

AM *Rivista della Società italiana di antropologia medica* ISSN 1593-2737

Direttore: Tullio Seppilli (*presidente* SIAM, *presidente* della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, già ordinario di antropologia culturale nell'Università di Perugia)

Comitato consultivo internazionale: Naomar Almeida Filho (Universidade federal da Bahia, Salvador) / Jean Benoist (Université de Aix-Marseille) / Gilles Bibeau (Université de Montréal) / Giordana Charuty (Université de Paris X - Nanterre) / Luis A. Chiozza (Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires) / Josep M. Comelles (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Ellen Corin (McGill University, Montréal) / Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard Medical School, Boston) / Els van Dongen (Universiteit van Amsterdam) / Ronald Frankenberg (Brunel University, Uxbridge - University of Keele) / Byron Good (Harvard Medical School, Boston) / †Mirko Grmek (École pratique des hautes études, Paris) / Mabel Grimberg (Universidad de Buenos Aires) / Roberte Hamayon (Université de Paris X - Nanterre) / Thomas Hauschild (Eberhard Karls Universität, Tübingen) / †Arouna Keita (Département de médecine traditionnelle, Bamako - Université du Mali, Bamako) / Laurence J. Kirmayer (McGill University, Montréal) / Arthur Kleinman (Harvard Medical School, Boston) / Margaret Lock (McGill University, Montréal) / Françoise Loux (Musée national des arts et traditions populaires, Paris) / †Boris Luban-Plozza (Fondazione medicina psicosomatica e sociale, Ascona) / Ángel Martínez Hernáez (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Raymond Massé (Université Laval, Québec) / Eduardo L. Menéndez (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México DF) / Edgar Morin (École des hautes études en sciences sociales, Paris) / Tobie Nathan (Université de Paris VIII) / Rosario Otegui Pascual (Universidad Complutense de Madrid) / Mariella Pandolfi (Université de Montréal) / Ilario Rossi (Université de Lausanne) / Ekkehard Schröder (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam) / Allan Young (McGill University, Montréal)

Comitato scientifico: *Il Consiglio direttivo della SIAM***:** Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Roberto Beneduce (Università di Torino) / Andrea Caprara (Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza - Universidade estadual do Ceará, Fortaleza - Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio) / Piero Coppo, *vice-presidente* (ORISS) / Donatella Cozzi (Università di Venezia) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Alessandro Lupo, *vice-presidente* (Università di Roma "La Sapienza") / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Ivo Quaranta (Università di Bologna) / Gianfranca Ranisio (Università di Napoli "Federico II") / Pino Schirripa (Università di Roma "La Sapienza") / Tullio Seppilli, *presidente* (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / *Il Delegato della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)*: Giovanni Berlinguer (Università di Roma "La Sapienza")

Comitato di redazione: Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Andrea Caprara (Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza - Universidade estadual do Ceará, Fortaleza - Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio) / Giuseppe Cardamone (Azienda USL n. 4 [Prato] della Regione Toscana) / Donatella Cozzi (Università di Venezia) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Salvatore Inglese (Azienda USL n. 7 [Catanzaro] della Regione Calabria) / Laura Lepore (Comune di Ferrara) / Alessandro Lupo (Università di Roma "La Sapienza") / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Enrico Petrangeli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Università di Roma "La Sapienza")

Segreteria di redazione: Giovanni Pizza, *coordinatore* / Carlotta Bagaglia / Sabrina Flamini / Lorenzo Mariani / Massimiliano Minelli / Maya Pellicciari / Chiara Polcri / Pino Schirripa

Editing: Amina De Napoli / Lorenzo Mariani / Massimiliano Minelli

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)

AM. *Rivista della Società italiana di antropologia medica* è una testata semestrale della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) e viene realizzata con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia.

AM

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA

21-22
ottobre 2006
23-24
ottobre 2007
25-26
ottobre 2008



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

ARGO

00 - Prime pagine.pmd 5 02/11/2010, 16.13



Sin dai suoi esordi, nella costruzione culturale cristiana viene attribuita a Gesù Cristo, come più tardi anche ad alcuni Santi, la facoltà di lenire le sofferenze, fisiche e spirituali, e anche di compiere guarigioni miracolose. A partire dal Rinascimento, con queste precedenti radici, inizia in Europa, soprattutto nell'area centro-settentrionale di lingua tedesca, la produzione di rappresentazioni iconiche – miniature su manoscritti, incisioni, dipinti a olio, ... – in cui il Cristo è raffigurato come "farmacista" mentre prepara rimedi o li porge a chi li richiede. Di questa pratica, che viene ricondotta a certi temi della predicazione di Martino Lutero, sono note oggi circa 130 rappresentazioni.

La immagine di copertina, in cui Cristo è raffigurato mentre compila una ricetta per Adamo ed Eva, è tratta da una miniatura su un volume manoscritto conservato nella Bibliothèque nationale de France, a Parigi.

Sulla figurazione di "Cristo farmacista" ("Christus als Apotheker") esiste ormai una certa letteratura scientifica di cui qui si segnalano:

F. FERCHI, *Christus als Apotheker*, "Süddeutsche Apotheker Zeitung", 89, 1949, pp. 209-210 e 213 / Rudolf AUTENRIETH, *Christus als Apotheker dargestellt: zu einer Ölgemälde auf Schloss Waldburg*, "Süddeutsche Zeitung" [quotidiano], 3 marzo 1964 / W.-D. HEINE, *Christus als Apotheker. Bemerkungen zur Iconographie diesen Motivs*, Zur Geschichte der Pharmazie, 18, 1966, pp. 1-8, supplemento a "Deutsche Apotheker Zeitung" / Wolfang-Hagen HEIN, *Christus als Apotheker*, II ediz. rivista, Govi-Verlag, Frankfurt am Main, 1992, 103 pp. (Monographien zur pharmazeutischen Kulturgeschichte, 3) / H. PFEIFFER, *Christus als Apotheker. Beschreibung und Deutung des Ölgemäldes im Deutschen Apotheken-Museum im Heidelberg mit einem Beitrag zur Entstehung des Bildmotivs*, "Geschichte der Pharmazie", vol. 44, n. 1, 1992, pp. 1-9 / Sjaak VAN DER GEEST, *Christ as a pharmacist: medical symbols in German devotion*, "Social Science & Medicine", vol. 39, n. 5, settembre 1994, pp. 727-732 / Johannes SEIDEDEMANN, *Christus als Apotheker*, "Pharmazeutische Zeitung", vol. 146, n. 9, 1 marzo 2001, pp. 710-711 / Fritz KRAFFT, *Christus als Apotheker. Ursprung, Aussage und Geschichte eines christlichen Sinnbildes*, Universitätsbibliothek Marburg, Marburg, 2001, 286 pp. (Schriften der Universitätsbibliothek Marburg, 104) / J. OKUDA, [originale in giapponese: *Dipinti europei intitolati "Gesù Cristo come farmacista" nel Medioevo e dopo*], "Yakushigaku Zasshi", vol. 36, n. 2, 2001, pp. 175-179 / Fritz KRAFFT (con la collaborazione di Christa HABRICH - Woty GOLLWITZER-VOLL), *Christus ruft in die Himmelsapotheke. Die Verbildlichung des Heilandsrufs durch Christus als Apotheker Begleitbuch und Katalog zur Ausstellung im Museum Altomünster (29. November 2002 bis 26. Januar 2003)*, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 2002 (Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, 81) / Johann Anselm STEIGER, *Christus als Apotheker bei Martin Luther. Zugleich ein Beitrag zum Gespräch mit Fritz Krafft*, "Berichte zur Wissenschaftsgeschichte", vol. 26, n. 2, 2003, pp. 137-139.

[Tullio Seppilli]

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
n. 21-22, ottobre 2006
n. 23-24, ottobre 2007
n. 25-26, ottobre 2008

Indice

Saggi

11 Sylvie Fainzang
Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarità nella ricerca

25 Eduardo L. Menéndez
Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici

53 Tullio Seppilli
Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico

81 Tullio Seppilli
Fitness, wellness, chirurgia estetica: per una antropologia della corporeità nelle società tardo-capitalistiche

Ricerche

97 Francesco Bottaccioli
Il "vitalismo" di François Xavier Bichat. Una nuova lettura

133 Marja-Liisa Honkasalo
Costruire continuità. Agentività, presenza e vita secolare nella Carelia settentrionale (Finlandia)

153 Anna Tung Chang
Stato delle ricerche sulle origini della medicina cinese: proposta di uno sguardo di sintesi

183 Carla Ricci
Hikikomori, corpi sovversivi in volontaria reclusione

209 Manfredi Bortoluzzi
Il ñak'aq*: sindrome culturale o ermeneutica indigena?*

233 Roberto Campos Navarro
Esperienze cliniche sul susto *o* espanto *a Città del Messico*

261 Rosa María Osorio Carranza
Partecipazione sociale e salute in una comunità messicana. Un approccio qualitativo al capitale sociale

285 Roberto Beneduce
Note per un'epistemologia politica della medicina tradizionale nel Sud del Camerun

Note e Interventi

323 Massimiliano Minelli
Sguardi ipnotici e pubbliche dimostrazioni. Magnetismo e sonnambulismo in alcuni laboratori, palcoscenici e tavoli medianici

361 Valentina Salvati
L'inserimento della possessione spiritica tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati del DSM-IV-TR

383 Roberta Raffaetà
Allergia e tabu. Per un approccio antropologico al problema delle allergie

413 Maria Pia Pozzato (curatore)
La socio-semiotica e il "discorso della salute": tre ricerche

María José Contreras
1. Indagine sociosemiotica sull'esame ecografico di donne in gravidanza

Dario Aquaro - Cristiano Boscato
2. Il rapporto farmacista-cliente: un'analisi sociosemiotica

François Provenzano
3. Domande dei lettori, risposte dei medici e istanza mediatica

Rassegne

439 Francesco Bottaccioli
Agopuntura: efficacia clinica e meccanismi d'azione nella letteratura biomedica internazionale

Osservatorio 473 Indice

475 *Panorami*
L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo [Elisa Pasquarelli]

497 *Resoconti*
Workshop "Per un'antropologia medica in ospedale. Strategie e pratiche socio-culturali per un assetto ospedaliero centrato sul paziente". Firenze [Palazzo dei Congressi, piazza Adua 1], sabato 2 aprile 2005 [Noel Gazzano], 497 / *II Convegno nazionale: "Per un welfare sostenibile. La cooperazione dei medici di famiglia e la cooperazione sociale nelle cure primarie. Casa della salute, residenzialità territoriale, domiciliarità, termalismo e benessere. Fiuggi [Teatro delle Fonti di Fiuggi], 14-16 settembre 2007* [Gianfranca Ranisio], 502.

505 *Recensioni*
Massimiliano Minelli, *Etnopsicoanalisi: i dialoghi incompiuti e le sfide della ricerca* [Roberto Beneduce - Elisabeth Roudinesco (curatori), *I. Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto* / Roberto Beneduce - Elisabeth Roudinesco (curatori), *II. Antropologia della cura*], 505 / Alessandro Salvini, *La rivoluzione paradigmatica della Psiconeuroendocrinoimmunologia* [Francesco Bottaccioli, *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici della relazione mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*], 509 / Claudia Avitabile, *Salute e pluralità culturale in America Latina* [Gerardo Fernández Juárez (curatore), *Salud e interculturalidad en America Latina. Perspectivas antropológicas*], 515 / Pia Maria Koller, *Sul malessere della nostra medicina* [Guido Giarelli, *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*], 519 / Fabio Dei, *L'antropologia medica tra vocazione critica e scienza normale* [Giovanni Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*], 523 / Gianfranca Ranisio, *Antropologia del fitness e del wellness* [Domenico Scafoglio (curatore), *L'odore della bellezza. Antropologia del fitness e del wellness*], 527.

531 *Schede di lettura*

547 *Tesi universitarie*

Hanno collaborato alle traduzioni in questo fascicolo di *AM*: *per i lavori originali* Claudia Avitabile, Paolo Bartoli e Lorenzo Mariani (dallo spagnolo), Giovanni Pizza (dall'inglese) / *per i riassunti* i relativi autori e/o Itaca Servizi Linguistici (Bastia Umbra, provincia di Perugia) e Piccola Società Cooperativa Sociale s.r.l. "Circolo Amerindiano" (Perugia) (in francese, inglese e spagnolo).

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 11-24

*Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarità nella ricerca**

Sylvie Fainzang

directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM] (Paris) / *membre du* Centre de recherche médecine, sciences, santé et société [CERMES] (Villejuif, Paris)
[sylvie.fainzang@orange.fr]

Interrogarsi sui legami tra medicina e antropologia, nell'ambito della ricerca, significa chiedersi che cosa possono realizzare tali discipline *insieme* e a quali condizioni. Piuttosto che all'interdisciplinarità (ancor più che alla multidisciplinarità), che lasciano supporre la fusione di approcci disciplinari compositi, farò qui riferimento alla co-disciplinarità, intesa come una collaborazione tra discipline, in cui ciascuna dovrebbe mantenere la propria identità.

Anche se più seducente, questa nozione non deve farci dimenticare le difficoltà che implica tale collaborazione, in cambio dei reali benefici che apporta. Ora, riflettere sui legami tra queste due discipline, o più esattamente sulla loro possibilità di lavorare insieme, significa in parte interrogarsi sui rischi, sui vincoli e sulle condizioni di una tale collaborazione.

Alcuni problemi e talune realtà si ritrovano sin dalle origini di questo incontro, gli sono per così dire intrinseci, altri sono più evidenti oggi, in un contesto di "cambiamenti" sociali; difficoltà e vincoli di tale collaborazione presentano quindi aspetti strutturali e congiunturali. Gli aspetti strutturali sono quelli che ruotano attorno alle questioni dell'impianto della ricerca, della concettualizzazione e della definizione delle problematiche. Gli aspetti congiunturali sono legati alle trasformazioni della società e al nuovo assetto rappresentato soprattutto dai nuovi ruoli rivestiti dagli attori, e persino dalla comparsa di nuovi attori, questione cruciale nella ricerca e nella terapia, e di conseguenza nei nuovi processi di produzione del sapere in campo sanitario. In entrambi i casi si tratta di capire a quali condizioni l'antropologia, in quanto disciplina di ricerca, e insieme alla medicina,

01-Sylvie Fainzang.pmd 11 02/11/2010, 16.14

possa servire a raggiungere fini comuni come quelli di comprendere e favorire le condizioni sociali di miglioramento della salute degli individui.

Aspetti strutturali

La riflessione su benefici, rischi e condizioni della co-disciplinarità passa attraverso l'interrogarsi sulla *specificità disciplinare* delle parti in causa. Ora, l'antropologia può validamente apportare il proprio contributo a tale co-disciplinarità soltanto se mantiene la propria specificità disciplinare, in quanto disciplina interna alle scienze sociali, il che la distingue dalle discipline mediche. Gli antropologi medici debbono quindi formarsi *per differenza* rispetto ai medici: il che significa che devono costruire, utilizzare e affinare i loro strumenti di analisi nella maniera che è loro propria, al fine di apportarvi tutta la propria ricchezza sia sul terreno del metodo che su quello delle problematiche.

Dal punto di vista metodologico la tradizione di ricerca in antropologia ci ha insegnato a dedicarci ad un'osservazione delle pratiche dei singoli e dei gruppi e a collegare i fatti inerenti l'ambito studiato agli altri ambiti o agli altri livelli della vita sociale. Il che significa che la pratica dell'antropologia medica non deve scindersi dagli altri campi dell'antropologia. Se la focalizzazione dell'antropologia medica sull'ambito della salute e della malattia non la esonera dall'indagare i legami che il suo oggetto mantiene con gli altri campi, non è soltanto per incrementare la conoscenza delle società, che rimane ovviamente il suo obiettivo in quanto disciplina antropologica, ma anche per incrementare le conoscenze che essa può specificamente fornire in ambito medico o sanitario. Non solo lo studio del contesto globale nel quale si inserisce l'oggetto esaminato può apportare elementi d'informazione assolutamente essenziali alla comprensione di tale oggetto, ma possono essere proprio i *percorsi lunghi* ad insegnarci molto sull'argomento. Citerò a mo' di esempio una ricerca che ho condotto in Francia sulla gestione della prescrizione medica e del farmaco da parte di individui di diversa origine culturale e religiosa (FAINZANG S. 2001). Questa ricerca, ispirata inizialmente da una riflessione sul rapporto con la scrittura e con il valore di oggetto terapeutico racchiuso nella "cosa scritta" per le società africane islamizzate, mi ha portato a studiare i vari atteggiamenti nei confronti della prescrizione in pazienti di origine cattolica, protestante, ebraica e musulmana che ho poi incrociato con il problema del rapporto che gli individui stabiliscono con l'autorità medica. Si tratta quindi di illuminare l'oggetto per riflessione, se non addirittura per rifrazione, pun-

01-Sylvie Fainzang.pmd 12 02/11/2010, 16.14

tando l'attenzione e la luce su altri aspetti che vi sono legati, anche se a prima vista essi possono sembrarvi estranei.

L'impianto epistemologico è inestricabilmente legato alla portata euristica delle ricerche effettuate. Ora, da tale impianto deriva il modo di considerare i concetti utilizzati. Uno dei contributi dell'antropologia consiste nella sua possibilità di ripensare e di ridefinire le categorie utilizzate dalla medicina e di affrancarle dal contenuto che essa vi attribuisce per indagarne la portata sociale.

È appunto il caso di una certa quantità di nozioni quali la "prevenzione" o il "contagio" il cui contenuto, così come costruito dai soggetti studiati, si rivela talvolta molto diverso da quello che viene loro attribuito dai professionisti della salute (FAINZANG S. 1992, 1996). Di conseguenza, le nozioni di "prevenzione" o "contagio", non diversamente da quella di "efficacia", non devono essere solo considerate nella prospettiva medica. La verifica sul campo permette di valutare quanto è necessario che l'antropologia rinnovi il contenuto di tali nozioni e che ne relativizzi la portata ed il senso. Questo lavoro di ridefinizione delle categorie utilizzate in ambito medico è del resto ciò che permette, attraverso il distanziamento dai nostri oggetti, l'affinamento dei nostri strumenti concettuali. Il che spiega come una ricerca che coinvolga antropologia e medicina insieme deve mettere in risalto il modo in cui vengono utilizzati i concetti e la definizione che ne dà ogni disciplina.

L'uso delle nozioni è indissociabile dalla definizione delle tematiche. Allo stesso modo, l'antropologia e la medicina possono lavorare di concerto in maniera feconda soltanto se ciascuna ammette che l'altra ha la propria maniera di costruire le sue problematiche di ricerca: ed è così anche quando la medicina ritiene di farsi rappresentare dalla Sanità Pubblica per poter indagare gli aspetti sociali del proprio ambito. A tale proposito la formula di Jean Benoist – a conclusione del testo *Systèmes et politiques de santé* curato da B. Hours (HOURS B. 2001) – secondo cui «l'antropologia, vera scienza clinica del sociale, vede nella Sanità Pubblica una scienza sociale dell'ambito medico» testimonia perfettamente il fatto che i rispettivi oggetti non sono gli stessi. La co-disciplinarità deve non soltanto accogliere tale pluralità nelle modalità di problematizzare le domande, ma condurre al tempo stesso una riflessione sui luoghi di recupero, di incontro, o al contrario di separazione, di tali modalità di problematizzazione. Un esempio tra gli altri è quello della nozione e delle problematiche articolate attorno all'osservanza delle prescrizioni (cioè alla *compliance*, per riprendere la nozione anglosassone corrispondente). In effetti i lavori sulla *compliance*

01-Sylvie Fainzang.pmd 13 02/11/2010, 16.14

non mancano di porre problemi all'antropologo dato che implicano lo studio del fenomeno assumendo la visione del mondo dei professionisti della salute. Alcuni Autori (CONRAD P. 1985, TROSTLE J.A. 1988) hanno rifiutato il termine "*compliance*" in quanto essi riduce la problematica dell'uso dei farmaci a quella della "conformità dell'uso dei farmaci alla prescrizione medica" e sono giunti ad interrogarsi sulla pertinenza antropologica dello studio della osservanza delle prescrizioni in quanto una tale questione sposta sull'antropologo il sospetto di lavorare *per* il medico.

Il che significa che per non cedere alla tentazione normalizzante della problematica della *compliance* e per non sottomettere tale tipo di studio ad un qualsiasi riduzionismo biomedico, conviene che l'antropologia non indaghi sul perché i pazienti sono buoni o cattivi aderenti alle prescrizioni, ma tenti di comprendere a quali condizioni sociali e culturali si realizza il rispetto o meno della prescrizione, senza pregiudicare la fondatezza o meno del loro comportamento.

A questo proposito è interessante rilevare la difficoltà che ho avuto sul campo nel far comprendere il mio obiettivo ai medici ai quali chiedevo collaborazione, non foss'altro che per poter condurre un'osservazione durante la loro attività o affinché mi presentassero ai loro malati. Studiare l'uso della prescrizione significava per me risituare la questione, lungo il filo conduttore degli interrogativi classici in antropologia, sulla percezione dell'efficacia e sulla sua costruzione. Io non cercavo dunque, all'inizio, di porre la questione della osservanza, ma piuttosto quella dello statuto della prescrizione e dell'efficacia della scrittura; mi ponevo cioè la questione del trattamento riservato all'oggetto, costituito da un pezzo di carta sul quale era scritto qualcosa, e mi chiedevo se nei gruppi culturali che mi proponevo di studiare si potevano riscontrare comportamenti paragonabili a quelli che avevo potuto osservare altrove. Ma ben presto sono stata costretta dai medici a formulare la mia domanda in termini di osservanza, altrimenti essi mostravano di non comprendere. In effetti, il fatto di formularla in questi termini modificava in parte il mio progetto reale, poiché voler sapere ciò che fanno i malati con la ricetta non è la stessa cosa che chiedersi se fanno esattamente ciò che essa prescrive. Tale difficoltà è legata all'estraneità di numerosi medici alle problematiche antropologiche, i quali ne vedono l'utilità soltanto se ne misurano l'immediata applicabilità, il che spiega perché trasformavano la mia problematica in quella dell'osservanza, l'unica per essi comprensibile e legittima, anche se rimango del parere che sarebbe stato riduttivo inquadrare la questione unicamente in questi termini [(1)].

È incontestabile che il posizionamento nella ricerca, e nei confronti dell'oggetto di ricerca, è inscindibile dal posizionamento in campo medico. A

01-Sylvie Fainzang.pmd 14 02/11/2010, 16.14

tale riguardo il medico è un attore nel campo della salute. Se l'antropologo è ovviamente in parte attore, nel senso che la sua presenza sul terreno non può non lasciar tracce sulla realtà esaminata, questo ruolo non è da confondersi con quello dei professionisti della salute che sono direttamente parte in causa nella realtà di cui si occupano, con obiettivi immediati ed un preciso ruolo da svolgervi, e la cui attenzione non sarà focalizzata su punti che non paiano loro direttamente o immediatamente redditizi in termini di informazioni che possano aiutarli nelle pratiche di cura.

Tale posizione ambivalente di attori di cura e di attori nella ricerca, o semplicemente negli interrogativi che essi possono rivolgere al loro ambito di attività, li porta ad accettare difficilmente di poter essere a loro volta oggetto dello sguardo dell'antropologo. Un medico è del resto generalmente pronto a voler rivestire il ruolo di esperto nella relazione medico/malato di cui è tuttavia uno dei protagonisti. In virtù di ciò, le rispettive posizioni di antropologo e medico (o di antropologia e medicina) non possono essere simmetriche nei confronti dell'oggetto comune che si danno: il campo della salute e della malattia.

