatorie ma nulla nello specifico tanto evidente quanto i casi di fenomeni post trapiantali. Lasciamo da parte le speculazioni inerenti ai trapianti di testa e/o cervello data la mancanza di dati sul tema. Per il trapianto del microbiota sono stati invece rilevati significativi miglioramenti psichiatrici in pazienti affetti da ansia e/o depressione, ma non tali da suggerire una correlazione più forte tra il donatore ed il ricevente. Per questo ultimo punto, cfr. CHINNA MEYAPPAN *et al.* 2020.

⁽²⁾ Il termine "personalità" è utilizzato in questo contesto in modo aspecifico, per sintetizzare un insieme di tratti riconducibili a quattro tipologie dedotte e astratte dalla letteratura medica: preferenze (musicali, alimentari, artistiche, sessuali); tratti emozionali e/o comportamentali; tratti dell'identità del donatore e memorie del donatore. Cfr. LIESTER 2020.

⁽³⁾ James Hillman definisce l'invisibile come «un'idea che turba molto il senso comune americano e la psicologia americana, il cui principio dominante afferma che tutto ciò che esiste esiste in una certa quantità e dunque può essere misurato»; per tale ragione, prosegue «la scienza della psicologia continua ad essere motivata da una smania di ingabbiare l'invisibile con metodi visibili» (HILLMAN 1997: 123).

⁽⁴⁾ Scrive Geertz: «un concetto vicino all'esperienza è, sommariamente, un concetto che chiunque – un paziente, un soggetto, nel nostro caso un informatore – può utilizzare naturalmente e senza sforzo per definire ciò che lui e i suoi colleghi vedono, sentono, pensano, immaginano e così via, e che comprenderebbe prontamente quando utilizzato in modo simile da altri. Un concetto distante dall'esperienza è un concetto che uno specialista qualsiasi – un analista, uno sperimentatore, un etnografo, persino un prete o un ideologo – utilizzano per fare avanzare i loro obiettivi scientifici, filosofici o pratici» (GEERTZ 1988: 73).

⁽⁵⁾ Cfr. Eisenberg: «To state it flatly, patients suffer 'illnesses'; physicians diagnose and treat "diseases". Let me make clear the distinction I intend: illnesses are *experiences* of disvalued changes in states of being and in social function; diseases, in the scientific paradigm of modern medicine, are *abnormalities* in the *structure* and *function* of body organs and systems» (EISENBERG 1977: 11).

⁽⁶⁾ Si vedano in tal senso: JASPERS 1991; GADAMER 1994.

⁽⁷⁾ Cfr. SCHEPER-HUGHES, LOCK: «At the first and perhaps most self-evident level is the individual body, understood in the phenomenological sense of the lived experience of the body-self. [...] At the second level of analysis is the social body, referring to the representational uses of the body as a natural symbol with which to think about nature, society, and culture, as Mary Douglas (1970) suggested. [...] At the third level of analysis is the body politic, referring to the regulation, surveillance, and control of bodies (individual and collective) in reproduction and sexuality, in work and in leisure, in sickness and other forms of deviance and human difference» (SCHEPER-HUGHES, LOCK 1987: 7-8).

⁽⁸⁾ La non applicazione del principio di falsificabilità all'interno del pensiero selvaggio rende tuttavia impossibile distinguere tra le validazioni "reali" e quelle "apparenti". Secondo Nathan, non è corretto dire che i Boscimani Kung *credono* che la danza della pioggia provochi la pioggia, in quanto il rito costituisce «una negoziazione con delle potenze, con dei *non umani*. Contiene in sé stesso una teoria del mondo e un'azione sul mondo»; il concetto di "credenza" va pertanto abbandonato, e sostituito con un postulato più ragionevole: «ogni azione culturalmente definita, un rito, un sacrificio, un'offerta, una protezione: 1) è proprio ciò che pretende di essere; 2) è in genere efficace per quanto concerne la sua propria definizione (ad esempio: un rito della pioggia è destinato a entrare in relazione con le potenze della pioggia. E in genere ci riesce!)». Accettando questo postulato, l'azione non ha più bisogno di interpretazione e all'osservatore basta ricostruire l'insieme del pensiero all'origine dell'azione culturalmente definita, anche se si tratta di un pensiero non analitico, di un pensiero agito. Cfr. NATHAN, STENGERS 1996: 45-46.

⁽⁹⁾ Nella tradizione Araba musulmana, i *jinn* non sono le anime dei morti, fantasmi che vagano per la terra, né tanto meno rappresentano delle 'forze del male' che combattono contro le forze del bene. Come spiega Amira El-Zein, i *jinn* «sono esseri intelligenti e sottili, dotati di un libero arbitrio che determina le loro attività, per il quale sono responsabili davanti a Dio delle loro stesse azioni» (Cfr. EL-ZEIN 2009: xv).