Del resto la co-disciplinarità deve essere accompagnata dall'affermazione di una *posizione doppiamente critica* da parte dell'antropologia. Intendo qui fare riferimento non soltanto alla posizione critica che hanno sviluppato l'antropologia medica anglosassone (intorno ad autori come Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (Lock M. & Scheper-Hugues N. 1990) e, in seguito, vari antropologi europei che si collocano all'interno di una ricerca la cui posta in gioco è chiaramente di carattere politico (Fassin D. 2000, Van Dongen E. 2001). Al tempo stesso mi riferisco qui anche ad una posizione critica nel senso epistemologico del termine, cioè nei confronti della ricerca stessa e del modo di costruirla. In altre parole, la duplice posizione critica dell'antropologia deve consistere non soltanto nel denunciare le condizioni sociali e politiche che portano il paziente ad essere vittima di iniquità in ambito sanitario, ma anche nell'adottare una posizione critica nei confronti dei presupposti che circolano nella società globale e che i professionisti della salute, addirittura gli attori stessi delle scienze sociali, tendono talvolta a fare propri senza verificarne il rigore e la fondatezza attraverso le loro stesse ricerche.

Aspetti congiunturali

Oggi la posizione critica politica tende in primo luogo a prevalere e quindi ad assumere, dal punto di vista congiunturale, una specifica acuità: infatti,

01-Sylvie Fainzang.pmd 15 02/11/2010, 16.14

se gli antropologi devono essere attenti alle diseguaglianze in salute nelle società occidentali, devono esserlo ancor più rispetto alle diseguaglianze nell'accesso alle cure fra i paesi del Nord e del Sud del mondo, tant'è vero che nell'ambito della globalizzazione gli squilibri Nord/Sud tendono ad accrescersi su tre piani indissociabili: economico, politico e sanitario.

Di contro, la critica epistemologica tende ora ad essere trascurata e i postulati su cui si fondano le ricerche sono sempre meno rimessi in discussione. La critica dovrebbe invece mettere in discussione affermazioni generalmente ritenute ovvie e inscritte nelle menti al punto da condizionare una grande quantità di ricerche senza che ne siano rimessi in discussione i loro presupposti. Se la costruzione di un oggetto di ricerca deve tenere conto di questo imperativo critico, tale imperativo è ancora maggiore nel contesto della multidisciplinarità o della co-disciplinarità in cui gli obiettivi di ricerca si basano quasi sempre su verità per il mondo medico che non sono affatto indagate. Quindi l'antropologia ha il dovere di esercitare il suo sguardo critico su tutta la ricerca condotta mano nella mano con la medicina (o addirittura soltanto suscettibile di interessare la medicina) nella misura in cui si possa prevedere che tale collaborazione si basi su presupposti da cui la medicina non può affrancarsi proprio in ragione del suo impegno nella pratica medica.

Per illustrare questo punto citerò un esempio, collegato all'immagine che i medici hanno dei pazienti e alla questione dell'informazione, che ci conduce al cuore degli aspetti congiunturali della questione della co-disciplinarità.

I medici tendono oggi a produrre discorsi stereotipati sui pazienti, talvolta persino contraddittori, spesso e volentieri diffusi dalla stampa medica, che possono andare per esempio dalla convinzione che i pazienti non vogliono sapere la verità sulla loro malattia fino all'affermazione secondo cui oggi sono ben informati, navigano tutti su Internet e tendono a voler imporre i loro punti di vista scaturiti da fonti terze di informazione, talvolta errate. Si può ovviamente ritenere che tale fenomeno sia congiunturale giacché la questione dell'informazione non è mai stata tanto all'ordine del giorno quanto oggi e mai come oggi si è parlato di "democrazia sanitaria" come di una nuova realtà delle società contemporanee.

Numerose opere (di scienze sociali e di medicina) fanno da cassa di risonanza all'avvento di un'era dell'autonomia del malato giovandosi del fatto che oggi esiste un'ampia gamma di testi che promuove il diritto all'informazione del malato e alla nozione di consenso informato. Il riferimento a tale autonomia e all'informazione del malato è del resto alla base della

01-Sylvie Fainzang.pmd 16 02/11/2010, 16.14

nozione in voga di "democrazia sanitaria" che implica la ridistribuzione dei poteri che entrano in gioco nel campo della salute a favore della società civile ed in particolare degli utenti. Le scienze sociali hanno spiegato l'emergere e la promozione della nozione di democrazia sanitaria da una parte con il disincanto nei confronti della medicina e con la crisi di legittimità che ha vissuto, dall'altra con il fatto che in Francia si sono tenuti nel 1998 gli Stati Generali della Salute in occasione dei quali le associazioni di malati hanno riproposto le loro rivendicazioni e soprattutto la loro volontà di accedere ad una informazione veritiera. Le scienze sociali e i medici vi leggono un'importante mutazione della società ed un gran numero di osservatori nel campo della salute si compiacciono della situazione del paziente contemporaneo se arrivano a dire che detiene ormai sempre più potere e che può prendere in mano la sua salute poiché è educato ed informato. Tuttavia ci si può chiedere fino a che punto è osservabile tale mutamento. Si può forse considerare che il paziente contemporaneo sia veramente dotato del potere decisionale che gli si vuole riconoscere, anche se il principio dell'informazione viene presentato in numerosi testi legislativi e numerose carte dei diritti quali il Codice della salute pubblica, il Codice di deontologia medica, le raccomandazioni dell'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [*n.d.t.*]), ecc., e anche se numerosi pazienti ricorrono oggi a Internet (una parte dei quali del resto, ad onor del vero, perché non osa chiedere al proprio medico le informazioni che vorrebbero avere)? Di norma si ritiene che l'informazione sia un argomento forte del potere e che la questione dell'informazione dei malati sia quella della condivisione del potere. Ci si rende conto del fatto che la questione riceve tuttavia modalità di risposta diverse a seconda che sia elaborata dal punto di vista pragmatico e terapeutico, oppure dal punto di vista etico e politico, o addirittura a seconda che sia affrontata da una prospettiva medica o dalla prospettiva delle scienze sociali. Tuttavia nonostante la tendenza attuale a dare per acquisita l'evoluzione del sistema di cura e della relazione fra medico e paziente, al punto da ritenere che nella nostra società l'informazione sia largamente diffusa e che il paziente abbia acquisito una sufficiente capacità di decidere, l'osservazione sul campo mostra invece che la realtà è tutt'altra e suggerisce quanto sarebbe utile interrogare più a fondo alcune di queste apparenti evidenze, giacché ci si renderebbe conto, così, che nella "complicità" tra operatori sanitari ed utenti l'informazione e la decisione rimangono ampiamente lasciate agli uni e sottratte agli altri. Ciò porta a rimettere in discussione le conclusioni di alcuni lavori nel campo delle scienze sociali di cui ci si chiede talvolta se non rimandino a fantasmi piuttosto che a realtà. Le dichiarazioni di alcuni au-

01-Sylvie Fainzang.pmd 17 02/11/2010, 16.14

tori sull'informazione, sulla negoziazione e sulla decisione ci mettono di fronte alla visione di una futura età dell'oro del paziente, un paziente che sarebbe informato e riflessivo. Il paziente è veramente quell'individuo attivo che le scienze sociali si compiacciono di descrivere oggi come in grado di scegliere e negoziare?

Esistono effettivamente nuovi attori quali le associazioni di malati il cui ruolo si esplica sia dal punto di vista della presa in carico terapeutica sia da quello della ricerca e i cui effetti sulla co-disciplinarità sarebbero da indagare. È questo il caso delle associazioni che si sono costituite generalmente intorno ad una malattia specifica (per esempio l'AIDS, la miopatia, ecc.) il cui obiettivo è dettato dalla volontà immediata di rispondere ai propri interessi: migliorare la ricerca medica nel campo che li riguarda e migliorare le condizioni di vita garantite ai malati. Tuttavia è da dire che gli appartenenti a tali associazioni non riassumono come tali la condizione sociale dei pazienti contemporanei, ma le questioni che essi si pongono sono anch'esse determinate dal loro status di malati e quindi dalla loro diretta implicazione – anche se differente da quella dei medici – nei problemi della salute. In ogni caso, le domande (quelle dei medici e quelle dei malati) sono formulate in funzione della posizione che essi occupano nel campo della salute.

Le politiche pubbliche della ricerca

Le politiche pubbliche in materia di ricerca e salute si sovrappongono talvolta alle politiche sanitarie pubbliche, ma non sempre. Non si può essere così ingenui da credere che le politiche di ricerca, e soprattutto gli incentivi alla ricerca, siano realizzati soltanto ai fini della salute pubblica. L'influenza dell'economia e soprattutto dell'industria sulla ricerca in ambito medico e farmacologico testimonia l'esistenza di poste in gioco diverse da quelle del miglioramento delle condizioni sanitarie della popolazione. Tuttavia non si può nemmeno dimenticare il peso politico dello Stato in tutta la questione. Gli studi e le gare d'appalto indette dagli Enti pubblici, preoccupati dal sensibile calo di consumo di carne di manzo e degli effetti potenziali di tale calo sull'industria agroalimentare, ne sono un esempio eloquente. Di conseguenza la ricerca deve rimanere lucida sui temi che sono alla base di queste politiche: godere di buona salute non dipende soltanto dalla scelta di adottare buoni comportamenti dato che gli individui sono sottomessi ad un sistema economico e si vedono proporre mucca pazza, diossina, amianto, piombo, ecc. Che senso ha riflettere sui compor-

01-Sylvie Fainzang.pmd 18 02/11/2010, 16.14

tamenti a rischio in un contesto sociale ed economico in cui l'individuo è costretto a vivere in maniera rischiosa? Da questo punto di vista le necessità economiche non si limitano alla necessità di ridurre le spese sanitarie. Il vantaggio che i poteri pubblici possono trarre da una ricerca sulle rappresentazioni dell'impatto sanitario dell'incenerimento dei rifiuti, per esempio, sembra essere piuttosto quello di aggirare gli ostacoli all'accettazione da parte dei vicini degli impianti di incenerimento che non quello di lavorare per l'eliminazione della diossina nei pressi delle zone abitate.

Poiché le sfide della ricerca (così come i problemi della salute) non sono mai esclusivamente sanitarie ma al tempo stesso, sempre, sociali, politiche ed economiche, è logico che le politiche della ricerca mirino a promuovere lavori che mettano in luce le condizioni in cui gli individui hanno maggiori possibilità di adottare i comportamenti auspicati e che non si sovrappongano necessariamente ai lavori che evidenziano le condizioni sociali in cui la salute dei singoli risulterebbe migliorata. In questo contesto se la medicina (o la Sanità pubblica) si interessa in primo luogo di quanto concerne immediatamente la salute degli individui, nondimeno essa è spesso uno strumento nelle mani della politica, anche se involontariamente. Così la focalizzazione stessa sui problemi di salute, in termini di fenomeni individuali o collettivi, produce ad esempio uno sfondo epistemologico specifico alla riflessione sulla salute. Ciò si ritrova in maniera esemplare nei discorsi sulla prevenzione e nelle politiche di prevenzione circa la questione cruciale della responsabilità: in effetti volgere lo sguardo sui comportamenti degli individui significa al contempo celare le condizioni collettive e sociali in cui si radicano tali comportamenti. E quando la medicina si adopera, in una prospettiva di salute pubblica, per la "promozione della salute" generalmente ciò è fatto allo scopo di cambiare i comportamenti individuali piuttosto che le condizioni sociali in cui essi si sviluppano (i casi del fumo o dell'alcol sono sufficientemente esemplificativi [2]). Queste considerazioni conducono del resto ad interrogarsi sul senso delle politiche di "educazione del paziente", nelle quali la co-disciplinarità riveste un ruolo non trascurabile, e sulle ricerche che esse suscitano. L'antropologia dovrebbe quindi interrogarsi sul contesto concreto in cui vengono utilizzate nozioni così in voga come appunto quella di "educazione del paziente", sul suo senso e le sue implicazioni sociali. Non si può scagliare la prima pietra sui professionisti della salute, non foss'altro che per la necessità in cui si trovano di promuovere questo tipo di ricerche, per la loro implicazione nell'attività della salute. Occorre tuttavia essere consapevoli del baratro che separa la prospettiva medica da quella antropologica: un baratro di cui si può valutare la pro-

01-Sylvie Fainzang.pmd 19 02/11/2010, 16.14

fondità soltanto reinterrogando con precisione i fondamenti stessi delle domande che si pongono i medici e delle ricerche che la medicina promuove.

Conclusione

La co-disciplinarità pone ovviamente alcuni interrogativi sul tipo di ricerca che essa compie. L'opposizione ricerca fondamentale / ricerca applicata in antropologia ha fatto il suo tempo. Eppure non si può non constatare come si siano potuti ottenere determinati progressi soltanto grazie a studi realizzati dalla ricerca antropologica fondamentale, non su commissione medica, proprio nell'ambito della salute. Al contrario gli interrogativi formulati dalla medicina hanno aperto nuovi orizzonti alle indagini delle scienze sociali sul mondo in cui viviamo. Nella co-disciplinarità ognuno ha bisogno dell'altro a condizione di lasciarlo libero, senza imbrigliarlo. In altri termini, non è soltanto rispondendo agli interrogativi formulati dalla medicina che le scienze sociali le daranno necessariamente più aiuto, ma anche permettendo all'antropologia di indagare di nuovo sulle certezze legate alla salute pubblica, formulando così nuovi interrogativi e apportando nuovi risultati.

Lo scopo di questo intervento non è tanto lanciarmi nella difesa della co-disciplinarità tra antropologia e medicina, ma piuttosto esaminare a quali condizioni si può realizzare la co-disciplinarità per il bene di ognuna di esse e a vantaggio dell'ambito in cui si realizza, quello cioè della salute degli individui. Se la formulazione degli interrogativi non è la stessa, la co-disciplinarità può essere feconda a condizioni di permettere ad ognuna di formulare i problemi, ma all'interno di un'incessante movimento riflessivo.

Di fronte alle nuove politiche della ricerca l'antropologia deve che più che mai affermare l'atteggiamento di ricerca che deve esserle proprio: non dare per scontati i presunti asserti e reinterrogarsi sulle certezze. Se tale necessità può essere efficacemente annoverata tra gli aspetti strutturali dei vincoli della co-disciplinarità, essa può essere ancora più impellente nella congiuntura attuale, caratterizzata da ciò che può essere definita una surmedicalizzazione della società, che mi sembra più propriamente essere oggi lo spazio centrale delle sfide intorno al corpo, alla vita, alla salute e alla malattia.

Tale posizione dipende dal duplice dovere critico di cui ho già parlato, ciò significa che l'antropologia non deve imporre i propri valori o le proprie

01-Sylvie Fainzang.pmd 20 02/11/2010, 16.14

norme ma mettere in luce le eventuali contraddizioni tra le norme e i fatti. Così per riprendere l'esempio dell'informazione del paziente, se si può ammettere che la medicina sviluppi sulla questione dell'informazione un punto di vista legato a obiettivi pragmatici esplicitamente dichiarati, il ruolo dell'antropologo, in contrappunto all'approccio medico, consiste nell'interessarsi al divario che esiste tra i discorsi di alcuni pazienti (del tipo «i medici non vogliono informarmi») e quello dei medici (del tipo «i pazienti non vogliono sapere»). La posizione dell'antropologo consiste nell'assumere i due discorsi come validi e entrambe le parti come giuste, e tentar di comprendere ciò che entra in gioco in questo divario e come si realizzino concretamente l'uso, la ricerca, la divulgazione o l'acquisizione dell'informazione.

Se la co-disciplinarità deve poter esistere senza che ciascuna disciplina si dissolva in questa collaborazione, e soprattutto senza che l'antropologia, indubbiamente la più minacciata a tal riguardo [3], perda la propria anima, occorre che questa doppia posizione critica (sul piano politico ma anche epistemologico) possa pienamente esercitarsi.

Note

[*] Il testo qui pubblicato risulta da una comunicazione presentata al Colloque "La santé en débat. Politiques de la co-disciplinarité" (Lausanne, 5-6 novembre 2003), organizzato dalla Commission interdisciplinaire d'anthropologie médicale (CIAM) e da Medical anthropology of Switzerland (MAS).

[1] Il che mi avrebbe impedito, ad esempio, di individuare tutte le pratiche che non attengono alla osservanza delle prescrizioni in senso stretto e che tuttavia hanno a che fare con ciò che i pazienti considerano come una pratica terapeutica coerente con i loro obiettivi, se non addirittura con le raccomandazioni mediche.

[2] Più che il sistema di salute, infatti, è l'intero sistema sociale ed economico ad esservi in causa.

[3] Più minacciata a causa del prevalere dei problemi della salute nella società contemporanea.

[*traduzione dal francese rivista da Massimiliano Minelli e Tullio Seppilli*]

Riferimenti bibliografici

CONRAD P. (1985), *The meaning of medications: another look at compliance*, "Social Science & Medicine", vol. 20, n. 1, 1985, pp. 29-37.

FAINZANG S. (1992), *Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention*, pp. 18-27, in AÏACH P. - BON N. - DESCHAMPS J.P. (curatori), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Presses Universitaires de Nancy.

FAINZANG S. (1996), *Alcoholism, a contagious disease: a contribution towards an anthropological definition of contagion*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 20, n. 4, 1996, pp. 473-487.

01-Sylvie Fainzang.pmd 21 02/11/2010, 16.14

FAINZANG S. (2001), *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Presses Universitaires de France, Paris (collection "Ethnologies-controverses").

FASSIN D. (2000), *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Karthala, Paris (collection "Hommes et Sociétés").

HOURS B. (curatore) (2001), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala, Paris (collection "Médecines du Monde").

LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. (1990), *A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*, pp. 47-72, in JOHNSON T. M. - SARGENT C. F. (curatori), *Medical anthropology: a handbook of theory and method*, Greenwood Press, New York.

TROSTLE J.A. (1988), *Medical compliance as an ideology*, "Social Science and Medicine", vol. 27, n. 12, 1988, pp. 1299-1308.

VAN DONGEN E. (2001), *Violence and older people in the Cape Peninsula. The relevance of medical anthropology in a pandemic world*, "Ethnologies Comparées", n. 3 (numero monografico su *Santé et maladie: questions contemporaines*) [http://alor.univ-montp3.fr/cerce/r3/n.3.htm].

Scheda sull'Autore

Sylvie Fainzang è antropologa, direttore di ricerca presso l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris) e membro del CERMES (Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, Paris). Dopo i suoi primi lavori in Africa occidentale ha orientato la sua attenzione sulla società francese, su cui lavora da una ventina d'anni.

È autrice di numerose opere: L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina (L'Harmattan, Paris, 1986); La femme de mon mari. Étude ethnologique du mariage polygamique en Afrique et en France (L'Harmattan, Paris, 1988); Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste (EHESS, Paris, 1989 [collana "Les Cahiers de l'Homme"]), tradotto in inglese con il titolo Of malady and misery. An africanist perspective of illness in Europe (Het Spinhuis Publishers, Amsterdam, 2000 [collana "Health, Culture & Society"]); Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort (Presses Universitaires de France, Paris, 1996); Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance (Presses Universitaires de France, Paris, 2001).

Elenco delle pubblicazioni sul sito: http://pagesperso-orange.fr/sylvie.fainzang/

Riassunto

Antropologia e medicina: riflessioni epistemologiche sulla co-disciplinarità nella ricerca

Nell'articolo l'autore passa in rassegna le difficoltà legate alla co-disciplinarità tra antropologia e medicina e le condizioni della relativa realizzazione distinguendo gli aspetti

01-Sylvie Fainzang.pmd 22 02/11/2010, 16.14

strutturali (relativi all'atteggiamento di ricerca, alla concettualizzazione ed alla definizione delle problematiche) dagli aspetti congiunturali di tali difficoltà (dovute alle trasformazioni della società, soprattutto alla presenza di nuovi attori e di nuovi ruoli in campo sanitario). L'autore difende la necessità per l'antropologia di adottare una *posizione doppiamente critica*, cioè critica non soltanto dal punto di vista *politico* (rispetto alle crescenti disparità di accesso alle cure o agli interessi economici che sono alla base delle politiche di ricerca), ma anche sul piano epistemologico. Questo doppio dovere critico presume di rimettere in discussione le certezze su cui si basano oggi numerose ricerche senza interrogarsi sui relativi presupposti.

Résumé

Anthropologie et médecine : réflexions épistémologiques sur la co-disciplinarité dans la recherche

Dans cet article, l'auteur examine les difficultés de co-disciplinarité entre anthropologie et médecine et les conditions de sa réalisation. Distinguant entre les aspects structurels (relatifs à la posture de recherche, à la conceptualisation et à la définition des problématiques) et les aspects conjoncturels de ces difficultés (liés aux transformations de la société, notamment à la présence de nouveaux acteurs et de nouveaux rôles dans le champ sanitaire), elle défend la nécessité pour l'anthropologie d'adopter une *position doublement critique*, c'est-à-dire critique non seulement sur le plan *politique* (face aux inégalités croissantes d'accès aux soins ou aux intérêts économiques qui sous-tendent les politiques de recherche), mais aussi sur le plan *épistémologique*. Ce double devoir critique suppose de réinterroger les évidences sur lesquelles sont bâties aujourd'hui de nombreuses recherches sans que soient questionnés leurs présupposés.

Resumen

Antropología y medicina: reflexiones epistemológicas sobre la co-disciplinariedad en la investigación

En el artículo el autor examina las dificultades ligadas a la co-disciplinariedad entre antropología y medicina y las condiciones de su realización, distinguiendo los aspectos estructurales (relativas a la postura ante la investigación, a la conceptualización y a la definición de las problemáticas) de los aspectos coyunturales de dichas dificultades (debidos a las transformaciones de la sociedad, en concreto a la presencia de nuevos actores y de nuevas funciones en campo sanitario). El autor defiende la necesidad de que la antropología adopte una *posición doblemente crítica*, es decir, crítica no sólo desde

01-Sylvie Fainzang.pmd 23 02/11/2010, 16.14

el punto de vista *político* (respecto a las crecientes diferencias de acceso a los cuidados o a los intereses económicos que subyacen a las políticas de investigación), sino también en el plano epistemológico. Este doble deber crítico presupone la necesidad de reexaminar las certezas sobre las que se basan actualmente numerosas investigaciones sin que se pongan en duda sus presupuestos.

Abstract

Anthropology and medicine: epistemological reflections on co-disciplinary relationships in research

In the article the author examines the difficulties inherent in the co-disciplinary relationship between anthropology and medicine and the conditions leading to its development. Making a distinction between the structural aspects (regarding research stance, conceptualization, and problem definition) and the cyclical aspects (related to the transformations of society, in particular to the presence of new actors and new roles in the healthcare sector) of such difficulties, the author defends the necessity for anthropology to adopt a *doubly critical stance*, i.e. critical not only from the *political* standpoint (regarding the growing inequalities in access to treatment or the economic interests underlying research policies), but also at the epistemological level. This dual critical stance implies a necessity for re-examination of the certainties on which numerous studies are based today, without calling their basic assumptions into question.

01-Sylvie Fainzang.pmd 24 02/11/2010, 16.14

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 25-52

Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici

Eduardo L. Menéndez

profesor-investigador, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) (México)
[emenendez1@yahoo.com.mx]

La interculturalità non è un fenomeno recente né univoco bensì costituisce un processo che nel corso della traiettoria dell'antropologia è stata oggetto di diverse interpretazioni che rappresentano in gran parte risposte alle situazioni specifiche non solo delle scienze antropologiche ma soprattutto dei soggetti di studio degli antropologi.

Il concetto di interculturalità, almeno in America Latina, è stato largamente usato nella decade degli anni novanta e nei primi anni del duemila in diversi settori dell'antropologia e specialmente nel campo della salute/malattia/cura (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1999a, 1999b, 1999c; FERNÁNDEZ cur. 2004). Questo concetto è caratterizzato da un'apparente semplicità ma nella misura in cui si utilizza e si approfondisce nascono concezioni diverse, a volte complementari ma spesso antagoniste. Ciò si riflette, almeno finora, nella impossibilità di stabilire una definizione accettata da tutti coloro che utilizzano questo concetto (SAMPEDRO - LLERA curr. 2003).