⁽¹⁰⁾ Si vedano a riguardo i lavori di Aihwa Ong sulle possessioni spiritiche nelle giovani donne operaie malesi nelle fabbriche multinazionali. Cfr. ONG 1988.

⁽¹¹⁾ Non è possibile sviluppare in questa sede il complesso ed articolato tema della medicina narrativa. Si rimanda pertanto ai lavori di Rita Charon (2001a; 2001b), Arthur Frank (2022) e S. K. Toombs (2001; 2013).

Bibliografia

- BENEDEUCE R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- BUNZEL B., SCHMIDL-MOHL B., GRUNDBÖCK A., WOLLENEK G. (1992), *Does Changing the Heart Mean Changing Personality? A Retrospective Inquiry on 47 Heart Transplant Patients*, "Quality of life research", Vol. 1(4): 251-256.
- CASTELNUOVO-TEDESCO P. (1973), *Organ Transplant, Body Image, Psychosis*, "The Psychoanalytic Quarterly", Vol. 42: 349-363.
- CHARON R. (2001a), *Narrative Medicine: a Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust*, "JAMA", Vol. 286(15): 1897-1902.
- CHARON R. (2001b), *Narrative Medicine: Form, Function and Ethics*, "Annals of Internal Medicine", Vol. 134(1): 83-87.
- CHINNA MEYYAPPAN A., FORTH E., WALLACE C.J.K., MILEV R. (2020), *Effect of Fecal Microbiota Transplant on Symptoms of Psychiatric Disorders: a Systematic Review*, "BMC psychiatry", Vol. 20(1): 1-19.
- CSORDAS T. (1990), *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, "Ethos", Vol. 18(1): 5-47.
- EL-ZEIN A. (2009), *Islam, Arabs, and the Intelligent World of the Jinn*, Syracuse University Press, New York.
- EISENBERG L. (1977), *Disease and Illness Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness*, "Culture, Medicine & Psychiatry", Vol. 1(1): 9-23.
- FAINZANG S., HAXAIRE C. (2011), *Of Bodies and Symptoms: Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment*, URV Publications, Tarragona.
- FRANK A. W. (2022) [1995], *Il narratore ferito. Corpo, malattia, etica*, Einaudi, Torino.
- GADAMER H.G. (1994) [1993], *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GALANTI G. (2015), *Caring for Patients from Different Cultures*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- GEERTZ C. (1988) [1983], *Antropologia interpretativa*, Il Mulino, Bologna.
- HILLMAN J. (1997), *Il codice dell'anima. Carattere, vocazione, destino*, Adelphi, Milano.
- INSPECTOR K. I., DAVID D. (2004), *Another Person's Heart: Magical and Rational Thinking in the Psychological Adaptation to Heart Transplantation*, "Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences", Vol. 41(3): 161-173.
- JANZEN J. M (2002), *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*, McGraw-Hill, Boston.
- JASPERS K. (1991) [1986], *Il medico nell'età della tecnica: con un saggio introduttivo di Umberto Galimberti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- JOHNSON P.C. (2011), *An Atlantic Genealogy of "Spirit Possession"*, "Comparative Studies in Society and History", Vol. 53(2): 393-425.