È pur vero che fin dalla nascita della antropologia ci sono stati modi differenti di definire e/o usare la interculturalità dal momento che questa costituisce il nucleo della specificità iniziale della nostra disciplina e dato che la ricerca antropologica sul campo – per lo meno fino a pochi anni fa – si è sviluppata quasi esclusivamente in termini di interculturalità. La interculturalità costituiva non soltanto una parte intrinseca della nostra disciplina ma era anche l'aspetto che in termini metodologici differenziava l'antropologia dalle altre scienze storiche e sociali.

Il concetto di interculturalità rimanda necessariamente ai soggetti di studio dell'antropologia dato che è rispetto a questi soggetti che lo utilizziamo. Prima di tutto dobbiamo ricordare che l'antropologia si costituisce

02-Menéndez.pmd 25 02/11/2010, 16.14

come disciplina a partire dall'Altro Culturale, al di là del fatto che sia trattato in termini etnocentrici o di relativismo culturale. Come sappiamo, tuttavia, i soggetti di studio dell'antropologia si sono costantemente modificati così come le relazioni che gli antropologi hanno stabilito con loro.

Inizialmente questi soggetti erano comunità o gruppi etnici appartenenti a culture caratterizzate da gradi diversi di "primitività" stabiliti dagli stessi antropologi, il che rinvia non tanto a un approccio etnocentrico quanto a una definizione in termini di ambiti e tempi culturali. Almeno a partire dalla terza decade del secolo XX il soggetto iniziale della nostra disciplina è stato risignificato come "contadino", più tardi come "marginale urbano" per essere poi attualmente riferito alla popolazione "migrante". A partire dagli anni '60 abbiamo assistito a un processo di incremento costante dei soggetti di studio dell'antropologia in conseguenza sia del suo sviluppo accademico sia di determinati processi sociali che hanno trasformato qualunque soggetto sociale in oggetto di lavoro antropologico (Menéndez 2002). Precisamente questo cambiamento si esprime in modo manifesto sul terreno delle indagini e degli interventi che riguardano i processi di salute/malattia/cura.

L'antropologia sociale è passata dallo studio dell'Altro allo studio del Noi; di più, dallo studio dell'Altro nel campo dell'Altro allo studio dell'Altro nel campo del Noi, e allo studio del Noi dentro lo stesso campo dell'antropologo. Pertanto è necessario che gli antropologi definiscano con chiarezza rispetto a chi pensano le relazioni interculturali. In termini generali gli antropologi latinoamericani pensano che la interculturalità si dia fra i differenti soggetti riconosciuti dalla nostra disciplina, ma in termini specifici, e specialmente quelli che lavorano sui processi di salute/malattia/cura, riferiscono preferibilmente le relazioni interculturali a quelle che operano tra i membri dei gruppi etnici e il personale biomedico.

Per di più, almeno alcuni degli antropologi che lavorano sui processi di salute/malattia/cura generalmente riducono la interculturalità alla relazione gruppi etnici/servizi biomedici, lasciando da parte nelle loro etnografie – o dando uno spazio assai scarso – le diverse forme di cura delle malattie che sono operanti nei contesti in cui vive la popolazione studiata, nonostante che la maggioranza dei gruppi siano caratterizzati dal cosiddetto pluralismo medico (Cominsky 1986; Menéndez 2004). Così, per esempio, la relazione utente/terapeuta viene descritta e analizzata come problema quasi esclusivamente per quanto riguarda la relazione popolazione/personale biomedico ma non la relazione popolazione/terapeuti "tradizionali" o popolazione/terapeuti "new age".

02-Menéndez.pmd 26 02/11/2010, 16.14

Questo e altri processi rimandano a un fatto ovvio che tuttavia conviene sottolineare; mi riferisco al fatto che la interculturalità esiste nella realtà sociale dei gruppi al di là del fatto che la studiamo o le diamo una denominazione tecnica, esattamente come succede con la povertà, la disuguaglianza sociale o la stigmatizzazione. I diversi gruppi sociali latinoamericani hanno praticato la interculturalità rispetto i processi di salute/malattia/cura molto prima che agli antropologi venisse in mente di studiare questi processi in termini di interculturalità. L'antropologia si pone oggi problemi di interculturalità che sono stati "risolti" nella pratica dagli stessi gruppi sociali (MENÉNDEZ 1981, 2004). Uno dei compiti fondamentali degli studi interculturali dovrebbe essere quello di registrare tali processi gestiti dai gruppi sociali per apprendere dalla loro pratica.

Ogni gruppo – compresi i gruppi etnici – è stato in rapporto con altri gruppi creando diversi tipi di relazioni interculturali caratterizzate dalla complementarietà, la simmetria, la equità, la cooperazione, ma anche dalla competizione, l'asimmetria, lo scontro, la lotta. Le relazioni culturali hanno funzionato e continuano a funzionare in contesti di dominazione, di sfruttamento, di egemonia/subalternità. Per di più la maggior parte di queste relazioni – e non solo quelle gestite dalla società "occidentale" – hanno un carattere etnocentrico. Così, quando osserviamo che la interculturalità è posta in termini esclusivi di cooperazione, di rispetto e di tolleranza fra i gruppi, ci sembra molto interessante come desiderio ma ci appare anche come riduzionista – per usare una parola più o meno neutra – rispetto ai processi sociali che operano nei nostri contesti latinoamericani. In effetti la maggior parte delle relazioni interculturali sono asimmetriche, implicano tanto la solidarietà quanto l'oppressione, possono essere contemporaneamente cooperative e competitive. Tutto ciò si manifesta nei diversi processi di salute/malattia/cura, e specialmente nella relazione degli operatori sanitari con la popolazione indigena (FERNÁNDEZ cur. 2004; SOLÍS 2003).

Siamo d'accordo con la proposta di sviluppare relazioni interculturali nelle quali non abbiano posto egemonie e dominazioni, però succede che nella realtà di queste relazioni – per lo meno in America Latina – operano ideologie, poteri e settori sociali che cercano di imporre la propria egemonia e il proprio dominio; riteniamo che questi non si riducono né si eliminano esclusivamente per mezzo della diffusione di informazioni o migliorando la comunicazione interculturale. Il potere economico o il sapere biomedico non possono essere modificati soltanto mettendo in opera strategie educative o di comunicazione.

02-Menéndez.pmd 27 02/11/2010, 16.14

Dall'etnocentrismo al relativismo culturale

In relazione a quanto detto possiamo distinguere varie fasi rispetto al processo di interculturalità nella traiettoria della antropologia. La prima fase corrisponde all'inizio della nostra disciplina, caratterizzata dal dominio delle scuole evoluzioniste e diffusioniste le quali, pur diverse sotto molti aspetti, hanno un elemento in comune, e cioè l'etnocentrismo. Così la interculturalità viene intesa in questa prima fase come l'incontro dell'antropologo con una cultura che per definizione non solo è diversa, non solo è lontana ma rappresenta uno stadio o un ciclo sociale "inferiore" rispetto alla cultura dell'antropologo inglese, tedesco, francese o nordamericano, per elencare soltanto i quattro paesi dove inizialmente si sono sviluppati la metodologia e le teorie antropologiche e il lavoro sul campo. Per l'evoluzionismo e per il diffusionismo il riferimento fondamentale dello sviluppo è costituito dalla società cosiddetta "occidentale".

Dobbiamo tenere conto che gli antropologi vivevano in società caratterizzate da una forte adesione alle teorie evoluzioniste non solo in campo culturale ma anche biologico; in paesi che avevano o avevano avuto imperi coloniali (i paesi europei sopra menzionati) o che si trovavano in una situazione di colonialismo interno (gli Stati Uniti), e anche che aderivano nella loro maggioranza a teorie e pratiche eugenetiche applicate con diversa intensità e estensione a determinati soggetti e gruppi interni agli stessi paesi centrali (HARDING cur. 1993; MENÉNDEZ 2002).

Ciò significa che nelle scienze antropologiche prevale inizialmente un approccio ai processi di interculturalità caratterizzata da una situazione asimmetrica in termini culturali, economico-politici e razziali. Certo sono esistite tendenze antropologiche che hanno promosso uno sguardo e una condizione più simmetrici fra le diverse culture però queste non furono le correnti dominanti della nostra disciplina.

Questa asimmetria si manifesta nel fatto che nelle etnografie realizzate dagli antropologi evoluzionisti e diffusionisti non troviamo informazioni sulla morbilità e sulla mortalità prevalenti nei gruppi che essi studiavano. Così come esistono soltanto pochi studi antropologici sulle condizioni di assistenza biomedica e di salute pubblica dei gruppi che non soltanto avevano osservato ma con i quali, come ha riconosciuto V. TURNER (1967), avevano convissuto. Praticamente nessun antropologo rappresentante di queste tendenze teoriche descrive e analizza le principali malattie delle quali moriva la maggioranza della popolazione che studiava. Le uniche malattie che descrivevano erano quelle cosiddette "tradizionali" che, per

02-Menéndez.pmd 28 02/11/2010, 16.14

lo meno in America Latina, non sono quelle di cui realmente muore la popolazione nativa.

Però fra gli anni '20 e '50 del XX secolo una serie di eventi nella società globale e in particolare nel mondo accademico modificano questa situazione sotto diversi importanti aspetti. Gli anni '20 e soprattutto '30 sono caratterizzati, fra l'altro, dalla affermazione dei movimenti fascisti, e fra questi del nazionalsocialismo tedesco che pone, in termini come mai fino ad allora erano stati posti, la questione razziale e la questione etnica al centro della discussione non solo politica e ideologica ma anche accademica. Accadde che gli antropologi tedeschi definirono la questione razziale non solo in termini di razza ma anche di *ethnos* e di *volk*, includendo in una sola unità il biologico, l'etnico e il popolare. La definizione dominante fu in termini di unità bioculturale e non solo razziale: ciò complicava il problema poiché traduceva in termini accademici – e di azione politica – la concezione culturale e ideologica dominante specialmente negli strati dirigenti delle società europee e nordamericana che si manifestava esattamente nella messa in campo di politiche eugenetiche e di dominazione coloniale.

Ciò radicalizza la concezione etnocentrica dominante fino ad allora nella misura in cui esplicita un modello di interculturalità caratterizzato non solo dalla asimmetria ma anche dalla differenza bioculturale, il che riduce le possibilità di interculturalità in termini simmetrici e la ridefinisce esplicitamente in termini di superiorità/inferiorità. Come si sa, questa concezione teorico-ideologica corrispondeva al modo di pensare egemone nei paesi centrali. Se tuttavia acquistò il carattere di "scandalo" non fu perché prospettava una nuova posizione accademica e ideologica in termini di superiorità/inferiorità ma perché si accompagnava a una nuova proposta economico-politica all'interno del mondo capitalista. Lo "scandalo" è rappresentato anche dalle attività eugenetiche messe in campo specialmente dalla Germania, comprese le azioni di sterminio intraprese non solo in termini etnici e razziali ma anche in termini di malattia e specialmente di malattia mentale.

Dobbiamo assumere in tutta la sua rilevanza che nel periodo al quale ci stiamo riferendo la Germania era uno dei quattro paesi con maggior sviluppo delle scienze antropologiche e per alcuni autori rappresentava il paese più importante in termini teorici e soprattutto metodologici. Dobbiamo riconoscere che la quasi totalità dei più importanti antropologi fisici e degli etnologi di questo paese aderivano a queste concezioni. Pertanto a proporle non è una qualunque antropologia ma quella di uno dei paesi in cui ha conosciuto il maggiore sviluppo.

02-Menéndez.pmd 29 02/11/2010, 16.14

Rispetto alle proposte tedesche del soggetto di studio dell'antropologia inteso come unità bioculturale, gli antropologi, specialmente negli Stati Uniti, sviluppano a partire dagli anni '30 differenti concezioni teoriche che intendono il soggetto della ricerca esclusivamente in termini di diversità culturale e sociale. Così per questi antropologi il biologico diventa una costante che non implica differenziazioni mentre è la cultura a determinare – e sottolineo determinare – la differenza. Naturalmente nella legittimazione accademica di tale proposta intervengono altre antropologie nazionali, in particolare quella britannica, però il suo fondamento sia accademico che politico si deve soprattutto alle correnti sviluppatesi negli Stati Uniti.

È proprio in questo lasso di tempo che si stabilisce una nozione di interculturalità che gli antropologi di oggi assumono, sia pur in vario modo, come la prima proposta, appunto, di interculturalità. L'aspetto centrale di questa nozione è costituito in primo luogo dal relativismo culturale, come risposta all'etnocentrismo degli orientamenti antropologici dominanti fra il 1850 e il 1930. In altre parole tutte le culture appaiono collocate sullo stesso orizzonte, si riconosce la specificità culturale come nucleo della "differenza" senza però implicarvi giudizi di valore in termini di superiorità/inferiorità.

La cultura e in secondo luogo alcuni aspetti del sociale costituiscono le dimensioni attraverso le quali si stabilisce il relativismo culturale, con esclusione, però, della dimensione economica e politica. Le diverse condizioni economiche o i processi di sfruttamento non sono inclusi né tenuti in conto nelle proposte interculturali che riducono la differenza al culturale.

In questo periodo la metodologia antropologica subisce una svolta importante dato che stabilisce alcuni dei principi che domineranno come modello ideale il lavoro antropologico e specialmente la ricerca sul campo. Così qualunque cultura studiata da un antropologo sarà definita dalla sua distanza culturale e anche geografica dalla cultura e dal paese d'origine dell'antropologo. Di più, sarà questa distanza culturale a legittimare la "oggettività" della metodologia antropologica così come è stata definita più tardi da Lévi-Strauss (1968) o da Leach (1982).

Ancora in questo periodo la antropologia sociale svilupperà tutta una serie di caratteristiche che esprimono il tipo di interculturalità dominante (Menéndez 1990, 2002), fra le quali mi interessa segnalarne due. La prima corrisponde allo sviluppo della nozione di cambiamento graduale riferita ai gruppi studiati dagli antropologi per i quali il contatto fra culture influenza entrambe pur avendo un impatto più significativo sulle culture

02-Menéndez.pmd 30 02/11/2010, 16.14

native. Propongono perciò un uso graduale dei cambiamenti che hanno applicato in particolare in America Latina a determinati processi di salute/malattia/cura (AGUIRRE BELTRÁN 1986).

In questo periodo di tempo si sviluppano i concetti di acculturazione, transculturazione e contatto sociale che implicano in modo tacito o esplicito il processo di espansione diretta o indiretta dei paesi capitalisti nelle società periferiche. Tale espansione non viene messa in questione ma osservata come un processo che "sta lì" e rispetto al quale si possono soltanto stabilire delle misure che ne riducano l'effetto dirompente; in realtà si tratta di misure che cercano soprattutto di facilitare i cambiamenti delle culture periferiche con il minor costo culturale, sociale e anche psicologico. Il cambiamento, lo sviluppo, l'acculturazione tendono a essere pensati in termini di complementarietà fra le parti, laddove una di queste parti – le culture native – sono considerate stabili, con scarse dinamiche proprie di cambiamento e il motore del cambiamento è riferito principalmente ai "contatti" con le società "occidentali".

La seconda caratteristica è la astoricità, cioè l'esclusione della dimensione diacronica dal lavoro antropologico, che ha a che vedere con certe condizioni oggettive della produzione di conoscenza ma anche con determinate condizioni ideologiche. In questo caso ha a che vedere soprattutto con la possibilità di sviluppare una antropologia interculturale, basata sul relativismo, che riconosce la diversa razionalità di ogni gruppo etnico ma che lascia da parte le conseguenze della espansione coloniale – comprese quelle in termini di mortalità e morbilità – sulle vite, e non solo sulle diverse razionalità, dei gruppi etnici.

Questa proposta di interculturalità – come quelle corrispondenti alle concezioni evoluzioniste e diffusioniste – è stata elaborata nei paesi centrali e specialmente negli Stati Uniti e in Gran Bretagna: è importante sottolineare, però, che con scarse varianti queste concezioni si sono imposte in termini metodologici nella antropologia e sugli antropologi del cosiddetto Terzo Mondo, nonostante che questi antropologi studiassero generalmente gruppi appartenenti al loro paese e, in molti casi, appartenessero in modo mediato o immediato a qualche gruppo etnico nazionale.

Per di più almeno una parte di questi antropologi potevano criticare in termini teorici, ideologici o addirittura politici l'espansione coloniale e le sue conseguenze ma nello stesso tempo applicavano una metodologia che era parte di tale espansione coloniale. Secondo BONFIL (1995a) la maggior parte degli antropologi che lavorano in antropologia applicata in Messico nelle decadi '40 e '60 utilizzano approcci sviluppati dalla antropologia

02-Menéndez.pmd 31 02/11/2010, 16.14

nordamericana e britannica. In questo senso accettano di applicare una metodologia basata sulla distanza culturale che spesso non esisteva nella situazione quotidiana di questi antropologi.

Negli anni '50 e '60 viene messo in discussione nella antropologia dei paesi centrali e periferici questo modo di concepire e usare la interculturalità. In primo luogo si scopre ciò che è ovvio e cioè che la condizione della maggior parte dei gruppi studiati dagli antropologi è determinata dalla situazione coloniale (BALANDIER 1971) imposta dai paesi capitalisti centrali e dai gruppi dominanti dei paesi periferici (BALANDIER 1954-55). Ciò si manifesta nella ricerca antropologica nei paesi africani, nel sud est asiatico e in America Latina: in particolare si segnalano gli studi condotti a partire dagli anni '60 a Vicos (Perù) dal gruppo della Cornell University (Stati Uniti) guidato da A. Holmberg, che descrivono e analizzano la relazione fra latifondisti e gruppi etnici in termini di relazioni sociali centrate sul terrore, che è il concetto usato da questo gruppo di ricercatori. Così il terrore sociale, economico ma anche culturale emerge come una delle componenti fondamentali di queste relazioni interculturali.

Ma in questo periodo si scopre anche che i gruppi studiati dagli antropologi sono caratterizzati dal sottosviluppo economico e sociale; anzi, sono quelli che si trovano nelle peggiori condizioni economiche all'interno dei loro paesi e che soffrono le peggiori conseguenze di questa situazione specialmente in termini di denutrizione, di minore speranza di vita e di più alti tassi di mortalità. Bisogna ricordare che il concetto di sottosviluppo nasce negli anni '40 per raggiungere la sua espansione negli anni '50, e che una delle principali variabili per mezzo delle quali si misurava – e si continua a misurare – il sottosviluppo si riferiva al processo di salute/malattia/cura.

Tutta una serie di antropologi latinoamericani hanno criticato da diversi punti di vista le tendenze dominanti nella nostra disciplina; è il caso, per esempio, di Bonfil che nel suo studio sulla fame a Sudzal, pubblicato nel 1962, ha prodotto una importante analisi della antropologia applicata riferita particolarmente ai processi di salute e denutrizione. Passando in rassegna gli approcci nordamericani e britannici ed enumerando le loro principali caratteristiche, questo autore rileva la tendenza a considerare che i cambiamenti che investono le comunità vengono sempre da fuori. Rileva anche che i cambiamenti indotti debbono essere lenti, graduali, parziali e adattati alla cultura che si cerca di modificare. Sebbene una parte di questi antropologi riconosca l'importanza dei fattori economici e politici, la maggior parte di loro non studia la struttura economica né la distribuzione della ricchezza nei gruppi con i quali lavorano. Questo tipo di indagini, secondo Bonfil, considerano le comunità indigene come società isolate,

02-Menéndez.pmd 32 02/11/2010, 16.14

estranee alla società nazionale; per questo non includono nessuna delle cause principali che generano gran parte dei problemi attuali, comprese la malattia e la denutrizione, delle comunità oggetto di studio. Per questo motivo afferma che "questa corrente non è solo incapace di prospettare soluzioni efficaci ma anche rappresenta oggettivamente una tendenza contraria all'interesse nazionale dei nostri paesi" (BONFIL 1995b: 173).

Bonfil mette in discussione specialmente le soluzioni proposte da questi antropologi finalizzate per lo più a migliorare i processi di comunicazione, dato che secondo lui gran parte delle relazioni interculturali si danno all'interno di rapporti di sfruttamento, di discriminazione razziale e di disuguaglianza sociale, sintetizzati dal concetto di "situazione coloniale" elaborato da Balandier. Per questo tali relazioni rendono possibili determinati tipi di comunicazione che spesso rinforzano le disuguaglianze sociali e culturali. Così il lavoro interculturale in salute non si può ridurre a cercare di modificare abitudini e atteggiamenti culturali, dato che questi sono strutturati in una situazione coloniale che implica la necessità di lavorare sugli aspetti economici e di potere, e non solo sui modelli culturali e di comportamento.

I lavori di Bonfil e di altri antropologi latinoamericani ma anche statunitensi (MENÉNDEZ 1981, 1990, 2002) non soltanto hanno messo in questione direttamente o indirettamente le concezioni dominanti di interculturalità ma hanno anche proposto altre alternative di interpretazione e di azione. Studiosi che utilizzano i quadri teorici della fenomenologia, dell'interazionismo simbolico, del marxismo e anche del funzionalismo critico, come A. Holmberg e R.Beals, hanno messo in discussione le concezioni e le pratiche di interculturalità dominanti nella nostra disciplina per varie ragioni ma soprattutto perché non descrivono né analizzano nessuno dei processi che determinano le relazioni interculturali.

Le critiche investivano non solo il piano teorico e ideologico ma riguardavano anche aspetti metodologici e tecnici. Alcune, per esempio, mettevano in discussione un aspetto assai significativo del lavoro antropologico dato che criticavano la qualità e la validità dei dati raccolti nel lavoro sul campo poiché questi erano stati ottenuti a partire da una relazione informatore/antropologo che era parte della situazione coloniale.

Come sappiamo gran parte di queste critiche erano dirette, in America Latina e specialmente in Messico, contro il cosiddetto "indigenismo integrazionista" che proprio negli anni '60 e '70 fu oggetto di giudizi molto negativi da parte di alcuni dei principali antropologi regionali. Si imputò all'indigenismo di promuovere la acculturazione integrativa, di negare

02-Menéndez.pmd 33 02/11/2010, 16.14

autonomia alle culture indigene, di occultare non soltanto l'etnocidio ma anche la situazione di disuguaglianza e di inferiorità alla quale sono state e sono sottomesse da parte della società dominante. (BONFIL 1995c [1972]; SARIEGO 2002).

"Differenze" e interculturalità

L'atteggiamento critico dominante negli anni '60 e '70, insieme a una serie di altri processi (MENÉNDEZ 2002, 2002b), ha favorito l'emergere in primo piano di certi aspetti che fino ad allora avevano caratterizzato solo parzialmente l'antropologia sociale e che negli anni '80 ne diventano elementi centrali. Il riconoscimento della differenza era un aspetto focale del relativismo culturale e perciò non costituiva una nuova dimensione dell'antropologia come è invece accaduto per la notevole estensione di questo concetto a nuovi soggetti fino ad allora non considerati "differenti" in termini culturali. Così la nozione di differenza si riferirà non solo alla etnicità ma anche al genere, alla età, alla religiosità, alla stigmatizzazione e, in modo molto speciale, alla malattia.

Pertanto durante gli anni '80 e '90 gli antropologi, e naturalmente altri studiosi, analizzeranno le differenze di ogni tipo – così come ancora di più spingeranno a fare certe proposte relativiste – utilizzando concetti come multiculturalismo e pluralismo culturale che derivano in gran parte dai cosiddetti "studi culturali" e sono caratterizzati da un orientamento unilaterale verso gli aspetti simbolici della cultura.

La esplosione antropologica delle "differenze" implica tuttavia la omissione di tre differenze fondamentali per la antropologia sia dei paesi centrali sia, specialmente, di quelli periferici. Durante gli anni '80 e '90 praticamente non esistono in America Latina studi sulle differenze in termini razziali, di classe sociale e ideologici: ciò implica che gli studi interculturali – e naturalmente non solo questi – escludono di analizzare le relazioni razziali, di classe e ideologici. Di più, queste relazioni non sono studiate in termini interculturali proprio quando si acutizzano certi fatti che si manifestano attraverso i tre tipi di relazioni cui si è fatto cenno (MENÉNDEZ 2002b).

Dalla fine degli anni '70 e specialmente negli anni '80 e '90 nei paesi latinoamericani saranno applicate le cosiddette politiche di aggiustamento strutturale che produrranno diverse conseguenze fra loro complementari, tra le quali favorire il processo migratorio di massa dai paesi periferici verso i paesi centrali dato il notevole incremento di diversi problemi sociali e soprattutto della disoccupazione. In funzione di questo il primo aspet-

02-Menéndez.pmd 34 02/11/2010, 16.14

to da prendere in considerazione è che gli anni '80 e '90 costituiscono, secondo la CEPAL, le due "nuove decadi perdute" laddove "perdute" si riferisce non solo al fatto che non si incrementa lo sviluppo socioeconomico della regione ma anche al fatto che per di più si genera un enorme incremento della povertà e della povertà estrema a livello urbano e rurale, nonché un incremento delle disuguaglianze socioeconomiche che trasformano l'America Latina nella regione più diseguale del mondo.

Gli studi specifici e generali sul Messico concordano nel segnalare che i gruppi etnici presentano i livelli più estremi e generalizzati di povertà, le più gravi situazioni di disuguaglianza socioeconomica in ogni specifica società, le peggiori condizioni e conseguenze in termini di salute/malattia/cura (SECRETARÍA DE SALUD 2001).

I gruppi etnici sono quelli più sottomessi alla discriminazione razziale sia nei paesi di origine che nei paesi dove emigrano, dato che questi costituiscono una importante componente della popolazione latinoamericana che emigra verso gli Stati Uniti e l'Europa. Da ultimo, la maggioranza dei gruppi etnici mostrano la minore presenza in termini di decisioni politiche e di potere politico nelle loro società, salvo il caso di alcuni pochi paesi latinoamericani (INI/PNUD 2000).

In questo contesto si "riscopre" e si utilizza la interculturalità in termini generali e in special modo in riferimento ai processi di salute/malattia/cura. Bisogna riconoscere però che tale uso opera attraverso due tendenze antagoniste anche se complementari. Da una parte lo sviluppo di proposte di autonomia politica e culturale avanzate da numerosi gruppi etnici e che trova la sua espressione più significativa, per lo meno in termini mediatici, nella "sollevazione" indigena del Chiapas diretta dall'EZLN; dall'altra le proposte, avanzate fin dalla metà degli anni '90 da parte di organismi internazionali come le Nazioni Unite, l'UNICEF, la FAO, ma anche dalla Banca Mondiale, di tenere specialmente conto la situazione di povertà e di salute negativa dei popoli indigeni particolarmente colpiti dall'aggiustamento strutturale.

Il concetto di interculturalità viene recuperato in rapporto all'insieme di questi processi e anche se esistono varie tendenze nell'uso di questo concetto noi ci concentreremo soprattutto su due. C'è una linea che risulta la più diffusa per lo meno fra coloro che studiano i processi di salute/malattia/cura e che usa la interculturalità fondamentalmente in termini simbolici, recuperando così gran parte delle concezioni sviluppate fra gli anni '30 e '50 dalle scuole antropologiche nordamericane, quelle scuole, cioè, che, come si ricorderà, sono state le prime a studiare i processi di salute/malat-

02-Menéndez.pmd 35 02/11/2010, 16.14

tia/cura in termini culturali e che hanno influito di più nello sviluppo della antropologia mesoamericana (Bonfil 1995a, 1995b). Questa linea parte dal fatto che i soggetti appartenenti a culture differenti sviluppano rappresentazioni e pratiche differenti che riducono la possibilità di una relazione complementare; intende pertanto le relazioni interculturali in termini di cattive condizioni di comunicazione culturale che bisogna modificare per rendere possibile una migliore interrelazione. Cioè, l'obbiettivo è modificare i saperi che sono in relazione più di ogni altro aspetto, lasciando da parte altri tipi di caratteristiche come per esempio la autonomia di ciascuna delle parti che sono in rapporto: "Mentre il principio della autonomia implica il riconoscimento della diversità, quello della interculturalità esprime la necessità della comunicazione e della interlocuzione tra società con matrici culturali diverse (Sariego 2002: 240).

Questa concezione nel campo dei processi di salute/malattia/cura si manifesta specialmente nelle relazioni che si stabiliscono fra il sistema sanitario e i diversi gruppi sociali, in particolare i gruppi etnici o, più specificamente, nella relazione fra il gruppo di operatori sanitari, e soprattutto il medico, e i soggetti che appartengono ai gruppi etnici. Si assume che le rappresentazioni e le pratiche sociali degli operatori sanitari e dei membri dei diversi gruppi etnici sono differenti rispetto a tutta una serie di processi. Cioè si assume che ci sono delle differenze alcune delle quali incidono negativamente sulla relazione medico/paziente e perciò si propone di informare/educare sia i medici sia i membri delle comunità per facilitare la convergenza fra le rappresentazioni e le pratiche di entrambi. Si propone di educare non solo per informare ma anche per stabilire livelli di tolleranza e di rispetto verso i saperi degli altri. Si assume che attraverso l'informazione sia la popolazione sia gli operatori sanitari possono modificare le rispettive concezioni e stabilire così un tipo di interazione che favorisca tanto la relazione interculturale quanto l'efficacia medica. Riteniamo che questo tipo di proposte possano essere molto utili soprattutto se applicate a situazioni specifiche, se hanno un forte riferimento pratico e se hanno continuità (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia *et al.* 2006). Succede però che almeno una parte di queste attività in America Latina, e specialmente in Messico, sono caratterizzate dalla genericità, non hanno un referente pratico né continuità. Spesso queste attività si sviluppano all'interno di processi molto burocratizzati che cercano di raggiungere obbiettivi e mete caratterizzati dalla rapidità e che non mettono in atto meccanismi di valutazione dell'impatto effettivo non soltanto sulla popolazione ma anche sulle stesse attività svolte dal personale di salute. Per di più si lanciano massicci programmi di formazione del personale su problemi che inci-

02-Menéndez.pmd 36 02/11/2010, 16.14

dono negativamente sulla popolazione indigena che però si interrompono all'improvviso a causa di difficoltà finanziarie o di cambiamenti nelle politiche di salute, come è successo di nuovo in Messico durante i primi anni della decade del 2000 (Fassin 2006; Menéndez 2006a, 2006b; Menéndez y Spinelli curr. 2006, Secretaría de Salud 2001b; Ugalde 2006a, 2006b).

D'altra parte anche se i processi educativi sono importanti, dobbiamo essere consapevoli che per mezzo dell'educazione si possono risolvere soltanto alcuni dei problemi che riguardano le relazioni interculturali, compresi alcuni aspetti della relazione medico/paziente. Per quanto riguarda gli operatori sanitari, e in special modo il personale medico, sono in atto tutta una serie di processi che chiamano in causa il loro orientamento professionale, sociale ed economico. Poche ore di educazione "antropologica" certamente non possono modificare i saperi dei medici la cui formazione è sempre più esclusivamente biomedica, visto che i contenuti biomedici sono praticamente gli unici a livello di laurea e di postlaurea per la quasi totalità delle specializzazioni mediche. Ciò non impedisce che una parte degli operatori sanitari possano diventare sensibili all'importanza di determinati fattori e processi socioculturali, ma questa presa di coscienza rappresenta una variabile personale che incide poco sul comportamento delle istituzioni sanitarie e del personale che vi lavora. In un importante studio J. Ortega (1999) ha osservato che nei contesti rurali dello Yucatán (Messico) l'uomo gioca un ruolo decisivo nel parto e che le regole culturali esigono la presenza e e lo svolgimento di attività specifiche dell'uomo nel travaglio del parto. Di più, Ortega ha documentato come l'uomo – marito o padre della partoriente – partecipa con il suo stesso corpo in questo processo. In altri termini, ciò che appare come una straordinaria conquista della biomedicina attuale, vale a dire la presenza attiva dell'uomo nel processo del parto, Ortega osserva che è parte costitutiva della cultura dei Maia delle terre basse messicane. Però la presenza dell'uomo è in via di sparizione per varie ragioni, e soprattutto perché le istituzioni sanitarie non permettono non solo che l'uomo svolga un ruolo attivo ma nemmeno che sia presente al parto di sua moglie. Ci sono tutta una serie di caratteristiche degli orientamenti e delle pratiche della biomedicina che obbediscono a condizioni istituzionali e professionali che non possono essere modificate soltanto da una maggiore informazione/educazione.

In questa ottica le attività educative realizzate con gli operatori sanitari nella prospettiva interculturale dovranno partire, per esempio, dal riconoscimento dell'esistenza di concezioni razziste in una parte significativa della popolazione latinoamericana, in particolare degli operatori sanitari, e

02-Menéndez.pmd 37 02/11/2010, 16.14

del fatto che queste concezioni razziste sono parte intrinseca della relazione operatore sanitario/paziente appartenente a un gruppo etnico. Accade però che gli studi interculturali spesso non includono nel proprio quadro di riferimento l'esistenza di queste concezioni e relazioni razziste. Almeno per quanto riguarda il Messico non conosco nessuno studio o intervento realizzato negli ultimi trenta anni che abbia cercato di indagare sistematicamente la presenza di aspetti razzisti nella relazione medico/paziente e, conseguentemente, che abbia cercato di modificarla. È questa una carenza che, come si è già detto, corrisponde alla tendenza attuale della antropologia sociale a trascurare lo studio delle relazioni razziali (CASTELLANOS 2000). Pertanto questa linea non assume che il razzismo rappresenta una componente importante delle relazioni di egemonia/subalternità che si sviluppano specialmente attraverso i processi di salute/malattia/cura, e che si esprimono in America Latina in situazioni quotidiane di tipo molto diverso. Come tutti sappiamo, in vari paesi della regione compreso il Messico sono state messe in atto da parte degli operatori sanitari politiche di pianificazione familiare che hanno implicato la sterilizzazione di donne e di uomini, prevalentemente di origine indigena o africana. Questo tipo di attività è stato reiteratamente documentato in vari paesi della regione specialmente durante gli anni '90 (MENÉNDEZ 2002).

Le concezioni razziste operano in gran parte incoscientemente in termini culturali; fanno parte di una ideologia di discriminazione e di stigmatizzazione che la popolazione, compresi gli operatori sanitari, non registra nelle sue attività quotidiane. Per di più, attraverso determinati processi sociali si rafforzano la discriminazione razziale e le relazioni di egemonia/subalternità. Per esempio si osserva spesso che alcune persone appartenenti a gruppi nativi latinoamericani hanno cercato di "sbiancare" o "imbiondire" la pelle o i capelli utilizzando una serie di sostanze apposite. Molte volte durante le mie ricerche sul campo in aree molto diverse del Messico mi sono imbattuto nella preoccupazione, diffusa in differenti settori sociali e anche nei gruppi indigeni, di quanto fosse bianco o biondo il neonato.

Negli anni 2003 e 2004 la televisione messicana ha trasmesso una pubblicità che prometteva che le persone che avessero usato una certa sostanza avrebbero potuto modificare "il tono genetico della propria pelle" (sic). La ricerca di una pelle più chiara, l'uso di sostanze per modificare il colore naturale della pelle scura, sono processi attraverso i quali i gruppi assumono l'egemonia dei settori dominanti, e l'assumono nella quotidianità del proprio corpo che è il luogo in cui l'ideologia cerca di imporsi in termini culturali (MENÉNDEZ 2001). Questo processo si può osservare oggi nelle

02-Menéndez.pmd 38 02/11/2010, 16.14

adolescenti, di diversi settori sociali e anche dei gruppi indigeni, che cercano di costruirsi una figura più magra possibile.

In linea di principio non critichiamo la necessità soggettiva o di gruppo di costruire un determinato tipo di corpo, ma segnaliamo che attraverso questi processi quotidiani si danno processi di egemonia/subalternità profondi e significativi che rappresentano un aspetto fondamentale delle relazioni interculturali.

In questa prospettiva la biomedicina per mezzo di una serie di processi diretti e indiretti ha favorito lo sviluppo di processi di egemonia/subalternità nelle sue relazioni dirette e indirette con i diversi gruppi sociali. Dalla metà degli anni '70 abbiamo molte volte verificato l'uso, da parte dei gruppi etnici compresi quelli più isolati, di farmaci di tipo biomedico che sono diventati una parte normale delle loro strategie di autocura (Menéndez 1981, 1990). In tutta l'America Latina sono documentate una forte medicalizzazione e autocura di tipo biomedico in diversi gruppi etnici: "Attualmente, nei gruppi brasiliani è abbastanza frequente che il farmaco brevettato sia il primo ad essere usato, anche quando si tratta di malattie tradizionali" (Garnelo y Wright 2001; Garnelo y Langdon 2003); questi autori ritengono che esista una ipermedicalizzazione dei saperi dei gruppi etnici brasiliani.

In sintesi, la linea che domina attualmente negli studi e negli interventi interculturali in America Latina nel campo dei processi di salute/malattia/cura presenta delle caratteristiche molto simili a quelle della antropologia sociale e applicata degli anni '40 e '50, analizzata da Bonfil. Di più, presenta degli aspetti simili alla cosiddetta "antropologia medica clinica" sviluppatasi negli Stati Uniti negli anni '70 e '80 che è stata criticata dalla corrente di "antropologia medica critica" di questo paese con argomenti e conclusioni simili a quelli proposti da Bonfil.

Negli anni '80 e '90 si è assistito in America Latina a una forte espansione delle organizzazioni non governative (Ong) che lavorano sui processi di salute/malattia/cura ma anche queste ricorrono per lo più a un approccio molto simile a quello della antropologia applicata e della antropologia medica clinica. Ciò non significa, ovviamente, che non ci siano delle Ong che lavorano con altre prospettive ma queste sono sempre più scarse almeno fra noi (Haro - De Keijzer curr. 1998; Menéndez - Spinelli curr. 2006). In definitiva, al di là delle diverse situazioni storiche e culturali in cui hanno operato, si osserva una notevole continuità e somiglianza nel modo in cui almeno una parte degli studiosi hanno applicato la interculturalità ai processi di salute/malattia/cura nell'arco di settanta anni.

02-Menéndez.pmd 39 02/11/2010, 16.14

Integrazione o autonomia

Esiste un'altra linea che pur riconoscendo il significato della dimensione simbolica e degli aspetti etnici della interculturalità cerca tuttavia di articolarli con la dimensione economico-politica: in questo modo, per esempio, la povertà e la disuguaglianza sociale vengono a costituire un aspetto centrale delle relazioni interculturali, così come proposto da BONFIL nel 1962 per la popolazione rurale yucateca. Questa linea considera centrale la questione dell'autonomia dei gruppi in rapporto alla società dominante: pur con diversa enfasi, si sostiene che non esistono soltanto diversità e pluralismo culturale ma anche opposizioni e perfino incompatibilità culturali e non culturali fra i gruppi in relazione fra loro. Per questo si pone in primo luogo la questione dell'autonomia come passo necessario per stabilire una interculturalità realmente simmetrica.

Questa linea assume l'esistenza di tutta una serie di situazioni e problemi che difficilmente possono essere risolti per mezzo dell'educazione o migliorando la comunicazione dato che si riferiscono a processi di dominazione, di esclusione, di stigmatizzazione promossi da obbiettivi economico-politici, professionali e/o ideologici dei settori sociali che sono in relazione. Questa linea riconosce la possibilità di lavorare con ciascuno dei settori sociali che sono in relazione ma anche l'importanza di lavorare con entrambi cercando di scoprire in modo particolare le relazioni transazionali che si generano fra i soggetti e i gruppi (MENÉNDEZ 1981).

Fra le due linee di cui si è parlato esistono una varietà di proposte che oscillano fra l'una e l'altra. Quasi tutte partono da alcuni elementi comuni: per esempio si sottolinea che, nonostante i processi di globalizzazione, continuano a formarsi nuovi gruppi sociali mentre tuttavia continuano a mantenersi forme culturali che, secondo alcune interpretazioni globalizzanti, sembravano condannate a sparire. Allo stesso modo, tutte riconoscono che ogni gruppo ricodifica e risignifica secondo le proprie matrici culturali i problemi e le interpretazioni che sono in gioco nelle loro relazioni sociali.

Naturalmente queste ed altre caratteristiche sono trattate diversamente anche perché spesso si devono adattare alle condizioni istituzionali dominanti. Come già si è detto, vari progetti hanno proposto in diversi paesi dell'America Latina di informare e sensibilizzare non soltanto gli individui e i gruppi di utenti ma anche il personale sanitario: per questo hanno centrato i loro obbiettivi nel modificare certi aspetti del sapere e dell'atteggiamento dei medici che lavorano a livello di assistenza di base e anche nella medicina specialistica. Tuttavia in generale queste attività educative

02-Menéndez.pmd 40 02/11/2010, 16.14

si limitano a giustapporsi al sapere e agli atteggiamenti dei medici nella misura in cui non ci si preoccupa di lavorare a partire dal sapere professionale per mettere in luce quali sono gli aspetti biomedici che più si oppongono al riconoscimento della diversità dell'altro. Per di più non si assume in tutte le sue conseguenze il fatto che il medico ha una formazione esclusivamente biomedica, per lo meno in Messico. Ciò significa che sono esclusi dalla sua preparazione formale gli aspetti sociali, culturali, economici e politici.

La maggior parte degli studi interculturali, almeno in Messico, non si preoccupano di analizzare le caratteristiche che si oppongono di più – ma anche quelle che invece lo potrebbero favorire – al riconoscimento, alla accettazione e all'uso tecnico delle proposte dell'interculturalità da parte del personale sanitario. Si lavora come se si sapesse quali sono le caratteristiche socioculturali del sapere biomedico con la conseguenza che i contenuti dei corsi "antropologici" che si impartiscono agli operatori sanitari si giustappongono ai loro saperi tecnici riducendone così l'impatto. Soprattutto non si lavora sugli aspetti che rifiutano o risignificano sul terreno biomedico i nuovi contenuti che si stanno impartendo.

Consideriamo invece necessario, almeno in Messico, condurre ricerche per conoscere in che cosa consiste il sapere biomedico, per proporre strategie di insegnamento costruite a partire da situazioni specifiche che facilitino l'articolazione del sapere medico con il sapere dei gruppi sociali (Menéndez - Di Pardo 1996). Se non è possibile condurre questo tipo di studi, consideriamo fondamentale attuare con il personale sanitario un percorso pedagogico che permetta di mettere in discussione certe caratteristiche del sapere biomedico e di ristrutturarlo in termini di relazioni interculturali (Menéndez 2001b, 2006c).

Mentre alcuni antropologi propongono di informare e educare soprattutto per generare nel personale sanitario comprensione e tolleranza delle rappresentazioni e pratiche culturali dei pazienti rispetto ai processi di salute/malattia/cura, altri propongono che i medici debbano conoscere in profondità la cultura dei loro pazienti per utilizzarla nelle proprie attività terapeutiche. Di più, ritengono – e io sono d'accordo – che il medico dovrebbe conoscere il linguaggio dei propri pazienti soprattutto se lavora in una zona dove il linguaggio più diffuso è quello di uno specifico gruppo etnico. In questo senso si critica – e anche su questo sono in parte d'accordo – che la maggior parte dei medici che lavorano con gruppi etnici nella maggior parte dei paesi latinoamericani non conoscono il linguaggio dei soggetti di cui si prendono cura.

02-Menéndez.pmd 41 02/11/2010, 16.14

Succede però che molti antropologi che si trovano su questa linea e avanzano proposte interculturali, di fatto nel loro lavoro sul campo – esattamente come i medici – non conoscono la lingua dei gruppi etnici con i quali lavorano: situazione questa che merita una riflessione sulla metodologia applicata alla interculturalità da parte degli antropologi.

Nonostante le differenze che abbiamo visto, in tutte le linee opera un fatto anche questo già sottolineato. In America Latina noi antropologi "nativi" studiamo diversi problemi non dalla distanza delle antropologie dei paesi centrali ma a partire dalla nostra situazione immediata. Però noi antropologi ci formiamo apprendendo le concezioni e le metodologie sviluppate nei paesi centrali, e naturalmente anche nei nostri stessi paesi. Perciò nelle nostre antropologie non si riflette a sufficienza su come la posizione dell'antropologo nativo limita o rende possibile ottenere informazioni strategiche e affidabili. Continuiamo ad andare sul campo come sempre, cioè basandoci sulla fiducia di ottenere informazioni "stando lì": si tratta però di un "lì" che non è quello teorizzato dagli antropologi dei paesi centrali come parte essenziale della loro metodologia antropologica che ha permesso loro – almeno nel loro immaginario – di pensare che una situazione "esterna" assicurasse una determinata oggettività.

Il fatto è che la nostra situazione e la nostra relazione interculturale con i nostri soggetti di ricerca, e anche con i problemi da studiare, sono "diverse" e per tanto abbiamo bisogno di una riflessione metodologica sulle implicazioni che ne derivano.

La cosiddetta antropologia "at home"

Le linee che stiamo presentando muovono dall'assunzione che la interculturalità opera in soggetti e gruppi che spesso si trovano in un processo di cambiamento. Una delle espressioni più conosciute di questo processo di cambiamento, come già si è accennato, consiste nella migrazione di individui e di gruppi prima all'interno del proprio paese (dalla campagna alla città) e poi, a livello internazionale, dai propri paesi al primo mondo. Oggi non sono gli irlandesi, gli italiani, gli spagnoli, i tedeschi e altri gruppi europei che emigrano verso l'America, non sono quelli che sbarcarono soprattutto negli Stati Uniti, in Canada, in Argentina o in Uruguay. Quelli che adesso emigrano con diversi mezzi di trasporto verso l'Europa o gli Stati Uniti sono i latinoamericani, gli africani, gli asiatici. Praticamente in tutti questi gruppi la componente etnica è decisiva in termini demografici. Il costante incremento di questi processi a livello latinoamericano durante

02-Menéndez.pmd 42 02/11/2010, 16.14

le "decadi perdute" degli anni '80 e '90 provocherà l'emergere di diversi conflitti tra la popolazione migrante e la popolazione locale: in certi contesti avrà caratteristiche di stigmatizzazione e di conflitto razziale come è stato precocemente documentato dalla antropologia e dalla sociologia britannica rispetto ai gruppi di africani, asiatici e caraibici che dopo la seconda guerra mondiale si sono istallati in varie aree del Regno Unito (Bloom 1971; Rex 1970; Williams 1989). Questi conflitti esprimono soprattutto la situazione dei migranti e le loro pressanti richieste sociali, e specialmente occupazionali, come è accaduto nei disordini verificatisi in Francia negli ultimi mesi del 2005 che hanno coinvolto principalmente gli immigrati e la prima generazione francese di figli di immigrati africani. Però mi interessa sottolineare in modo particolare che una parte significativa di questi processi si daranno attraverso la malattia e la sua presa in carico soprattutto nelle società che si autodefiniscono come "società del benessere" (Bravo 2005; Hurtado 2005; Di Cristofaro Longo - Morrone 1994; Williams 1989).

Questi e altri processi che ora non analizzerò sono quelli che determinano in vari paesi europei lo sviluppo della "antropologia a casa", una antropologia che trova la differenza culturale non già in spazi culturali lontani e differenti ma all'interno dello stesso spazio europeo. Si tratta in altri termini dello sviluppo di una "situazione" antropologica che almeno per alcuni aspetti è simile a quella che ha caratterizzato il lavoro degli antropologi latinoamericani, ma anche africani, hindu e del sud est asiatico rispetto ai loro paesi e contesti.

Questi processi hanno portato in primo piano una serie di questioni metodologiche che la stessa antropologia ha costantemente trascurato o negato nonostante che rappresentino dei nuclei duri della sua costituzione e del suo funzionamento come disciplina. Mi riferisco al fatto, già segnalato, che l'antropologia ha sviluppato una concezione del soggetto di studio e della sua relazione metodologica con questo che assumeva il distanziamento culturale e geografico come aspetto sostantivo del suo modo di lavorare e come fattore determinante della "oggettività" della sua metodologia.