- JUCKETT G. (2005), *Cross-Cultural Medicine*, "American Family Physician", Vol. 72(11): 2267-2274.
- KAGAWA-SINGER M., KASSIM-LAKHA S. (2003), *A Strategy to Reduce Cross-Cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes*, "Academic Medicine", Vol. 78(6): 577-587.
- KEENER C. S. (2010), *Spirit Possession as a Cross-Cultural Experience*, "Bulletin for Biblical Research", Vol. 20(2): 215-235.
- KELLER M. L. (2022), *The Indigeneity of Spirit Possession. A Contribution to Comparative Theory*, pp. 193-211, in POCS E., ZÉMPLENI A. (a cura di), *Spirit Possession. Multidisciplinary Approaches to a Worldwide Phenomenon*, CEU Press, Budapest-Vienna-New York.
- KLEINMAN A. (1973), *Medicine's symbolic reality*, "Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy", Vol. 16(1-4): 206-213.
- KLEINMAN A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN A., EISENBERG L., GOOD, B. (1978), *Culture, Illness And Care. Clinical Lessons from Anthropologic And Cross-Cultural Research*, "Annals of Internal Medicine", Vol. 88: 251-258.
- LAURI M. (2009), *Metaphors of Organ Donation, Social Representations of the Body and the Opt-Out System*, "British Journal of Health Psychology", Vol. 14(4): 647-666.
- LIESTER M. B. (2020), *Personality Changes Following Heart Transplantation: The Role of Cellular Memory*, "Medical hypotheses", Vol. 135: 109468.
- LOCK M., SCHERPER-HUGHES N. (2006), *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, pp. 149-194, in QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LUNDE D. T. (1969), *Psychiatric Complications of Heart Transplants*, "AORN Journal", Vol. 10(6): 86-91.
- MARCUS G., FISCHER M. (1998) [1986], *Antropologia come critica culturale*, Meltemi Editore, Roma.
- MAUSS M. (1985), *Category of the Human Mind: the Notion of Person; the notion of Self*, pp. 1-25, in CARRITHERS M., COLLINS S., LUKES S. (a cura di), *The Category of the Person. Anthropology, Philosophy, History*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MOHAWK J. (1978), *Basic Call to Consciousness*, Native Voice, Summertown, Tennessee.
- MOSCOVICI S. (1984), *The Phenomenon of Social Representations*, pp. 3-69, in FARR R. M., MOSCOVICI S. (a cura di), *Social Representations*, Cambridge University Press, Cambridge.
- NANCY J. L. (2006) [2000], *L'intruso*, Cronopio, Napoli.
- NANNINI S. (2002), *L'anima e il corpo: un'introduzione storica alla filosofia della mente*, Laterza, Roma-Bari.
- NATHAN T. (1985), *Aménagements Techniques de la Psychanalyse en fonction de l'appartenance culturelle*, "Psichiatria e Psicoterapia Analitica", Vol. 4(2): 67-90.
- NATHAN T. (1994), *L'influence qui guerit*, Odile Jacob, Paris.
- NATHAN T., STENGERS I. (1996) [1995], *Medici e Stregoni. Manifesto per una psicopatologia scientifica. Il medico e il ciarlatano*, Bollati Boringhieri, Torino.
- OHANA S., MASH R. (2015), *Physician and Patient Perceptions of Cultural Competency and Medical Compliance*, "Health Education Research", Vol. 30(6): 923-934.
- OLIVER M., WOYWODT A., AHMED A., SAIF I. (2011), *Organ Donation, Transplantation and Religion*, "Nephrology Dialysis Transplantation", Vol. 26 (2): 437-444.

- ONG A. (1988), *The Production of Possession: Spirits and the Multinational Corporation in Malaysia*, "American Ethnologist", Vol. 15(1): 28-42.
- PAULON M. (2019), *Introduzione. Sulla possessione spiritica*, pp. 7-11, in PAULON M., (a cura di), *Il diavolo in corpo. Sulla possessione spiritica. Scritti di Aihwa Ong, Jean-Pierre Olivier de Sardon e Janet McIntosh*, Meltemi, Milano.
- PEARSALL P., SCHWARTZ G. E., RUSSEK L. G. (2000), *Changes in heart transplant recipients that parallel the personalities of their donors*, "Integrative Medicine", Vol. 2(2-3): 65-72.
- QUARANTA I. (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- QUARANTA I. (2012), *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura*, "Antropologia e Teatro", Vol. 3(3): 265-290.
- QUARANTA I., RICCA M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- SANNER M. A. (2003), *Transplant Recipients' Conceptions of Three Key Phenomena in Transplantation: the Organ Donation, the Organ Donor, and the Organ Transplant*, "Clinical transplantation", Vol. 17(4): 391-400.
- SCHEPER-HUGHES N., FERREIRA M.L. (2003), *Domba's Spirit Kidney—Transplant Medicine and Suya Indian Cosmology*, "Folk: Journal of the Danish Ethnographic Society", Vol. 45: 125-157.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon To Future Work In Medical Anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 1(1): 6-41.
- SEEGER A. (1985), *Nature and Society in Central Brazil. The Suya Indians of Mato Grosso*, Harvard University Press, Cambridge.
- SEPELLI T. (2006-2008), *Etnomedicina e antropologia medica: un approccio storico-critico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", Vol. 11(21-26): 53-80.
- SHARP L. A. (2018), *The Talking Dead in Organ Donation*, pp. 385-395, in MOREMAN C.M. (a cura di), *The Routledge Companion to Death and Dying*, Routledge, London & New York.
- SMITH F. M. (2006), *The Self Possessed: Deity and Spirit Possession in South Asian Literature and Civilization*, Columbia University Press, New York.
- SPENSIERI S. (2006), *Il caso Suaed-Knata*, "Psicoterapia e Scienze umane", Vol. 4: 801-806.
- STIENSTRA D., ASHCROFT T., *Voyaging on the Seas of Spirit: An Ongoing Journey Towards Understanding Disability and Humanity*, "Disability & Society", Vol. 25(2): 191-203.
- TOOMBS, S.K. (a cura di) (2001), *Handbook of Phenomenology and Medicine (Vol. 68)*, Springer, Dordrecht.
- Turner B. (1986), *Personhood and Citizenship*, "Theory, Culture & Society", Vol. 3(1): 1-16.
- VERNY T. R. (2021), *The Embodied Mind: Understanding the Mysteries of Cellular Memory, Consciousness, and Our Bodies*, Pegasus Books, New York & London.
- WILLERSLEV R. (2007), *Soul hunters. Hunting, Animism, and Personhood among the Siberian Yukaghirs*, University of California Press, Berkeley.
- ZEMPLÉNI A. (2022), *Discerning Spirit Possession: An Introduction*, pp. 1-50, in POCS E., ZÉMPLENI A. (a cura di), *Spirit Possession. Multidisciplinary Approaches to a Worldwide Phenomenon*, CEU Press, Budapest-Vienna-New York.