La definizione del soggetto di studio e la metodologia antropologica sono state messe a punto in un piccolo gruppo di paesi centrali ed esportate come modo accademico e professionale di lavorare verso gli altri paesi, compresi quelli latinoamericani. Il fatto è però che gli antropologi latinoamericani, specialmente quelli di origine etnica, non hanno con il soggetto di studio una relazione simile a quella di un antropologo francese o tedesco quando studia gruppi e problemi delle società latinoamericane. I soggetti di studio possono essere diversi, perfino in termini culturali e geografici, però fanno parte dello stesso paese dell'antropologo latinoamericano e ne esprimono la realtà.

02-Menéndez.pmd 43 02/11/2010, 16.14

Quando un antropologo messicano studia un gruppo etnico del suo paese sa che questo, in quanto parte dell'insieme dei gruppi etnici messicani, presenta le condizioni più negative di salute e di povertà a livello nazionale in comparazione con qualunque altro gruppo. Sa anche che lui in quanto antropologo messicano fa parte di qualcuno di questi gruppi. E questo succede in un gruppo che per quanto distante è parte della sua stessa società. Gli antropologi nativi, riflessivamente o meno, lavorano dentro quella che abbiamo chiamato la dialettica "del dentro e del fuori" e che ha bisogno di essere elaborata in termini metodologici.

Si potrebbero aggiungere altri elementi ma ciò che mi interessa sottolineare è che questa e altre caratteristiche implicano la necessità di elaborare riflessioni e proposte rispetto al soggetto di studio, alla metodologia per studiarlo e alla sua applicazione in termini di relazioni sociali, economiche e culturali. Tuttavia questo non succede fra di noi dal momento che utilizziamo gli strumenti e la metodologia elaborati dalle antropologie dei paesi centrali. Per questo non si sono avuti riflessione e cambiamento rispetto a una relazione che, come quella fra l'antropologo e il suo soggetto di studio, implica aspetti decisivi in termini interculturali. Ho la sensazione che nel caso della attuale "antropologia a casa" stia succedendo la stessa cosa. Evita cioè, coscientemente o no, di riflettere sulla situazione del ricercatore nei termini delle relazioni interculturali nelle quali è implicato quando fa la sua ricerca o il suo intervento.

Da questa sintetica rassegna delle fasi attraversate da ciò che viene chiamata interculturalità emergono tutta una serie di problemi di diverso tipo, fra i quali ne sottolineo due riferiti ai processi di salute/malattia/cura. Il primo consiste nella necessità di discutere un concetto di interculturalità che non esaurisca la cultura nella sola dimensione simbolica. Il secondo consiste nella necessità di discutere e proporre metodologie adeguate alla situazione di un antropologo che sempre più spesso descrive, analizza e/o interviene su gruppi che appartengono alla sua stessa società e sempre più spesso alla sua stessa cultura. Sono gruppi che per di più possono essere sfruttati, emarginati e a volte stigmatizzati dalla stessa società dell'antropologo che li studia. Si tratta di una situazione di ricerca nella quale, come sanno almeno gli antropologi che lavorano sui processi di salute/malattia/cura, la speranza di vita degli informatori è quasi sempre più ridotta di quella del ricercatore. Questa e altre riflessioni sono decisive nello studio dei processi di salute/malattia/cura in termini delle cosiddette relazioni interculturali.

[*traduzione dallo spagnolo di Paolo Bartoli*]

02-Menéndez.pmd 44 02/11/2010, 16.14

Riferimenti bibliografici

Aguirre Beltrán G. (1986), *Antropología médica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), México.

Balandier G. (1954-1955), *L'Anthropologie appliquée aux problemes des pays sous-développés*, 3 voll., Institut d'Études Politiques, Université de Paris, Paris.

Balandier G. (1971), *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*, III ediz., Presses Universitaires de France, Paris.

Bloom L. (1971), *The social psychology of race relations*, George Allen & Unwin, London.

Bonfil Batalla G. (1995a), *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*, pp. 1-152, in Bonfil Batalla G., *Obras escogidas*, tomo I, Instituto Nacional Indigenista - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Bonfil Batalla G. (1995b), *El pensamiento conservador en la antropología aplicada.Una crítica*, pp. 173-181, in Bonfil Batalla G., *Obras escogidas*, tomo I, Instituto Nacional Indigenista - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Bonfil Batalla G. (1995c), *Del indigenismo de la revolución a antropología crítica*, pp. 293-315, in Bonfil Batalla G., *Obras escogidas*, tomo I, Instituto Nacional Indigenista - Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Bravo A. (2005), *El aborto en la población inmigrante: contextualización*, pp. 99-114, in Esteban Galarza M. - Pallarés J. (curatori), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, Faaee - Asana, Sevilla, 2005.

Castellanos A. (2000), *Racismo, multietnicidad y democracia en América Latina*, "Nueva Antropología", XVII, 58, pp. 9-26.

Cosminsky S. (1986) *El pluralismo médico en Mesoamérica*, pp. 172-185, in Kendal C. - Hawkins J. - Bossen L. (curatori), *La herencia de la conquista. Treinta años después*, Fondo de Cultura Económica, México [ediz. orig.: *Heritage of Conquest: thirty years later*, University of New Mexico Press, Albuquerque, 1983].

Di Cristofaro Longo G. - Morrone A. (curatori) (1994), *Cultura, salute, immigrazione. Una analisi interculturale*, Armando Editore, Roma.

Esteban M.L. - Pallarés J. (curatori) (2005), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, Faaee - Asana, Sevilla.

Fassin D. (2006), *Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud*, pp. 117-144, in Menéndez E. - Spinelli H. (curatori) *Participación social. ¿Para que?,* Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.

Fernández Juárez G. (curatore) (2004), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Ediciones Abya-Yala, Quito [Ecuador].

Garnelo L. - Langdon J. (2003) *A antropología e a reformulação das práticas sanitarias na atenção básica à saúde*, relazione presentata al VII Congresso Latino-americano de Ciencias sociais e Saúde, Angra dos Reis [Brasil].

Garnelo L. - Wright R. (2001), *Sickness, healing and health services: Social representations, practices and demands among the Baniwa*, "Cadernos de Saúde Pública" (Rio de Janeiro), vol. 17, n. 2, 2001, pp. 273-284.

Haro J. A. - De Keijzer B. (curatori) (1998), *Participación comunitaria en salud: evalución de experiencias y tareas para el futuro*, El Colegio de Sonora - Organisación Paramericana de Salud, Hermosillo, Sonora [México].

Harding S. (curatore) (1993), *The 'racial' economy of science. Toward a democratic future*, Indiana University Press, Bloomington - Indianapolis.

Hurtado I. (2005), *De inmigrantes extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales*, pp. 27-42, in Esteban M.L. - Pallarés J. (curatori), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, Faaee - Asana, Sevilla, 2005.

02-Menéndez.pmd 45 02/11/2010, 16.14

INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA - PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD (2000) *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México*, Instituto Nacional Indigenista, México.

LEACH E. (1982), *Social anthropology*, Oxford University Press, New York.

LÉVI-STRAUSS C. (1966), *Antropología estructural*, EUDEBA, Buenos Aires.

MENÉNDEZ E.L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.

MENÉNDEZ E.L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, "Cuaderno de Casa Chata", n. 79, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

MENÉNDEZ E.L. (1996), *Struttura sociale e struttura di significato nel processo salute/malattia/cura: il punto di vista dell'attore*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 111-140.

MENÉNDEZ E.L. (2001a), *Biologización y racismo en la vida cotidiana*, "Alteridades" (México), n. 21, 2001, pp. 5-39.

MENÉNDEZ E.L. (2001b), *Participación social: presupuestos y acción*, pp. 438-459, in ORTEGA J. (curatore), *Seminarios sobre salud reproductiva, participación social, género*, Universidad Autónoma de Yucatán, 3 voll., Mérida [México], 2001.

MENÉNDEZ E.L. (2002a), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, prólogo de OTEGUI PASCUAL R. - COMELLES J.M., Edicions Bellaterra, Barcelona.

MENÉNDEZ E.L. (2002b), *El malestar de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*, "Revista de Antropología Social" (Madrid), vol. 11, 2002, pp. 39-87.

MENÉNDEZ E.L. (2004), *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, pp. 11-48, in SPINELLI H. (curatore), *Salud colectiva. Cultura, instituciones, subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2004.

MENÉNDEZ E.L. (2006a), *Las múltiples trayectorias de la participación social*, pp. 51-80, in MENÉNDEZ E. L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para que?,* Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.

MENÉNDEZ E.L. (2006b), *Participación social en salud: las representaciones y las prácticas*, pp. 81-116, in MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para que?,* Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.

MENÉNDEZ E.L. (2006c), *Reflexión teórica e intervención aplicada, o de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos*, pp. 181-199, in MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori), *Participación social. ¿Para que?,* Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.

MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R.B. (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes.Atención primaria y proceso de alcoholización*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

MENÉNDEZ E.L. - SPINELLI H. (curatori) (2005), *Participación social ¿Para qué?,* Editorial Lugar, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA *et al.* (2006), *Willaqkuna. II posgrado en salud intercultural. Programa de formación aplicada*, Potosí [Bolivia].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1999a), *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales. Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones interculturales*, Washington DC (Serie "Salud de los Pueblos Indígenas", n. 6).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1999b), *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*, Washington DC (Serie "Salud de los Pueblos Indígenas", n. 10).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (1999c), *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, Washington DC (Serie "Salud de los Pueblos Indígenas", n. 12).

ORTEGA J. (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, tesis de doctorado en Antropología social, El Colegio de Michoacán, Zamora [México].

02-Menéndez.pmd 46 02/11/2010, 16.14

Rex J. (1970), *Race, relations in sociological theory*, Weidenfeld & Nicholson, London.

Sampedro V. - Llera M. (curatori) (2003), *Interculturalidad: interpretar, gestionar y comunicar*, Edicions Bellaterra, Barcelona.

Sariego J.L. (2003), *El indigenismo en la Tarahumara: identidad, comunidad, relaciones interétnicas y desarrollo en la sierra de Chihuahua*, Instituto Nacional de Antropología e Historia (Inah), México.

Secretaría de Salud (2001), *Programa nacional de salud 2001-2006*, Ssa, México.

Solís G. (2004), *Modelo intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México: una perspectiva de equidad y democracia*, Cámara de Diputados de México, México.

Turner V. (1967), *The forest of symbols*, Cornell University Press, Ithaca.

Ugalde A. (2006a), *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica*, pp. 19-50, in Menéndez E.L. - Spinelli H. (curatori), *Participación social. ¿Para que?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.

Ugalde A. (2006b), *Un acercamiento teórico a la participación comunitaria en salud*, pp. 145-164, in Menéndez E.L. - Spinelli H. (curatori), *Participación social. ¿Para que?*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.

Williams F. (1989), *Social policy: a critical introduction. Issues of race, gender and class*, Polity Press, Cambridge.

Scheda sull'Autore

Eduardo L. Menéndez, nato a Nueve de Julio (Provincia de Buenos Aires, Argentina) nel 1934, è residente in Messico dal 1976. Titolo di maestro en salud pública (1980) e di doctor en filosofía y letras con orientación en antropología social (1990). È attualmente profesor-investigador (categoría titular C [cioè la più elevata]) presso il Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas, México) e coordinador de la Orientación en antropología médica del Doctorado y de la Maestría en antropología social e historia de la Escuela nacional de antropología e historia (Enah, México). È inoltre membro (categoría investigador nacional) del Sistema nacional de investigaciones científicas y técnicas.

È stato director del Departamento de ciencias antropológicas de la Universidad nacional de la Provincia de Buenos Aires (1971-1975); secretario de la Asociación latinoamericana de escuelas de salud pública (1978-1979); jefe del Departamento de ciencias sociales de la Escuela nacional de salud pública de México (1980-1981).

Oltre che al Ciesas e all'Enah, ha svolto attività docente di antropologia sociale e etnologia, specie su temi di antropologia medica o su questioni metodologiche, presso differenti istituzioni: tra le altre, il Departamento de ciencias antropológicas de la Universidad nacional de Buenos Aires, la Escuela de sociología de la Universidad del Salvador, il Departamento de la ciencias antropológicas de la Universidad nacional de la Provincia de Buenos Aires, la Escuela nacional de salud pública (México), il Colegio de México, il Departament d'antropologia social i filosofia de la Universitat "Rovira i

02-Menéndez.pmd 47 02/11/2010, 16.14

Virgili" (Tarragona, Catalunya), il Departamento de ciencias de la salud de la Universidad autónoma de México, il Centro de salud pública de la Universidad autónoma de Madrid, l'Area salud y sociedad del Colegio de Michoacán.

Ha svolto attività di ricerca con l'Instituto de etnología de la Universidad nacional de Buenos Aires, l'Instituto de planificación rural y urbana de Universidad del Litoral (Rosario), il Centro de investigaciones sociales del Instituto Di Tella (Buenos Aires), l'Instituto de medicina ocupacional de la Universidad nacional de Buenos Aires, la Escuela nacional de salud pública (México), il Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS).

Principali indagini: processi migratori e gruppi etnici in alcune comunità della Provincia de Entre Rios, patologia e condizioni di lavoro in alcuni settori occupazionali, (Provincia de Jujuy, Provincia de Buenos Aires), livello di vita e processi migratori nella popolazione rurale della Provincia de Misiones, condizioni sociali ed economiche del processo salute/malattia/cura in Yucatán, la automedicazione come processo di riproduzione microsociale (México, Districto Federal), gruppo domestico e mortalità infantile in due comunità di Guanjuato, il processo di alcoolizzazione in Messico (articolato finora in sei sottoprogetti focalizzati in particolare sul sapere medico e paramedico concernente l'alcoolismo) / studio sulla presenza dei processi di salute/malattia/cura nella stampa messicana (2003-2007).

Tra le principali pubblicazioni più specificamente connesse all'antropologia medica: *El modelo antropológico y la práctica psiquiátrica*, "Índice. Revista de ciencias sociales", 9, 1970, pp. 321-351 / *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Editorial Nueva Imagen, México, 1979 / *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional"*, CIESAS, México, 1980 (Cuadernos de la Casa Chata, 32) / *La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud,* "Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud" (Costa Rica), 19, 1981, pp. 65-90 / *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, CIESAS, México, 1981 (Libros de la Casa Chata) / *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular,* CIESAS, México, 1982 (Cuadernos de la Casa Chata, 57) / *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México, 1983 (Cuadernos de la Casa Chata, 86) / *Socioantropología del proceso de alcoholización en América Latina*, "Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina" (Buenos Aires), 29, 1983, pp. 247-256 / *Relaciones sociales de cura y control*, "Revista Paraguaya de Sociología" (Asunción), 61, 1984, pp. 153-172 / *El modelo médico: transacciones y alternativas*, "Arxiu d'Etnografia de Catalunya" (Tarragona), 3, 1984, pp. 93-120 / *Saber médico y saber popular: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización*, "Estudios Sociológicos" (México), 8, 1985, pp. 263-296 / *Centralización o autonomía en el funcionamento de los servicios de salud*, "Boletin de Antropología Americana" (México), 10, 1984, pp. 85-95 / *La salud como derecho umano. Acotaciones sobre la posibilidad de una práctica diferenciada*, "Cuadernos Médico-Sociales"

02-Menéndez.pmd 48 02/11/2010, 16.14

(Rosario), 37, 1986, pp. 19-26 / *Medicina tradicional o medicina científica. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales*, "Runa" (Buenos Aires), XVII, 1987, pp. 1-34 / *Posibilidades de una teoría antropológica unificada del alcoholismo,* "Psiquiatría" (México), 4, 1988, pp. 187-203 / *Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales*, "Nueva Antropología" (México), 34, 1988, pp. 55-80 / *Reproducción social, mortalidad y antropología médica*, "Cuadernos Médico-Sociales" (Rosario), 49-50, 1989, pp. 13-28 / *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*,CIESAS, México, 1990 (Cuadernos de la Casa Chata, 179) / *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990 / *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*, CIESAS, México, 1991 / *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México*, CIESAS, México, 1992 (Colección Othon de Mendizabal) / *Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible*, pp. 103-122, in Organización Panamericana de Salud, *La crisis de salud pública*, OPS, Washington (D.C.), 1992 (Publicación científica, n. 540) / *Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al "movimiento continuo"*, "Cuadernos Médico-Sociales" (Rosario), 59, 1992, pp. 3-18 / *Autoatención y partecipación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primarias,* Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo, 1993 / *Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza*, "Publicar en Antropología y Ciencias Sociales" (Buenos Aires), III, 4, 1994, pp. 7-32 / *La enfermedad y la curación. ¿ Qué es medicina tradicional?*, "Alteridades", 7, 1994, pp. 71-80 / (in collaborazione con Renée Di Pardo), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización,* CIESAS, México, 1996 / *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social* , "Cuadernos Médico Sociales" (Rosario), n. 73, 1998, pp. 5-22 / Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos, pp. 163-188, in Enrique PERDIGUERO - Joseph M. COMELLES (curatori), Medicina y cultura. Entre la Antropología y la Medicina, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2000 / *La construcción del sujeto: la dimensión antropológica*, pp. 79-98, in GRUP IGIA *et al*., *Contextos, sujetos y drogas*, FAD, Barcelona, 2000 / *De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación*, "Relaciones" (Zamora), n. 88, 2001, pp. 119-164 / (in collaborazione con Renée DI PARDO), *Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones*, "Cuadernos Médico-Sociales" (Rosario), n. 79, 2001, pp. 5-27 / (in collaborazione con Renée DI PARDO), *Alcohol y factores de vulnerabilidad: aspectos socioculturales*, pp. 217-226, in GRUP IGIA *et al*., *Gestionando las drogas*, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 2001 / *El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*, "Revista de Antropología Social" (Madrid), vol. 11, 2002, pp. 39-87 / *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2002 / *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, "Ciencia & Saude Coletiva" (ABRASCO, Rio de Janeiro), vol. 8, 1, 2003, pp. 185-208 / (in collaborazione con Renée DI PARDO), *Dependencias y políticas: los usos técnico-ideológicos del Sector Salud*, pp. 7-22, in "Monografías Humanitas", n. 5, Edit. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona, 2005 / *Los estudios de género en México y el papel del alcohol en las relaciones entre*

02-Menéndez.pmd 49 02/11/2010, 16.14

mujeres y varones, pp. 115-128, in M.L. Esteban - J. Pallarés (curatori), *La salud en una sociedad multicultural*, Faaee, Granada, 2005 / *Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano*, pp. 151-192, in A. Asís - J. Alonso (curatori), *El estado mexicano: herencias y cambios*, vol. II, Edit. Porrúa, México, 2005 / (in collaborazione con Renée Di Pardo), *Alcoholismo, otras adicciones y varias imposibilidades*, pp.567-586, in M. Souza Minayo - C. E. Coimbra (curatori), *Críticas e atuantes. Ciencias sociais e humanas em saúde na América Latina*, Editorial Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005 / *Antropología social como práctica y como representación*, "Alteridades" (México), n. 29, 2005, pp. 65-80 / (in collaborazione con Hugo G. Spinelli) (curatori), *Participación social ¿para qué?*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2006 / (in collaborazione con Renée Di Pardo), *Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México*, "Desacatos" (México), n. 20, 2006, pp. 29-52.

Riassunto

Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici

In questo articolo vengono descritte differenti traiettorie del concetto di interculturalità in Antropologia sociale con specifico riferimento ai processi di salute/malattia/cura. Ne vengono esaminati alcuni nodi metodologici, in particolare due: un primo nodo concerne la situazione dell'antropologo "nativo" rispetto al suo soggetto di studio, poiché egli utilizza una metodologia di ricerca costruita a partire dalla situazione degli antropologi dei Paesi centrali. Il secondo nodo concerne l'approccio dominante in Antropologia medica, in base al quale si lavora sulla interculturalità in termini quasi esclusivamente simbolici, escludendo così i processi economico-politici, ideologici ed etnici, e proponendo interpretazioni e obbiettivi destinati a fallire per il fatto che si limitano a proporre di migliorare la "comunicazione" fra le culture ignorando i processi strutturali che impediscono o indeboliscono tale "comunicazione". Questi e altri nodi metodologici vengono qui affrontati soprattutto attraverso l'esame di concreti processi di salute/malattia/cura.

Parole chiave: interculturalità, metodologia, teoria antropologica.

Résumé

Interculturalité et processus de santé/maladie/soin: aspects méthodologiques

Dans cet article sont décrites les différentes trajectoires du concept d'interculturalité au sein de l'Anthropologie Sociale, focalisées particulièrement sur les processus de santé/maladie/soin. Certains aspects méthodologiques sont ici analysés, en particulier deux :

02-Menéndez.pmd 50 02/11/2010, 16.14

un premier aspect concerne la situation de l'anthropologue "natif" par rapport à son sujet d'étude, car il utilise une méthodologie de recherche bâtie à partir de la situation des anthropologues des Pays centraux. Le second aspect se réfère à l'approche dominante en Anthropologie Médicale, selon laquelle on travaille sur l'interculturalité en termes presque exclusivement symboliques, ce qui exclu de cette façon les processus économico-politiques, idéologiques et ethniques, et propose des interprétations et des objectifs destinés à échouer parce qu'ils se limitent à la proposition d'améliorer la "communication" entre cultures, en laissant de côté les processus structurels qui empêchent ou affaiblissent une telle "communication". Ceux-ci et d'autres aspects méthodologiques sont ici traités, en particulier par le biais de l'examen de processus concrets de santé/maladie/soin.

Mots clés: interculturalité, méthodologie, théorie anthropologique

Resumen

Interculturalidad y procesos de salud/enfermedad/atención: aspectos metodológicos

En este artículo se describen diversas trayectorias del concepto de interculturalidad dentro de la Antropología Social, referidas especialmente a su aplicación respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención. Se analizan algunos aspectos metodológicos y especialmente dos: uno que tiene que ver con la situación del antropólogo 'nativo' respecto de su sujeto de estudio, dado que utiliza una metodología que fue construída desde la situación de los antropólogos de los países centrales. El segundo aspecto refiere al enfoque dominante en Antropología Médica, que maneja la interculturalidad en términos casi exclusivamente simbólicos excluyendo los procesos económico-políticos, ideológicos y raciales, y proponiendo interpretaciones y soluciones que tienden a fracasar al circunscribir sus objetivos a mejorar la "comunicación", dejando de lado varios de los procesos básicos que impiden o limitan dicha "comunicación". Éstos, y otros aspectos, son analizados en este artículo básicamente a través de diferentes procesos de salud/enfermedad/atención.

Palabras claves: interculturalidad, metodología, teoría antropológica.

Abstract

Interculturality and health/sickness/care process.methodological aspects

In this paper are described different trends of interculturality concept, all included in Social Anthropology discipline, and focused to its application to health/sickness/care

02-Menéndez.pmd 51 02/11/2010, 16.14

process. Some methodological aspects are analyzed here with particular interest on two of them: *a*) the "native" anthropologist's situation an then, consequences in dealing a methodology produced by central countries' anthropologists; *b*) the present prevailing tendency of Medical Anthropology's cultural studies, and its intercultural notion. This approach is mainly focused on symbolic aspects leaving out economic-political, ideological and racial process, and reducing goals to better intercultural "communication". This view omits those basic process impeding or limiting this intercultural "communication". In this article, both methodological aspects are principally analyzed through health/sickness/care process.

Kay words: interculturality, methodology, anthropological theory.

02-Menéndez.pmd 52 02/11/2010, 16.14

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 53-80

*Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico**

Tullio Seppilli

presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) / già professore ordinario di Antropologia culturale nella Università degli studi di Perugia
[seppilli@antropologiamedica.it]

0.

Tenendo sullo sfondo i due termini *etnomedicina* e *antropologia medica*, mi propongo qui di tentare un discorso storico-critico sugli approcci in base ai quali le discipline antropologiche hanno affrontato lo studio delle rappresentazioni e delle pratiche relative ai processi di salute/malattia nelle diverse civiltà.