Scheda sull'Autrice

Chiara Legnaro è una neolaureata magistrale in Filosofia presso l'Università degli Studi di Trento. Di origini rodigine, ha compiuto il suo intero percorso universitario nella città tridentina, studiando Filosofia e, per un anno, Studi Internazionali. Appassionata di bioetica, medicina umanistica e filosofia della medicina, ha condotto due tirocini curriculari presso le Aziende Sanitarie del Trentino Alto-Adige, pubblicando nella rivista "The Future of Science and Ethics" il resoconto dell'esperienza alto-atesina. Nel 2022 ha partecipato alla creazione del gruppo di ricerca "Kairos", dedicato alla riflessione sulla tematica della maternità all'interno della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Trento. Si è laureata nel 2023 con il massimo dei voti e una tesi dedicata allo studio filosofico dei fenomeni post-trapiantali e al rapporto tra il cuore e la coscienza umana.

Riassunto

Trapianti, spiriti, possessioni. I fenomeni post-trapiantali alla luce dell'etnopsichiatria e dell'antropologia medica

I "fenomeni post-trapiantali" costituiscono un insieme di mutamenti di personalità che coinvolge il paziente ricevente in seguito ad un trapianto cardiaco. Le principali ipotesi esplicative offerte dalla letteratura medica sono riconducibili al paradigma biomedico e, in un'ultima analisi, ad un'ontologia a "universo unico". Scopo della presente analisi è offrire invece una possibilità esplicativa a partire da una dimensione ontologica a "universi multipli", attraverso gli strumenti teorici dell'antropologia medica critico-interpretativa e dell'etnopsichiatria. La categoria antropologica di "possessione spiritica" diviene così fondamentale per reinterpretare questi episodi clinici riformulando il legame tra donatore e ricevente attraverso la formula di "em-patia mimetica".

Parole chiave: trapianto, fenomeni post-trapiantali, etnomedicina, possessione spiritica, leva culturale

Resumen

Trasplantes, espíritus, posesiones. Los "fenómenos postrasplante" a la luz de la etnopsiquiatría y la antropología médica

Los "fenómenos postrasplante" constituyen un conjunto de cambios de personalidad que afectan al paciente receptor tras un trasplante de corazón. Las principales hipótesis explicativas que ofrece la literatura médica se remontan al paradigma biomédico y, en última instancia, a una ontología de "universo único". El objetivo del presente análisis, sin embargo, es ofrecer una posibilidad explicativa desde una dimensión ontológica de "universo múltiple", basada en las herramientas teóricas de la antropología médica crítico-interpretativa y la etnopsiquiatría. La categoría antropológica de "po-

sesión del espíritu” se convierte así en fundamental para reinterpretar estos episodios clínicos reformulando el vínculo entre donante y receptor mediante la fórmula de la “empatía mimética”.

Palabras clave: trasplante, fenómenos postrasplante, etnomedicina, posesión espiritual, palanca cultural

Résumé

Transplantations, esprits, possessions. Les “phénomènes post-transplantation” à la lumière de l’ethnopsychiatrie et de l’anthropologie médicale

Les “phénomènes post-transplantation” constituent un ensemble de modifications de la personnalité du patient receveur à la suite d’une transplantation cardiaque. Les principales hypothèses explicatives proposées par la littérature médicale peuvent être rattachées au paradigme biomédical et, en fin de compte, à l’ontologie de l’univers unique. L’objectif de la présente analyse est toutefois d’offrir une possibilité d’explication à partir d’une dimension ontologique à “univers multiples”, basée sur les outils théoriques de l’anthropologie médicale critique-interprétative et de l’ethnopsychiatrie. La catégorie anthropologique de “possession spirituelle” devient ainsi fondamentale pour réinterpréter ces épisodes cliniques en reformulant le lien entre donneur et receveur à travers la formule de “l’empathie mimétique”.

Mots-clés: transplantation, phénomènes post-transplantation, ethnomédecine, possession spirite, levier culturel