Cercherò anzitutto di evidenziare come l'esame delle rappresentazioni e delle pratiche di difesa della salute, da parte degli antropologi, sia stato indirizzato in un primo periodo soltanto verso le popolazioni definite dagli Occidentali come "esotiche" o "primitive", o verso gli strati popolari europei caratterizzati da una forte alterità culturale rispetto alle classi egemoni: una alterità culturale definita "folclorica" e ritenuta anch'essa "primitiva", residuale e in qualche modo indicativa degli orientamenti tipici delle culture esotiche "sopravvissute" fuori dall'Occidente. È a questo orientamento di studi che viene usualmente riferito il termine *etnomedicina*.

Cercherò poi di evidenziare come il salto di qualità, il costituirsi di un approccio compiutamente scientifico, in questo campo della ricerca antropologica, si è prodotto quando a oggetto di indagine è stata posta *anche* la medicina occidentale, o se vogliamo la biomedicina, esaminata anch'essa come *uno* dei sistemi medici fra i tanti che si sono succeduti nella storia dell'umanità. E cercherò a questo punto di delineare quale possa oggi considerarsi l'ampio e rinnovato campo di analisi di ciò che intendiamo generalmente con il termine *antropologia medica*.

Cercherò altresì di delineare, tuttavia, gli elementi di un rapporto particolare che lega malgrado tutto, in un comune discorso epistemologico, lo

03-Tullio Seppilli.pmd 53 02/11/2010, 16.14

studio antropologico dei processi di salute/malattia e le basi biologiche della moderna medicina occidentale. Con implicazioni che investono il classico dibattito fra etnocentrismo e relativismo in direzione di un superamento dialettico di entrambi i poli e della definizione di una linea che Ernesto de Martino denominò a suo tempo "etnocentrismo critico".

1.

Quando agli inizi dell'epoca del colonialismo, nel secolo XVI, gli Europei entrarono in uno stabile contatto con le popolazioni africane, americane e dell'Estremo Oriente, la loro medicina non era assai più efficace di quelle cui essi si trovarono di fronte. Essa derivava dall'antica medicina greco-romana, in via diretta ovvero mediata attraverso le traduzioni e le ulteriori elaborazioni operate nel mondo islamico medio-orientale e in quel grande crogiuolo culturale multireligioso che fu la Spagna durante il dominio arabo. In ogni caso, nei primi secoli del colonialismo numerose informazioni sulle medicine dei popoli con cui gli Europei entrarono via via in contatto furono disorganicamente raccolte da missionari, cronisti e amministratori, soprattutto come "curiosità locali" o, talora, come evidenti dimostrazioni di "pratiche demoniache".

La situazione cambia abbastanza significativamente a partire dal Sei-Settecento e soprattutto dal secolo XIX, quando la medicina europea perviene a una sufficiente conoscenza anatomo-fisiologica del corpo umano, individua gli agenti responsabili di alcune gravi patologie e raggiunge così, soprattutto nel campo delle malattie infettive, una sua reale efficacia: è l'epoca della nascita della moderna biomedicina scientifica.

In effetti, la seconda metà del secolo XIX, nella temperie culturale del positivismo, è anche l'epoca segnata dalla scoperta darwiniana dell'evoluzione delle specie e del lento processo di ominazione, e dalla stessa nascita delle discipline antropologiche. Ed è altresì l'epoca di una nuova fase del colonialismo europeo e della esplorazione del mondo che agli Europei era ancora ignoto.

Appunto in quel periodo prende forma lo studio antropologico delle rappresentazioni e delle pratiche relative ai processi di salute/malattia, che va sviluppandosi lungo due grandi direttrici:

(*a*) verso le popolazioni definite dagli Europei come "esotiche" o "primitive": una etichetta, questa, in cui venivano classificati – è bene sottolinearlo – i persistenti gruppi tribali di caccia e raccolta disseminati in Africa, in

03-Tullio Seppilli.pmd 54 02/11/2010, 16.14

America e in Australia, gran parte delle società agricole e pastorali extra-europee, e società statuali come l'India e la Cina: che avevano come unico elemento comune il loro comune coinvolgimento nel processo di dominazione planetaria intrapreso dal colonialismo europeo, risultando perciò, in riferimento all'Europa, non solo culturalmente "altre" ma segnate da un oggettivo rapporto di subordinazione.

(*b*) verso gli strati popolari europei, soprattutto rurali – contadini, pastori, ma anche pescatori e proletari urbani – marginali ai grandi processi di cambiamento e modernizzazione allora in pieno corso, e contraddistinti, rispetto ai gruppi borghesi e aristocratici, da una notevole alterità e tradizionalità della cultura e degli stili di vita.

Appunto queste direttrici di indagine antropologica sono state spesso complessivamente indicate, specie in alcuni Paesi, come studi di *etnomedicina*, o anche di *etnoiatria*, secondo un diffuso (e discutibile) costume linguistico in cui la voce *etno* è usata non già in riferimento a qualsivoglia raggruppamento etnico-culturale – come sarebbe ovvio – ma solo a quelli che rispetto a noi appaiono in qualche modo "esotici". Un analogo utilizzo è avvenuto largamente, peraltro, anche con il termine *etnopsichiatria* e spesso con lo stesso termine *etnologia*. In particolare, poi, per quanto riguarda le forme tradizionali di difesa della salute negli strati popolari d'Europa – o comunque nelle fasce subalterne di società fortemente stratificate – vengono utilizzate spesso, come è noto, espressioni quali *folclore medico* o *medicina folclorica* o semplicemente *medicina popolare* (e per gli studi che vi si riferiscono, *demoiatria*).

È bene evidenziare, però, al di là della molteplicità e della eterogeneità delle forme di difesa della salute che in quell'epoca si posero così all'attenzione degli antropologi, alcune comuni condizioni "esterne" che entravano tuttavia nel processo di indagine, introducendovi un particolare "punto di vista", una specifica angolazione dell'impianto disciplinare e non pochi conseguenti elementi di distorsione.

La prima condizione consisteva nel fatto che questo rapporto dell'antropologo con le società "altre" – il suo "andare sul campo" – si costituiva all'interno di un più generale rapporto di dominazione coloniale. L'antropologo, il suo "viaggio", in certa misura la stessa antropologia, erano un prodotto, un'espressione, delle società colonizzatrici, dei loro presídi locali e del loro potere. Così, l'antropologo – come peraltro l'esploratore e il missionario – era visibilmente un rappresentante del mondo dei colonizzatori, come tale era percepito e a quel mondo "civile", in effetti, egli sentiva di appartenere.

03-Tullio Seppilli.pmd 55 02/11/2010, 16.14

L'orizzonte scientifico in cui egli si era formato era in larga misura improntato, peraltro, da una indebita estensione delle recenti rivoluzionarie scoperte paleontologiche sul processo biologico di ominazione alla interpretazione dei meccanismi di sviluppo delle società: un appiattimento, cioè, dei fattori costitutivi del processo storico sulle sole determinazioni biologico-evolutive e una conseguente attribuzione di situazioni e comportamenti prodotti dalle dinamiche storico-sociali alla sfera delle peculiarità biologiche (razziali). Questo impianto teorico – che fu definito *darwinismo sociale* e che ebbe ricadute istituzionali e politiche che si rivelarono disastrose – ignorava di fatto la distinzione e il complesso rapporto di *reciproca integrazione* e ad un tempo di *autonomia relativa* tra i due livelli sistemici di organizzazione – quello *biologico* e quello *sociale* – ai quali si costituisce (e va indagata) la condizione umana: talché la storia appariva sostanzialmente come espressione di successivi stadi umani di evoluzione biologica e la diversità culturale veniva interpretata come semplice espressione di appartenenza all'uno o all'altro di tali stadi.

Si era venuta costituendo, così, l'idea che le popolazioni esotiche si collocassero a un gradino inferiore agli Europei lungo la scala dell'evoluzione umana, che esse rappresentassero, insomma, l'attardamento di una parte dell'umanità a livelli di sviluppo – biologici e culturali – che gli Europei avevano superato da tempo. E che, tutto sommato, livelli di arretratezza non molto dissimili erano riscontrabili in molti strati "tradizionali" nelle campagne europee, oltreché in modo specifico, in alcune categorie "devianti", come i criminali, i pazzi, le prostitute, e in genere coloro che non si "adattavano" ai valori, alle regole, agli stili di vita e alle strutture di classe e di potere di un ordine sociale – quello europeo – che sembrava rappresentare il punto più avanzato dell'evoluzione e dell'incivilimento umano.

In questo orizzonte – in cui la cultura e l'assetto sociale europeo apparivano appunto come il più elevato traguardo raggiunto dall'umanità – trovava una "oggettiva" giustificazione l'intera avventura del colonialismo: toccava agli Europei la "responsabilità" e il "diritto" di governare gli altri popoli, di indirizzare utilmente le loro attività ai livelli compatibili con il loro stadio evolutivo, di "educarli" se possibile e sottometterli alla civiltà o di estrometterli definitivamente dal ceppo evolutivo umano.

All'antropologo toccava il compito, importante, di documentare queste residue evidenze dei precedenti stadi dell'umanità, di misurarne le fattezza fisiche e di studiarne l'organizzazione sociale, le rudimentali tecniche utilizzate, i linguaggi espressivi, le forme rituali e le primitive concezioni magico-religiose. Prima che in un modo o in un altro tutto ciò scomparisse di fronte all'avanzare della civiltà.

03-Tullio Seppilli.pmd 56 02/11/2010, 16.14

Un rapporto "oggettivante", dunque, in cui chi veniva indagato appariva allo sguardo dell'antropologo come "naturalisticamente altro" e pressoché privo di uno spessore storico. Ma nella rilevazione delle forme tradizionali di difesa della salute entrava anche una più specifica e pesante componente: che derivava – nell'epoca del positivismo – dal sostanziale identificarsi dell'antropologia con i fondamenti e la "verità biologica" della medicina europea, dalle continue intersezioni fra le due discipline (basti pensare al comune interesse per la follia), e dal riconosciuto prestigio che i recenti grandi successi avevano garantito appunto alla teoria e alla pratica medica occidentale. D'altronde, alcuni fra i più eminenti antropologi di epoca positivistica erano anche medici. Gli antropologi andavano "sul campo", per tutto questo, convinti che le procedure di difesa della salute che vi riscontravano costituissero la semplice espressione di una antica mentalità "primitiva", di tipo magico: interessanti attardamenti "archeologici", "superstizioni" da documentare come arcaico residuo di precedenti fasi dell'evoluzione umana ma in sostanza, al di fuori della possibile efficacia di qualche estratto naturale, un coacervo di pratiche del tutto inefficaci. Così, paradossalmente, se per secoli le Chiese cristiane avevano combattuto ferocemente le pratiche "magiche" e la stessa medicina popolare ritenendole illegittime e blasfeme perché sostenute da patti con il demonio, *ma credendole pericolosamente efficaci*, gli antropologi (e la medicina ufficiale), benché seriamente impegnanti *sul terreno scientifico* in una estesa documentazione di tali pratiche, finivano per ribadire *sul terreno politico-culturale*, seppure con altri mezzi e in base a ragionamenti del tutto opposti, un analogo orientamento liquidatorio: ma essi auspicavano la fine delle altre medicine e di ogni tipo di pratica magica *perché invece le ritenevano ingannevoli e inefficaci*, al fine di aprire la strada al diffondersi del pensiero scientifico, dell'unica "vera medicina" e dei suoi benefici effetti. Al di là del suo immediato interesse di ricostruzione "archeologica", la ricerca sulle medicine "esotiche" e, soprattutto, sulle medicine popolari europee, divenne in tal modo il fondamento conoscitivo sugli "errori superstiziosi" e sugli operatori di salute "non abilitati", la necessaria piattaforma da cui partire per contrapporvi significative campagne di "educazione popolare" – alla cui opera saranno chiamati in prima persona gli stessi medici – e opportuni provvedimenti di repressione affidati alle leggi e all'autorità giudiziaria.

Ciò non significa che questi studi – spesso definiti, appunto, di *etnomedicina* – non abbiamo prodotto risultati significativi. Se in effetti le indagini sulle culture esotiche tardarono a fornire, in merito alle procedure di cura "indigene", cognizioni accurate e sistematiche, le ricerche condotte sulle medicine popolari tradizionali nei contesti metropolitani diedero luogo in

03-Tullio Seppilli.pmd 57 02/11/2010, 16.14

alcuni Paesi europei a raccolte imponenti, che ci consentono una effettiva organica conoscenza di credenze e pratiche relative a intere regioni.

Ma al di là delle distorsioni metodologiche e del pressoché totale disinteresse a entrare seriamente nel merito della possibile efficacia delle medicine "altre", ciò che caratterizza questa prima fase della ricerca antropologica sui sistemi di cura è la *quasi totale esclusione della medicina occidentale come oggetto di indagine*. A eccezione, se vogliamo, di qualche riflessione sociologica sugli ospedali e sul loro effettivo impatto sociale, il sistema medico occidentale esulava totalmente dalla prospettiva di interesse degli antropologi (e degli stessi sociologi, peraltro), ed era esclusivamente oggetto di una *storiografia della medicina* diretta a ricostruire, in termini sostanzialmente apologetici, gli sviluppi "interni" – scoperte, procedure tecniche, successi terapeutici, ... – di una medicina occidentale che stava finalmente raggiungendo i suoi alti obiettivi.

2.0.

In sostanza, l'aver esteso il proprio campo di indagine alla stessa medicina occidentale, e insieme il superamento definitivo dell'approccio positivistico – che pure aveva portato, come abbiamo visto, anche frutti di grande interesse –, costituisce per la ricerca antropologica sui sistemi di cura un vero e proprio salto di qualità, l'accesso a uno sguardo nuovo e finalmente autonomo su un più ampio e organico ambito di processi e l'aprirsi di nuovi e diversi orizzonti operativi.

Questa nuova fase storica della ricerca antropologica sui sistemi di cura – alla quale può essere più precisamente riservato il termine *antropologia medica* [1] – si caratterizza in effetti per alcuni specifici orientamenti concernenti il campo di analisi, la messa a punto di alcuni significativi modelli concettuali, e le direzioni di possibile utilizzo sociale.

2.1.

A. Anzitutto, come si è detto, l'*ampliamento del campo di indagine* alla medicina occidentale, esaminata, al pari di ogni altro sistema medico, come un prodotto storico radicato in una concreta e specifica tipologia di società e di cultura. In questa prospettiva viene messo in luce il suo concreto profilo nella rete dei rapporti sociali: istituzione articolata e complessa, struttura gerarchica e di potere, apparato organizzativo e ideologico-culturale, agenzia di vettori comunicativi e di processi di egemonia. Al tempo stesso, il suo paradigma e i criteri in base ai quali essa individua e classifica gli

03-Tullio Seppilli.pmd 58 02/11/2010, 16.14

stati patologici, ne stabilisce volta a volta una eziologia e costruisce i concetti stessi di "malattia" e di "guarigione", vengono ad acquisire il valore di un orientamento "*emic*", fra i tanti elaborati dalla molteplicità dei sistemi medici che si sono via via sviluppati sul pianeta. Vedremo più avanti (*paragrafo 2.3*) di riprendere da un'altra angolazione questo discorso.

B. Ma il costituirsi dell'*antropologia medica* comporta anche in un altro senso un ampliamento di orizzonte. Il vecchio impianto – che possiamo appunto riferire alla *etnomedicina* – non soltanto escludeva dal suo campo di analisi la medicina ufficiale occidentale ma si limitava ad esaminare, negli altri contesti, soltanto le *rappresentazioni* concernenti gli stati di salute/malattia e le *pratiche* culturalmente elaborate per intervenire su di essi (insieme, ovviamente, agli *attori sociali* di tali pratiche). Nella nuova prospettiva, invece, la ricerca antropologica entra altresì nel vivo dell'*oggetto* cui si riferiscono rappresentazioni e pratiche, e cioè gli stati stessi di salute/malattia, cercando di individuarne la vasta rete dei *determinanti sociali* e cioè i mille fattori di salute/malattia riferibili alle logiche inerenti gli assetti sociali – dalle caratteristiche dei contesti di insediamento alla collocazione degli individui nella struttura dei rapporti di classe e di potere, dalle modalità di lavoro agli stili alimentari e di vita, dalla qualità delle personali vicende biografiche alla tipologia delle relazioni interpersonali, dalla disponibilità di risorse alla accessibilità dei servizi, sino alla entità dei fattori di rischio e delle situazioni ansiogene o di emarginazione volta a volta socialmente prodotte –. In tal modo l'antropologia medica integra o vicaria la insufficiente attenzione della biomedicina e delle strategie sanitarie ufficiali alla *dimensione sociale della patologia* e si costituisce organicamente come strumento di indagine sull'*intero versante sociale* dei processi di salute/malattia: non solo dunque sui vissuti e sulle risposte cognitive e operative culturalmente elaborate in ogni tipo di società nei confronti di tali processi ma anche sulle componenti storico-sociali delle loro stesse dinamiche costitutive.

A ben vedere però, qui non si tratta soltanto di un ampliamento del campo di analisi. Riprenderemo più avanti (a fine *paragrafo 2.2.D.* e al *paragrafo 2.3.*) questo discorso.

2.2.

Come ho anticipato, il definirsi della *antropologia medica* si caratterizza altresì per la messa a punto di alcune *strumentazioni concettuali* che ne costituiscono, in un certo senso, altrettanti nuclei di organizzazione tematica. Può essere utile, qui, evidenziarne alcuni che mi sembrano più significativi.

03-Tullio Seppilli.pmd 59 02/11/2010, 16.14

A. Anzitutto, il concetto organizzatore generale rappresentato dal termine *sistema medico*. Non più semplici e disorganici elenchi di "credenze" e di "pratiche" sul cui sfondo venivano posti generici orizzonti di riferimento metastorici come quello di "mentalità magica". Ma "sistemi", appunto, internamente dinamici e in costante interazione con il contesto storico in cui si radicano, dei quali vanno messe in evidenza differenti e interconnesse dimensioni: "saperi" interpretativi e operativi che si costituiscono *in una reiterata tensione fra esperienze empiriche e cosmovisioni generali*; meccanismi e forme istituzionali di trasmissione e riproduzione di tali saperi e loro diseguale disseminazione sociale con la conseguente formazione, in ogni società, di ruoli specifici e "attori sociali" specializzati nella difesa della salute, caratterizzati da proprie connotazioni simboliche, propri stili comportamentali e propri comuni interessi; strutture normative e organizzative e luoghi particolari deputati alle attività che ne conseguono; risorse e competenze a tal fine disponibili e "regole" per la loro distribuzione; strategie di attenzione relative ai "bisogni" e alle "richieste" concretamente emergenti, al loro riconoscimento, alle reali potenzialità di risposta e alla eterogeneità delle condizioni sociali e di potere dei possibili beneficiari. Essenziale, dunque, nella ricerca antropologico-medica, è la caratterizzazione di fondo del sistema medico entro cui si conduce l'indagine e la individuazione dei suoi orientamenti generali, delle sue strutture portanti e della loro plasticità, della sua logica complessiva e della sua reale funzione negli equilibri della società in cui esso si radica. E solo entro questo quadro è corretto, e ha senso, indagare sulle sue singole componenti e misurare la sua stessa "efficacia". O mettere a punto, nei suoi confronti, strategie di intervento correttivo. Peraltro, la varietà dei sistemi medici, e in particolare la varietà dei modelli eziologici e delle modalità di individuazione delle varie malattie, comporta inevitabilmente la non perfetta sovrapponibilità di significato, nei diversi contesti sociali, dell'oggetto stesso che i sistemi medici si propongono di fronteggiare (la "malattia"), del loro apparente obiettivo (la "guarigione"), e dunque della stessa caratterizzazione dei loro "attori di cura": l'attribuzione, ad esempio, di stati che noi definiamo "patologici" a un intervento soprannaturale assimila tali stati a un'area semantica che comprende anche altri tipi di "mali", sposta le attribuzioni e le competenze dell'operatore di cura verso quelle di una figura sacrale e trasforma, almeno in parte, il significato stesso dei fini che egli deve raggiungere (e che da lui la sua comunità si attende). Mette in discussione, direi, gli stessi confini definitori di "sistema medico". Così, per fare un altro esempio, la varietà degli agenti ritenuti responsabili dei vari stati di "malattia" e degli stessi criteri di caratterizzazione di tali

03-Tullio Seppilli.pmd 60 02/11/2010, 16.14

stati (cause, localizzazione corporea, sintomi, ...) rende altresì difficilmente sovrapponibili le classificazioni nosografiche prodotte dai vari sistemi medici: una esperienza, questa, inevitabile quando ci si propone di "tradurre" la nosografia di un qualsiasi sistema medico extraoccidentale in quella proposta (e continuamente aggiornata) della "nostra" patologia medica.

B. Il quadro complessivo costituito dal sistema medico, dalle sue interne "regole" e dalla eterogenea disseminazione delle competenze di cura nel contesto sociale, definisce il significato strategico di concetti organizzatori come quello di *gestione domestica dei processi di salute/malattia* (in spagnolo *autoatención*) e quello di *itinerario terapeutico*. Il primo indica, come è noto, il processo che ha inizio quando in un individuo si manifestano i primi sintomi che si ritiene indichino l'esistenza di un possibile stato "patologico" e prende avvio, allora, da parte sua e del suo intorno familiare o di vicinato, una complessa vicenda di ipotesi e sperimentazioni diagnostico-terapeutiche, con le risorse disponibili, in cui entrano in gioco le specifiche esperienze, le interne articolazioni di ruolo e di autorevolezza e, eventualmente, i differenti orientamenti culturali dei protagonisti: un arco di tempo che si conclude con il risolversi della situazione o con un processo decisionale che porta a un parziale o totale affidamento a uno specifico operatore di salute (senza che ciò escluda, in effetti, da parte del paziente o dei suoi familiari, il possibile protrarsi di comportamenti autonomi o parzialmente incoerenti con le prescrizioni e le pratiche dell'operatore). È noto d'altronde che il secondo termine, itinerario terapeutico, comprende non solo la fase di "gestione domestica" ma l'intero sviluppo dei ricorsi che il paziente e/o i suoi familiari attivano per la diagnosi e la cura: gli operatori consultati, le loro specializzazioni e i loro livelli di prestigio, le istituzioni ospedaliere o di altro tipo in qualche modo coinvolte, le reti informative attivate, gli spostamenti territoriali che tutto ciò ha comportato. Se dovessimo sintetizzare il notevole significato strategico di questi due termini per le ricerche di antropologia medica potremmo dire che essi rispondono a una doppia domanda chiave: cosa vuol dire essere paziente in uno specifico contesto sociale? e quali, fra le risorse disponibili, ne risultano nei vari casi concretamente attivate?

C. Ovviamente, sempre nel quadro complessivo del sistema medico, delle sue "interne regole" e della eterogenea disseminazione delle competenze di cura nel contesto sociale, acquista in antropologia medica un significato strategico l'esame delle complesse dinamiche che caratterizzano, nelle diverse società, il *rapporto fra l'operatore di salute e il suo paziente*. Ciò che va sottolineato, in generale, è che tale rapporto, anche al di là delle sue

03-Tullio Seppilli.pmd 61 02/11/2010, 16.14

valenze più strettamente "tecniche" (connesse pur sempre, però, a "saperi culturali"), è un rapporto tra ruoli – quello di *operatore* appunto, e quello di *paziente* – definiti da regole sociali di comportamento e di reciproca *attesa*, eterogenei nei differenti contesti di civiltà e in costante trasformazione, peraltro, nel corso dei cambiamenti del nostro stesso sistema sociale. Il rapporto fra uno sciamano e l'uomo che ricorre a lui in un contesto tribale è certamente diverso da quello che intercorreva fra il medico e il suo paziente nell'Ottocento europeo o che intercorre oggi in Occidente: assai eterogeneo, comunque, nei Paesi che hanno conquistato sistemi nazionali di welfare e in quelli dove vige ancora, anche in sanità, un rapporto di contrattualità. Un ambito di ricerca, questo, che dal focus interindividuale si allarga oggi anche ai rapporti fra le grandi istituzioni sanitarie, come gli ospedali, e i loro utenti, i processi di comunicazione e le reciproche immagini che ne derivano, gli effetti specifici dei contesti di permanenza istituzionale e dei "sistemi di vita" che per brevi o lunghi periodi condizionano non soltanto le procedure terapeutiche ma l'esistenza intera dei ricoverati. Fino agli studi sugli effetti di cosiddetta *istituzionalizzazione* (si vedano in merito le ricerche sulle istituzioni totali sanitarie e in particolare su quelle psichiatriche). In antropologia medica, l'area tematica del rapporto fra medico e paziente sembra attualmente in notevole sviluppo per almeno due considerazioni: (*a*) che i sempre più rapidi cambiamenti nel sistema sociale e nello stesso sistema sanitario introducono elementi di crisi nel "sistema di rapporti di ruolo" fra il medico e il suo paziente, con un conseguente diffuso disaggiustamento tra quanto ciascuna delle due figure si attende dall'altra, e (*b*) che risulta ormai con chiarezza evidente – come sottolineeremo fra poco – che la soggettività del paziente, i suoi stati emozionali costituiscono un fattore essenziale nel prodursi e nello stesso andamento della patologia: e dunque che le dinamiche psicologiche attivate nel rapporto fra medico e paziente rappresentano un elemento essenziale della professionalità dell'operatore e del suo stesso successo terapeutico.

D. Cruciali d'altronde, in antropologia medica, sono gli sviluppi concettuali che allargando le prospettive della biomedicina consentono di *ripensare e comprendere la malattia in tre dimensioni intercorrelate e interagenti*: il processo biologico (ingl. *disease*), l'unico che in effetti è stato sistematicamente oggetto della "nostra" medicina / il suo vissuto soggettivo (ingl. *illness*), largamente condizionato dalle esperienze personali e dai modelli culturali che l'individuo mutua dal proprio contesto attraverso la rete dei suoi rapporti sociali (a partire dall'idea stessa della gravità della sua malattia e da altre connotazioni che essa assume in tale contesto) / il mutato status sociale – intreccio di regole, di diritti e doveri, di stile di vita e di

03-Tullio Seppilli.pmd 62 02/11/2010, 16.14

immagine pubblica – che deriva all'individuo in conseguenza del suo "essere malato" in uno specifico contesto storico-sociale (ingl. *sickness*): è questa terza valenza della malattia quella che sembra più adatta, in effetti, a riprendere il discorso sulla *malattia come devianza* giacché appunto il mutato status del malato – quale che sia il suo itinerario nei singoli contesti sociali – si configura comunque come l'assunzione di una nuova immagine sociale, di nuovi diritti/doveri e di nuove regole di vita, in qualche modo "devianti" rispetto a quelle della precedente "normalità" (seppure, in questo caso, le nuove regole appaiono anch'esse in qualche modo socialmente approvate e dunque, a rigore, non si tratta di una vera e propria devianza). D'altra parte, la individuazione concettuale delle due dimensioni "sociali" della malattia ha aperto nuovi e importanti canali di indagine alla antropologia medica. Basti pensare a recenti piste di ricerca come la raccolta delle *narrazioni di malattia* (ingl. *illness narratives*), ricostruzioni biografiche di ciò che è apparso importante e viene ricordato del percorso di malattia, da parte del paziente o del suo intorno. O la rilevazione delle *reti semantiche* (ingl. *semantic networks*) evocate, per libera associazione, dal riferimento alla sua malattia: indicative così dei sintomi, delle emozioni e dei significati soggettivamente associati al vissuto della malattia. Ma quel che sembra importante in proposito sottolineare, qui, è che le differenti dimensioni della malattia sono appunto tra loro intercorrelate e interagenti, talché non si tratta soltanto di scoprire e giustapporre a ciò che deriva dalla ricerca biomedica in merito alla *disease* ciò che invece può risultare in merito a *illness* e *sickness*, in quanto espressioni della soggettività psichica e delle dinamiche sociali, dalla ricerca antropologica o, comunque, storico-sociale. Il problema, come in tanti altri casi in cui il "biologico" e il "sociale" si intersecano in modo ravvicinato – ed è appunto questo anche il caso della patologia – è che le attività di ricerca dai due versanti delle scienze dell'uomo non possono non integrarsi: così, per i suoi stessi fini conoscitivi e operativi, la ricerca biomedica non può non tener conto della *illness* e della *sickness*, e d'altro canto la ricerca antropologico-medica deve superare la vecchia tentazione di concentrarsi esclusivamente sulla fenomenologia socio-culturale ignorando del tutto a cosa fanno riscontro *illness* e *sickness*, e cioè la *disease* (vedi anche *paragrafo 2.3.).* È l'esigenza, appunto, di ritrovare dietro la grande divisione disciplinare tra scienze bio-antropologiche e scienze storico-sociali, e dietro la diversità dei relativi approcci (il vecchio binomio "natura e storia"), l'orizzonte della unità dialettica delle scienze dell'uomo.

E. Mi pare importante fare infine riferimento a un percorso di riflessione che dal versante delle discipline antropologiche e, ancor prima, delle

03-Tullio Seppilli.pmd 63 02/11/2010, 16.14

discipline "psi", è venuto sviluppandosi sin dalla fine del XIX secolo per trovare conferma nell'ultimo quarto del Novecento nello stesso ambito della biomedicina con il costituirsi di una nuova area di ricerca, la *psico-neuroendocrinoimmunologia*. Si tratta della progressiva dimostrazione della forte incidenza dello psichismo sul costituirsi e sull'andamento degli stati di salute/malattia. O, se vogliamo, della complessa rete di correlazione fra il sistema nervoso centrale e il sistema immunitario. Non vi è qui lo spazio per la ricostruzione di questo lungo e tortuoso percorso scientifico (che ha ribadito peraltro quanto da tempo era ritenuto nella cultura popolare in molti Paesi). Ma è bene sottolinearne almeno due tra le più rilevanti implicazioni. *La prima*. Che tutte le malattie, in maggior o minor misura, anche quelle più tipicamente somatiche e connesse a ben precisi agenti patogeni esterni, come le malattie infettive, manifestano l'azione di componenti psichiche, giacché dallo psichismo derivano comunque stimoli che deprimono o potenziano le difese immunitarie individuali. Sono ormai sufficientemente probanti, ad esempio, le evidenze di una maggior vulnerabilità dei depressi alla contrazione di molte malattie. Ne deriva, fra l'altro, il ridursi della specificità delle malattie cosiddette psicosomatiche e una necessaria ridiscussione dello statuto concettuale delle cosiddette "malattie culturalmente condizionate" o "sindromi specifiche correlate alla cultura" (ingl. *culture bound syndromes*). *La seconda*. Che ne risulta una profonda revisione dei possibili meccanismi di intervento terapeutico: sia per quanto riguarda i fattori in gioco nel *set* del rapporto fra medico e paziente (con una forte enfasi sulla componente emozionale-simbolica) sia per quanto riguarda la possibile efficacia dei rituali diretti a produrre una intensa sicurezza di guarigione come quelli attivati dalle medicine sacrali: il che ripropone, il problema di una nuova valutazione di molte medicine "altre". E al tempo stesso ripropone, paradossalmente, il quesito sulla sottovalutazione, nella biomedicina, di ciò che viene chiamato con una connotazione vagamente negativa "effetto placebo": un effetto largamente utilizzato, come è noto per testare la efficacia specifica di nuovi farmaci e tuttavia senza alcuna seria programmazione di ricerche rivolte ad approfondirne i meccanismi al fine di un suo *autonomo* utilizzo terapeutico.

2.3.

Abbiamo sottolineato come nel costituirsi dell'antropologia medica appaia cruciale l'ampliamento del suo campo di analisi alla stessa medicina egemone occidentale, esaminata dunque, al pari di ogni altro sistema medico, come un prodotto storico radicato in una concreta e specifica tipologia di società e di cultura: talché, in questo senso, l'intero apparato

03-Tullio Seppilli.pmd 64 02/11/2010, 16.14

della biomedicina viene a caratterizzarsi come uno dei tanti orientamenti "*emic*" di difesa della salute elaborati nel corso della storia umana (*paragrafo 2.1.A.*).

E tuttavia, al medesimo tempo, la biomedicina assume necessariamente per l'antropologia medica un valore particolare, che le deriva in effetti dal suo stesso statuto e che rinvia alla comune matrice dei loro fondamenti epistemologici: i quali sono, in sostanza, i generali fondamenti del "pensiero scientifico". Voglio dire, con questo, che i parametri in base ai quali la biomedicina indaga ad esempio sui fattori di una data sindrome o sui meccanismi d'azione di un certo farmaco, o ne valida l'efficacia, si situano in un orizzonte metodologico che è, sì, in certo senso "occidentale" (e comunque storicamente determinato), ma che proprio per certe sue regole appare garantire con una certa approssimazione la "attendibilità" delle pur provvisorie e parziali conclusioni che noi chiamiamo "costrutti scientifici".

Di fatto, insomma, al di là delle evidenti eterogeneità di impianto metodologico fra "scienze naturali" e "scienze storico-sociali" – cui qui si è già fatto cenno – la biomedicina e la antropologia medica partecipano di un comune fondamento epistemologico generale, quello della "concezione scientifica del mondo".

In tale quadro, se la biomedicina ha spesso delle malattie, come si è detto, una immagine biologisticamente ristretta alla sola *disease*, il "deficit cognitivo" che ne deriva, e che corrisponde a un limite ideologico e pratico nella sua stessa scientificità, esplicita certo una sua insufficiente apertura disciplinare (la obliterazione, cioè, delle determinazioni storico-sociali) e tuttavia non annulla la sostanziale attendibilità delle sue conclusioni sul terreno più strettamente biologico. D'altronde, è appunto questo limite della biomedicina ciò che la ricerca antropologica contribuisce dal canto suo a superare attraverso un esame – che vuol essere anch'esso scientifico – direzionato sui versanti della *illness* e della *sickness*, cioè delle dimensioni della malattia costituite dai suoi vissuti soggettivi e dalle sue correlazioni e implicazioni di status socio-culturale. Si potrebbe dire, in altre parole, che in contrasto con le critiche provenienti ad esempio dalle posizioni "new age", la critica antropologica alla biomedicina non è quella di essere "troppo scientifica" ma quella invece di esserlo "troppo poco", o meglio di disconoscere una parte dei fattori in gioco nei processi che essa esamina e sui quali intende intervenire: di ignorare, in sostanza, il peso che vi esercitano le componenti soggettive e, in generale, storico-sociali.

03-Tullio Seppilli.pmd 65 02/11/2010, 16.14

Ma si tratta di prospettive convergenti in vista di una più comprensiva (e perciò più "corretta") rappresentazione scientifica di un "oggetto", la patologia, che entrambi gli approcci contribuiscono, *intersecandosi tra loro*, ad indagare. Come ho già osservato (a fine *paragrafo 2.2.D.*), la tentazione manifestata talora da alcuni antropologi medici di escludere dalla loro attenzione ogni riferimento alla realtà biologica della patologia come qualcosa di radicalmente estraneo all'approccio antropologico, il quale dovrebbe solo occuparsi delle malattie in quanto *culturalmente percepite*, costituisce un gravissimo errore teorico e pratico: come dire che ai fini di una indagine su come i vari sistemi medici interpretano e fronteggiano ad esempio le epidemie di peste, e con quale successo, è indifferente "sapere" quali ne siano i "reali" meccanismi etiopatogenetici, se cioè la correlazione "vera" sia con il manifestarsi di una volontà divina di castigo o con una catena biologica batterio-pulce-topo legata a particolari eventi e situazioni ambientali e storico-sociali.

Così, allorché la antropologia medica indaga sulla biomedicina – o, se vogliamo, sull'approccio biologico che ne è il fondamento conoscitivo – essa indaga su un oggetto "*emic*" che rappresenta al tempo stesso un "caso" assai particolare. In sostanza, cioè, il "sapere antropologico" di chi indaga e il "sapere biologico" che costituisce una delle espressioni dell'oggetto indagato, partecipano entrambi, grosso modo, di un unico fondamento epistemologico e, almeno in linea di principio, non possono non integrarsi ai fini della costituzione di un punto di vista "*etic*". L'uno e l'altro sono comunque esistenzialmente legati a filo doppio.

3.

Questa doppia e ambivalente posizione dell'antropologia medica nei confronti della biomedicina le assegna oggi, paradossalmente, una possibile funzione abbastanza particolare: quella di costituire in certo senso – appunto nei confronti della biomedicina – *una sorta di coscienza storico-critica*: dalla quale derivano alcune linee prioritarie di ricerca e alcune possibili ricadute operative.

Ne indicherò qui, molto approssimativamente, solo alcuni fra quelli che mi sembrano i principali fuochi tematici, tra loro peraltro interconnessi.

A. Anzitutto, un contributo critico di ricerca e proposta direzionato al *superamento dei limiti biologistici* che nella teoria, nella formazione e nella pratica professionale medica occidentale sono ancora largamente presenti:

03-Tullio Seppilli.pmd 66 02/11/2010, 16.14

un contributo, cioè, a problematizzare e a incorporare "nella scienza e nell'arte" della "nostra" medicina la dimensione e il peso dei processi socialmente determinati, che – dall'assetto del contesto materiale e interindividuale ai quadri di riferimento culturali e alle dinamiche della soggettività – condizionano il paziente e la sua malattia, il medico, i loro reciproci rapporti e la stessa medicina.

B. In secondo luogo, un contributo critico di ricerca e proposta direzionato al *superamento della settorialità conoscitiva e operativa* della medicina occidentale conseguente al prevalervi delle logiche specialistiche e al troppo lento recupero, pure in atto, di una visione sistemica della persona e delle modalità della sua integrazione nel contesto sociale e naturale.

C. In terzo luogo, un contributo critico di ricerca e proposta direzionato a *un più serio confronto e una più seria valutazione*, da parte della medicina occidentale, *delle procedure di cura "altre"*, che in quest'epoca di globalizzazione, nonostante l'espansione economica e culturale occidentale stanno riconquistando spazio nello stesso Occidente, mentre più in generale si manifestano ovunque, nell'offerta e nella domanda di salute, processi acculturativi detti di "creolizzazione".

Facendo riferimento a quanto in precedenza sottolineato, occorre peraltro riconoscere, dietro il successo dell'offerta di "ascolto" ai problemi di malessere e infermità che proviene dal multiforme ventaglio delle medicine "altre" o "non convenzionali", due fattori interconnessi fortemente attrattivi che in certa misura le accomunano: (*a*) il notevole peso assegnato alla dimensione emozionale-simbolica nel rapporto fra operatore e paziente, significativamente ridotto invece, negli ultimi decenni, in quasi tutti i comparti della medicina occidentale sotto la spinta di fattori organizzativi, della delega a sempre più sensibili procedure di diagnostica strumentale o di laboratorio e, appunto, delle estreme specializzazioni professionali (nonché per effetto di una generalizzata riduzione dei legami soggettivi di coesione sociale), e (*b*) il coinvolgimento dello psichismo e, in particolare, dei suoi livelli simbolico-emozionali, nell'intero processo di cura attraverso meccanismi di richiamo a orizzonti sacrali o ad altri riferimenti culturali.

Ma il successo, fra noi, delle "medicine non convenzionali" non può essere attribuito soltanto a questi fattori.

Rasenterebbe il più candido e ottuso etnocentrismo credere che solo la "nostra" medicina dia buoni risultati e che tutte le altre – comprese quelle che hanno dietro a loro un riscontro empirico e una storia scritta plurimillenaria – siano in ogni campo del tutto inefficaci (e non abbiano comunque nulla di utile da proporre alla nostra attenzione).

03-Tullio Seppilli.pmd 67 02/11/2010, 16.14

Ma cosa significa, innanzitutto, fare i conti con la presenza, fra noi, delle medicine non convenzionali? Al di là della ovvia considerazione che il termine "medicine non convenzionali" – come si è già sottolineato – copre concezioni e pratiche largamente eterogenee, e che come tali esse vanno affrontate, credo sia bene partire da una doppia assunzione di fondo, anch'essa già anticipata (*paragrafo 2.2.A.*): che *ogni* sistema medico ha come proprio quadro di riferimento un orizzonte generale, una concezione del mondo, in cui si esprimono la cultura e il contesto storico-sociale in cui esso si radica, ha cioè una sua interna logica coerente con una specifica cosmovisione; e che d'altronde *ogni* sistema medico non può non avere una qualche base empirica di concrete esperienze che orientano la sua pratica operativa. È solo in rapporto alla concezione del mondo, alla cultura e al contesto storico sociale in cui esso si radica che noi possiamo comprendere la *logica interna* di un sistema medico. Incluso il nostro. Ma fare i conti con un sistema medico significa prima di tutto, io credo, verificare seriamente e senza preclusioni la *efficacia delle procedure operative* che in vista di precisi obiettivi esso ha via via elaborato: una operazione, questa, che va condotta con tutte le garanzie richieste dal "nostro" modello di verifica ma che deve tenere in conto le condizioni entro cui i meccanismi che determinano l'efficacia di una procedura messa a punto da un sistema medico "altro" possono funzionare. E ciò dipende ovviamente dai meccanismi. Se ad esempio si tratta di procedure che mettono in campo, nel paziente, stati emozionali di "attesa di guarigione" attivati da stimoli legati a particolari contesti o a esperienze vissute come sacrali, è altamente improbabile che questi stati possano essere riprodotti nelle nostre usuali condizioni di laboratorio ed elaborati con i metodi statistici normalmente impiegati nei *trials* su cui si fonda la nostra "medicina basata sulla evidenza" (ingl. *evidence based medicine*). Ciò non toglie che il loro esame interpretativo possa essere per noi assai fruttuoso. Il problema, non facile peraltro, è quello di mettere a punto strumentazioni di verifica rigorose, e dunque per noi accettabili, capaci di dare conto di un campo di procedure e meccanismi più ampio di quello cui solitamente facciamo ricorso. tenendo sempre presente, in effetti, che gli obiettivi conoscitivi che la nostra scienza ci pone si collocano a due livelli: anzitutto l'accertamento dell'effettivo prodursi del risultato perseguito (*se*, cioè, la procedura funziona); in secondo luogo la comprensione dei meccanismi attraverso cui tale risultato si produce (*come*, cioè, la procedura funziona): un risultato, quest'ultimo, molto più raffinato, che costituisce probabilmente la chiave di volta dei progressi e dei successi della nostra scienza ma che può essere raggiunto anche in un secondo momento. Esso rappresenta il coronamento

03-Tullio Seppilli.pmd 68 02/11/2010, 16.14

interpretativo di quanto accertato al primo livello, e in certo senso la sua conferma "definitiva". Lo perseguiamo per mille giustificate ragioni. E tuttavia, anche in assenza di una spiegazione del "come", non possiamo trascurare il valore di quanto è possibile accertare al primo livello, il fatto cioè che una procedura "funzioni": un risultato che riveste di per sé stesso un suo autonomo significato conoscitivo e, soprattutto, una sua precisa utilità operativa.

D'altronde, in quest'epoca di globalizzazione, è appunto assai improbabile che i vari sistemi medici "altri" mantengano una loro autonoma "purezza", sia nei luoghi di origine e tanto più nei Paesi in cui vanno ora estendendosi. E del resto, gli stessi confini di ciò che chiamiamo il "nostro" sistema medico mutano in certa misura, per una serie di fattori, sotto i nostri stessi occhi: basti pensare alle dinamiche espansive e di contraddittorio e ambiguo segno genericamente richiamate con il termine, assai polisemico, di *medicalizzazione della vita*. Ma sarebbe un drammatico errore – molto poco realistico peraltro – se la medicina occidentale, chiudendosi imperialisticamente in sé stessa puntasse alla totale eliminazione delle altre forme di difesa della salute (o in ogni caso ci contasse). L'unica strada realisticamente e vantaggiosamente percorribile è un *processo di integrazione*. Ma questo ha senso, a mio parere, e può avere utili sbocchi, solo a talune condizioni.

Certo, non è possibile integrare, come in un incoerente zibaldone, i differenti orizzonti ideologici, le eterogenee cosmologie, che stanno dietro sistemi medici nati dalle più diverse storie. Occorre riferire la teoria e la pratica di difesa della salute a un paradigma unitario: e la costruzione di questo paradigma, io credo, non può che partire dal più avanzato dibattito epistemologico raggiunto oggi dal *pensiero scientifico*, che – nel bene e nel male – è in larga parte un prodotto storico radicato nella cosiddetta civiltà occidentale. A condizione, tuttavia, che esso comprenda anche il versante sociale delle scienze umane e che si apra ad una serie di dimensioni, di istanze e di esigenze – alcune delle quali ho cercato qui di avanzare – che provengono da esperienze e linee di pensiero che la biomedicina rifiuta di considerare o sta solo ora, e fra mille limiti e contraddizioni, iniziando a valorizzare. E proprio perché il fondamento di questo nuovo paradigma va radicato nello sviluppo di un pensiero di tipo scientifico occorre, io credo, respingere ogni ipotesi di superare i limiti della attuale biomedicina aprendo la porta alle tentazioni neoirrazionalistiche che vengono oggi da movimenti come la cosiddetta *new age* o i mal digeriti scimmiottamenti occidentali delle filosofie orientali: sintomi della crisi assai più che realistici contributi al suo superamento.

03-Tullio Seppilli.pmd 69 02/11/2010, 16.14

Deve essere ben chiaro, a questo proposito, che *la critica antropologica alla biomedicina non è diretta a un suo eccessivo carattere scientifico bensì, al contrario, proprio ai limiti delle sue stesse basi scientifiche* – un approccio all'uomo e alla patologia umana limitato al solo ambito dei processi biologici –: ed è dunque una critica, come ho cercato di motivare, che investe la biomedicina proprio in riferimento alle persistenti carenze nel suo paradigma costitutivo.

Le cosmovisioni che appaiono supportare le medicine "altre" vanno certamente assunte, cioè, non per sincretizzarle tutte assieme in assurde e discrepanti sintesi di parti incongruenti, come un novello *frankenstein*, ma per comprenderle e, se possibile, tradurle in linguaggi coerenti con il pensiero scientifico. Tuttavia, ciò che costituisce l'essenza di un progetto realistico e al tempo stesso capace di farci fare passi avanti deve partire da un serio esame e da una attenta valutazione di efficacia delle varie procedure e dalla individuazione delle condizioni (e dei meccanismi, se possibile) del loro funzionamento, riportandole a un paradigma epistemologico unitario di tipo scientifico. È ciò che oggi intendiamo appunto come movimento verso una *medicina integrata*.

Una strada complessa, questa, che non pone solo problemi epistemologici, perché richiede investimenti, messe a punto metodologiche per pratiche di ricerca in direzioni finora solo limitatamente affrontate, problemi di ripensamento del rapporto medico-paziente e dello stesso *set* della visita clinica, esigenze di ristrutturazione dei curricula formativi e di rivalutazione delle competenze professionali in sanità, grosse questioni normative e organizzative delle professioni e dei servizi, di non poco conto.

Ma è questa la strada per garantire su un terreno compiutamente scientifico un ulteriore sviluppo a tutto campo, o se vogliamo *sistemico*, della medicina e della sua efficacia per l'uomo.

Al raggiungimento di questo obiettivo l'antropologia medica può portare, io credo, un significativo e positivo contributo.

Note

(*) Viene qui presentato, con qualche assai limitata revisione e l'aggiunta di un ampio riassunto, il testo della *lectio magistralis* inviata al XIV Congresso italo-latinoamericano di etnomedicina tenuto a Città del Messico nei giorni 25-28 settembre 2005. Esso è pubblicato, in italiano, anche alle pp. 16-25 degli atti del congresso curati da José S. CALDERÓN, *XIV Congreso italo-latinoamericano de etnomedicina (Ciudad de México, 2005)* come *suplemento especial* al vol. 33 della "Revista Latinoamericana de Química", settembre 2005, 213 pp.

03-Tullio Seppilli.pmd 70 02/11/2010, 16.14

Poiché a quel congresso era anche in programma una rassegna di documentari cinematografici italiani variamente legati all'impianto e alle piste di indagine di Ernesto de Martino, mi fu chiesto in proposito un loro inquadramento storico-tematico, cui risposi inviando un mio testo già in precedenza più volte pubblicato, che uscì, sempre in italiano negli atti già citati, con un doppio titolo, *Introducción al ciclo de cortometrajes de Ernesto de Martino / Ricerca etnografica e cinema documentario sul Mezzogiorno d'Italia nel Secondo dopoguerra*, alle pp. 33-35.

(1) Per questo ambito delle discipline antropologiche sono state proposte da differenti autori, oltre a quella di *antropologia medica*, anche altre denominazioni, quali ad esempio *antropologia della medicina* o *antropologia della malattia* o *antropologia della salute*. In merito a quest'ultima, che a taluni appare concettualmente la più corretta e persino la più "avanzata", vorrei rilevare che in realtà ciò che "fa problema", in ogni contesto di civiltà, *non è la salute ma la sua perdita* e il conseguente costituirsi di uno stato, che noi chiamiamo "malattia", rispetto al quale tutte le società hanno comunque elaborato sistemi di interpretazione e di intervento contrastivo (appunto le "medicine"). Probabilmente, la denominazione più precisa sarebbe *antropologia delle medicine* perché da un lato essa ingloba non solo l'evento "malattia" ma anche i relativi sistemi di prevenzione e di cura, e dall'altro sottolinea precisamente la pluralità di tali sistemi. In effetti, la denominazione *antropologia medica* rischia l'assimilazione a un possibile ambito settoriale della biomedicina, per analogia con termini come semeiotica medica, patologia medica, clinica medica. Ma poiché sul terreno disciplinare e professionale tale denominazione è ormai utilizzata diffusamente nelle principali lingue scientifiche, sembra opportuno mantenerne l'uso se non altro per ragioni di univocità comunicativa.

Scheda sull'Autore

Tullio Seppilli è nato a Padova il 16 ottobre 1928. Ha tuttavia compiuto quasi tutta la sua formazione scolastica – dal completamento della scuola elementare fino agli inizi dell'università –, a São Paulo, in Brasile, dove ha maturato la sua "scelta antropologica", ha seguito le lezioni universitarie di Roger Bastide e Georges Gurvitch e ha avuto le sue prime esperienze di ricerca empirica (lo scavo di un *sambaqui* nella foresta tropicale dell'isola di São Vicente). Tornato in Italia a fine '47, in assenza di curricula socio-antropologici si è riiscritto all'università nel corso di laurea in scienze naturali, prima a Modena e poi a Roma, dove si è laureato nel 1952 con una tesi di antropologia (fisica). Sempre nell'Università di Roma, dopo la laurea, ha sostenuto tutti gli esami nella Scuola di specializzazione in scienze etnologiche, diretta da Raffaele Pettazzoni, ed è stato assistente nell'Istituto per le civiltà primitive e poi nell'Istituto di antropologia. È di fine '52 il suo incontro con Ernesto de Martino, che nell'Istituto per le civiltà primitive iniziava allora il suo primo corso ("pareggiato") di etnologia presso la Facoltà di lettere e filosofia, in parallelo a quello del paletnologo Alberto Carlo Blanc. Ernesto de Martino, di cui fu appunto il primo assistente, fu il suo "vero maestro" e con lui continuò in varia forma a collaborare, anche nella costituzione di nuovi luoghi di riflessione e ricerca come il Centro etnologico italiano e il Centro italiano per il film etnografico e sociologico (1953), fino alla prematura morte del maestro, nel 1965.

03-Tullio Seppilli.pmd 71 02/11/2010, 16.14

Dal 1955 iniziò il suo insegnamento nella Università di Perugia, dove già nel 1956 diede vita all'Istituto di etnologia e antropologia culturale e nel 1958 al Centro italiano per lo studio della comunicazione di massa. L'Istituto esercitò una notevole influenza nella rinascita e nello sviluppo degli studi antropologici italiani, attraverso una intensa didattica, la conduzione di grosse indagini e la relativa messa a punto di adeguate metodiche, una precisa strategia di utilizzo civile della ricerca, l'impegno in numerosi progetti pubblici di crescita sociale, la creazione di centri e iniziative di documentazione, la promozione di gruppi di lavoro e strutture associative. Per circa un decennio (1966-1975), chiamato su proposta di Eugenio Garin e Cesare Luporini, fu anche docente di antropologia culturale nell'Università di Firenze. Ha insegnato nell'ambito di corsi di laurea e di diploma, di master e di dottorato, presso numerose università e istituzioni italiane e in Spagna, Canada, Messico e Brasile. Ma è stato appunto nell'Università di Perugia che Tullio Seppilli ha esercitato ininterrottamente per quarantacinque anni la docenza e la direzione dell'Istituto e poi del Dipartimento Uomo & Territorio in cui l'Istituto confluì come Sezione nel 1999, fino all'età del suo pensionamento, come professore ordinario di antropologia culturale e affidatario di antropologia medica, al concludersi dell'ottobre 2000.

Nel corso di tutti questi anni l'attività di Tullio Seppilli ha spaziato in numerosi ambiti del "mestiere" muovendosi sul terreno della riflessione teorica, della ricerca empirica e operativa e della formazione di numerosi tipi di operatori sociali: lo statuto dell'antropologia nel quadro della scienze umane e il suo impianto metodologico e tecnico / le metodiche dell'indagine antropologica e i problemi della documentazione fotografica e filmica / la storia dell'antropologia italiana / le dinamiche di acculturazione e di integrazione culturale: dai culti afro-brasiliani alle antiche comunità ebraiche di Cina, ai nuovi immigrati in Europa / lo sciamanismo imperiale nella Cina antica / le culture folcloriche, la religiosità popolare e i processi di deruralizzazione e mutamento socio-culturale nelle campagne dell'Italia centrale / l'artigianato ceramico fra tradizionalità e moderno mercato / le costellazioni culturali e i valori emergenti nella "società dei consumi" / le comunicazioni di massa, la pubblicità e la propaganda politica, l'organizzazione del consenso e il controllo sociale della devianza nei moderni sistemi di potere / i processi di emarginazione e le recenti trasformazioni della condizione anziana / i significati simbolici e le dimensioni socio-culturali del costume alimentare.

Tuttavia, la intera "carriera scientifica" di Tullio Seppilli, con oltre seicento pubblicazioni, è attraversata da una complessa e articolata attenzione per i vari ambiti di ricerca che confluiscono oggi nell'area della antropologia medica, a partire da due lavori che furono in certo senso pionieri: *Contributo alla formulazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia*, del 1956, e *Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria*, del 1959: un filo rosso costruito nell'orizzonte di un costante interesse per le questioni della interazione, nella condizione umana, fra determinazioni biologiche e determinazioni storico-sociali, e dunque di una corretta impostazione della impalcatura di insieme del complesso delle scienze che pongono l'uomo come proprio oggetto.

03-Tullio Seppilli.pmd 72 02/11/2010, 16.14

Questa attenzione si è via via sviluppata percorrendo alcuni significativi campi di una moderna antropologia medica: la medicina popolare e le varie figure dei guaritori tradizionali soprattutto nell'Italia centrale, lo studio e il riordino della grande collezione di oltre duemila amuleti raccolti dall'antropologo umbro Giuseppe Bellucci fra il 1870 e il 1920, l'analisi sistematica di alcuni "depositi" di ex voto e dei relativi culti terapeutico-salvifici / la ricerca antropologica finalizzata ai programmi di educazione alla salute e ai problemi etico-politici, teorici e metodologici che vi sono sottesi (oltre quarant'anni di collaborazione, fra l'altro, con il Centro sperimentale per l'educazione sanitaria della Università di Perugia) / le questioni degli "stati di coscienza" e della devianza psichica, le istituzioni totali manicomiali e il loro superamento in una nuova strategia dei servizi / la multidimensionalità della malattia, i rapporti fra il medico e il paziente e fra le strutture sanitarie e la loro utenza / le strategie di calibrazione culturale dei servizi sanitari e i "bisogni di salute" dei nuovi immigrati in Europa / gli sviluppi della biomedicina, la espansione delle medicine "non convenzionali" e i problemi epistemologici, organizzativi e normativi della formazione di una nuova medicina scientifica, sistemica e unitaria.

Tullio Seppilli è attualmente presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), direttore della sua rivista "AM" e della "Biblioteca di antropologia medica", e presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia). È inoltre vice-presidente del Festival dei Popoli Istituto italiano per il film di documentazione sociale.

Riassunto

Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico

Proposito di questo saggio è innanzitutto quello di evidenziare, nella storia degli approcci in base ai quali le discipline antropologiche hanno affrontato lo studio delle rappresentazioni e delle pratiche relative ai processi di salute/malattia, la esistenza di un vero e proprio spartiacque: tale da configurare, almeno in prima approssimazione, due grandi fasi abbastanza distinte. E probabilmente una terza, della quale sembra di intravvedere, oggi, le prime manifestazioni. Questo spartiacque appare connesso, in sostanza, al modo con cui le discipline antropologiche si sono rapportate alla "nostra" medicina, la moderna medicina occidentale o, meglio, la biomedicina.

In un primo periodo, infatti, anche per quanto riguarda le rappresentazioni e le pratiche mediche l'attenzione antropologica è stata rivolta soltanto (*a*) verso le popolazioni definite dagli Occidentali come "esotiche" o "primitive", ritenute "attardate", nella loro evoluzione, rispetto ai traguardi raggiunti dalla moderna cultura dei ceti alti occidentali, oppure (*b*) verso gli strati popolari europei – in particolare quelli rurali – carat-

03-Tullio Seppilli.pmd 73 02/11/2010, 16.14

terizzati da una forte alterità culturale rispetto alle classi dominanti: una alterità, questa, definita "folclorica" e ritenuta anch'essa in certo senso "primitiva", con tratti paragonabili appunto a quelli delle culture "esotiche". È a tale orientamento "restrittivo" degli studi antropologici sulle medicine, e in certo modo all'approccio teorico che vi è sotteso, che viene in genere riferito il termine *etnomedicina*. Di questo approccio – connesso innanzitutto a una indebita estensione di quanto emerso dalle grandi scoperte della biologia e della paleontologia ottocentesche allo studio della fenomenologia storico-sociale – vengono qui messi in luce non solo i limiti e le distorsioni ma anche le gravi implicazioni giustificative del colonialismo, come "opera civilizzatrice", della repressione di ogni devianza, come "purificazione" del ceppo umano dal riemergere di pericolosi "atavismi" e, per quanto qui più direttamente ci concerne, della lotta indiscriminata contro ogni pratica di difesa della salute estranea alla moderna medicina europea, nel nome della ragione e del progresso. E tuttavia, si sottolinea che in questa prima fase dell'attenzione antropologica alle medicine furono realizzate, specie in contesti folclorici, rilevazioni importanti e sistematiche, che seppur condotte per documentare credenze e comportamenti "arcaici" da combattere e superare, appaiono oggi realmente preziose.

Un vero e proprio salto qualitativo si verifica quando l'antropologia, intorno alla metà del '900, inizia a porre a oggetto delle proprie indagini *anche* la moderna medicina occidentale (meglio definita come "biomedicina"), esaminandola come *uno* dei numerosi sistemi medici che si sono succeduti nella storia dell'umanità. Ed è in riferimento a questo nuovo approccio – non solo più ampio ma epistemologicamente diverso – che viene generalmente usato il termine *antropologia medica*.

Di questo approccio si cerca qui di delineare alcune principali caratteristiche di fondo. Anzitutto, appunto, l'ampliamento del campo di indagine: non solo perché viene posta a oggetto di ricerca *anche* la "nostra" medicina, ma altresì perché tale oggetto si allarga a comprendere oltre alle rappresentazioni e alle pratiche concernenti gli stati di salute/malattia *anche* le condizioni e i processi sociali che su tali stati incidono come possibili co-determinanti. In secondo luogo, la messa a punto di alcuni importanti e specifici fuochi di indagine e delle correlate strumentazioni concettuali, nonché l'introduzione di nuove metodiche di rilevazione ed elaborazione delle informazioni. Infine, la tematizzazione e la esplorazione – avviate peraltro nelle discipline psicologiche già alla fine dell'Ottocento – della complessa e articolata questione delle componenti soggettive-culturali in tutti i processi di malattia e di guarigione.

D'altronde, la biomedicina non può non essere, in effetti, per l'antropologia medica un interlocutore particolare perché se da un lato – al pari di ogni altro sistema medico – essa ne costituisce, come abbiamo visto, uno dei tanti oggetti di indagine, dall'altro, entrambe fanno bene o male riferimento a un comune orizzonte epistemologico: quello della concezione scientifica del mondo. Talché, l'approccio biologico agli stati di salute/malattia e in qualche misura il concetto stesso di malattia – in altre parole il

03-Tullio Seppilli.pmd 74 02/11/2010, 16.14

corpus cognitivo costruito dalla biomedicina – non possono non costituire, per l'antropologia medica, un punto fondamentale di riferimento in vista dell'avvio di un approccio, a tali stati, integrato e compiutamente scientifico.

È in questo doppio rapporto con la medicina occidentale che l'antropologia medica viene in certo modo a costituirne una sorta di coscienza critica e un possibile stimolo verso nuove e più organiche aperture del suo paradigma scientifico, contribuendo così a superarne, in una prospettiva sistemica, i limiti biologistici, la ancora pesante settorialità conoscitiva e operativa, e alcune persistenti chiusure "ideologiche" verso quanto può provenire da saperi acquisiti nell'ambito di altre medicine.

Résumé

Ethnomédecine et Anthropologie médicale: une approche historico-critique

La visée de cet essai est, avant tout, de souligner l'existence d'une véritable ligne de partage, au sein de l'histoire des approches sur la base desquelles les disciplines anthropologiques ont traité l'étude des représentations et des pratiques concernant les processus de santé/maladie. Cette ligne de partage permettra d'identifier, ne serait-ce que par une première approximation, deux grandes phases assez bien distinguées et probablement une troisième, dont il semble que nous entrevoyons, aujourd'hui, les premières manifestations. Cette répartition semble reliée, en définitive, à la façon dont les disciplines anthropologiques se sont comparées à "notre" médecine, la médicine moderne occidentale ou, mieux, la biomédecine.

Dans un premier temps, de même qu'en ce qui concerne les représentations et les pratiques médicales, l'attention anthropologique ne s'est portée que (*a*) sur les populations définies par les Occidentaux comme "exotiques" ou "primitives", jugées "attardées" dans leur évolution par rapport aux objectifs atteints par la culture moderne des classes supérieures occidentales, ou (*b*) sur les classes populaires européennes – en particulier celles rurales – caractérisées par une forte altérité culturelle par rapport aux classes dominantes : une altérité, celle-ci, définie "folklorique" et jugée elle aussi comme "primitive", d'après un certain point de vue, avec des traits comparables justement à ceux des cultures "exotiques". C'est à une telle orientation "restrictive" des études anthropologiques sur les médecines, et d'une certaine façon à l'approche théorique qui y est compris, qu'en général le terme *ethnomédecine* se réfère. De cette approche – liée avant tout à une extension indue de ce qui est émergé des grandes découvertes de la biologie et de la paléontologie du XIX^{e} siècle à l'étude de la phénoménologie historico-culturelle – sont ici mis en lumière, non seulement les limites et les distorsions, mais aussi les importantes implications justificatives du colonialisme, comme "œuvre civilisatrice", de la répression de toute déviance, comme "purification" de la souche hu-

03-Tullio Seppilli.pmd 75 02/11/2010, 16.14

maine de la nouvelle émergence de dangereux "atavismes" et, étant donné que cela nous intéresse ici plus directement, de la lutte aveugle contre toute pratique de protection de la santé étrangère à la médecine moderne européenne, au nom de la raison et du progrès. Et pourtant, il faut souligner qu'à ce premier stade de l'attention anthropologique vers la médecine, des relevés importants et systématiques ont été réalisé, notamment dans les contextes folkloriques, qui sont aujourd'hui d'une réelle importance bien qu'ils aient été menés pour documenter des croyances et des comportements "archaïques" à combattre et surpasser.

Un véritable saut vers la qualité est réalisé lorsque l'anthropologie, vers la moitié du XX[e] siècle, commence à considérer *également* la médecine moderne occidentale (mieux définie comme "biomédecine") comme un objet de ses investigations, en l'examinant comme *un* des nombreux systèmes médicaux qui se sont suivis au cours de l'histoire de l'humanité. C'est en référence à cette nouvelle approche – non seulement plus ample mais épistémologiquement différente – que le terme *anthropologie médicale* est généralement employé.

De cette approche, nous essayons ici de délinéer certaines caractéristiques de fond principales. Avant tout, donc, l'élargissement du champ d'étude : non seulement parce que "notre" médicine en dévient *aussi* l'objet de recherche, mais également parce qu'un tel objet s'élargit jusqu'à comprendre, en plus des représentations et des pratiques concernant les états de santé/maladie, *aussi* les conditions et les processus sociaux qui sur de tels états ont des conséquences en tant que co-déterminants possibles. En second lieu, la mise au point de certains secteurs de recherche importants et spécifiques et des outils conceptuels connexes, ainsi que l'introduction de nouvelles méthodes de relevé et d'élaboration des informations. Enfin, la thématisation et l'exploration – lancées d'ailleurs au sein des disciplines psychologiques dès la fin du XIX[e] siècle – question des composants subjectif-culturels, complexe et articulée, au sein de tous les processus de maladie et de guérison.

D'ailleurs, la biomédecine ne peut effectivement pas être un interlocuteur particulier pour l'anthropologie médicale parce que, si d'un côté – comme tout autre système médical – elle en constitue comme nous l'avons vu un des nombreux objets de recherche, de l'autre côté, elles se réfèrent toutes les deux à un horizon épistémologique commun : celui de la conception scientifique du monde. Donc, l'approche biologique vers les états de santé/maladie et, d'une certaine façon, le concept même de maladie – en d'autres termes le *corpus cognitif* construit par la biomédecine – ne peuvent pas ne pas construire, pour l'anthropologie médicale, un point de référence fondamental en vue du développement d'une approche, à ce stade, intégrée et pleinement scientifique.

C'est au sein de ce double rapport avec la médecine occidentale que l'anthropologie médicale en constitue, d'une certaine manière, une sorte de conscience critique et une possible stimulation à de nouvelles et plus homogènes ouvertures de son paradigme scientifique. Elle contribue ainsi à en dépasser, selon une perspective systématique, les

03-Tullio Seppilli.pmd 76 02/11/2010, 16.14

limites biologistiques, la lourde sectorialité cognitive et opérationnelle et certaines fermetures "idéologiques" persistantes vers ce qui peut provenir des savoirs acquis au sein d'autres médecines.

Resumen

Etnomedicina y Antropología médica: un enfoque histórico-crítico

El propósito fundamental de este ensayo es el de poner en evidencia, en la historia de los enfoques en los que se han basado las disciplinas antropológicas para enfrentar el estudio de las representaciones y de las prácticas relativas a los procesos de salud/enfermedad, la existencia de una verdadera y particular división capaz de configurar, al menos en una primera aproximación, dos grandes fases bastante diferentes y, probablemente, una tercera en la que parece posible entrever hoy las primeras manifestaciones. Esta separación aparece conectada sustancialmente al modo con el que las disciplinas antropológicas se han relacionado con "nuestra" medicina, la moderna medicina occidental o, mejor dicho, la biomedicina. En un primer momento, en efecto, también lo relativo a las representaciones y a las prácticas médicas, la atención antropológica se ha dirigido solamente (*a*) hacia las poblaciones definidas por los Occidenteles como "exóticas" o "primitivas", consideradas "retardadas" en su evolución, con respecto a las metas alcanzadas por la cultura moderna de las clases altas, o bien (*b*) hacia los estratos populares europeos – en particular los rurales – caracterizados por una alteridad cultural fuerte en relación a las clases dominantes: una alteridad definida "folclórica" y considerada en un cierto sentido, además "primitiva", con rasgos precisamente comparables a los de las culturas "exóticas". Es a tal orientamiento "restrictivo" de los estudios antropológicos sobre las medicinas, y en una determinada manera al enfoque teórico que subyace, a lo que generalmente se les atribuye el término *etnomedicina*. De este enfoque- relacionado sobre todo a una indebida extención de lo que emerge de los grandes descubrimientos de la biología y de la paleontología en el siglo XIX del estudio de la fenomenología histórico-social- salen, aquí, a la luz no solo los límites y las distorsiones sino también las graves implicaciones probatorias del colonialismo, como "obra civilizadora", de la represión de todo tipo de desviación, como "purificación" de la clase humana del surgimiento de peligrosos "atavismos" y, por lo que aquí más directamente nos concierne, de la lucha indiscriminada contra toda práctica de defensa de la salud extraña a la moderna medicina europea, en nombre de la razón y el progreso. Y sin embargo, se subraya que en esta primera fase de la atención antropológica por las medicinas, se realizaron, particularmente en contextos folclóricos, relevamientos importantes y sistemáticos que, si bien dirigidos a documentar creencias y comportamientos "arcaicos" que deberían ser combatidos y superados, aparecen hoy realmente valiosos. Un verdadero y particolar salto de cualidad se verifica cuando

03-Tullio Seppilli.pmd 77 02/11/2010, 16.14

la antropología, alrededor de la segunda mitad del siglo XX, comienza a tomar como objeto de sus investigación *también* a la moderna medicina occidental (mejor definida como "biomedicina"), examinándola como *uno* de los numerosos sistemas médicos que se han sucedido en la historia de la humanidad. Y es, refiriéndose a este nuevo enfoque- no solo más amplio sino epistemológicamente diferente- que generalmente se usa el término *antropología médica*. De este enfoque se tratan de delinear aquí algunas características de fondo. Ante todo, la ampliación del campo de investigación: no solo porque se coloca como objeto de investigación *también* a "nuestra" medicina, sino, porque además, tal objeto se extiende hasta comprender, además de las representaciones y de las prácticas concernientes a los estados de salud/enfermedad, *también* a las condiciones y a los procesos sociales que sobre ellos inciden como posibles co-determinantes. En segundo lugar, la puesta a punto de algunos importantes y específicos focos de investigación y de las correlativas instrumentaciones conceptuales, además de la introducción de nuevas metodologías de relevamiento y elaboración de informaciones. Por último, la tematización y la exploración – ya puestas en marcha, por otra parte, en las disciplinas psicológicas a finales del siglo XIX – de la compleja y articulada cuestión de los componentes subjetivos-culturales en todos los procesos de enfermedad y cura. Por otra parte, la biomedicina no puede no ser, en efecto, para la antropología médica un interlocutor particular porque si por un lado – a la par de cualquier otro sistema médico – la misma constituye, como hemos visto, uno de los tantos objetos de investigación, por el otro lado, ambas hacen bien o mal referencia a un común horizonte epistemológico: el de la concepción científica del mundo. Por lo cual, el enfoque biológico de los estados de salud/enfermedad y en alguna medida el mismo concepto de enfermedad – en otras palabras, el corpus cognitivo construido por la biomedicina – no pueden constituir, para la antropología médica, un punto de referencia fundamental en vista de la puesta en marcha de un enfoque, integrado y perfectamente científico, de tales estados.

Es, en esta doble relación con la medicina occidental en la que la antropología médica se constituye, de un cierto modo, una suerte de conciencia crítica y un posible estímulo hacia nuevas y más orgánicas aperturas de su paradigma científico, contribuyendo así a superar, en una perspectiva sistémica, los límites biológicos, la todavía pesada sectorialidad cognoscitiva y operativa, y algunas persistentes cerraduras "ideológicas" hacia todo lo que puede provenir de los saberes adquiridos en el ámbito de otras medicinas.

Abstract

Ethnomedicine and Medical anthropology: a historical-critical approach

The aim of this essay is first to highlight, in the history of the approaches under which the anthropological disciplines have addressed the study of the representations and

03-Tullio Seppilli.pmd 78 02/11/2010, 16.14

practices related to the processes of health / illness, the existence of a real watershed able to configure at least at a first approximation, two main quite distinct phases. And probably a third one of which the first manifestations seems to glimpse today. This watershed appears connected, in essence, with the way in which the anthropological disciplines are reported to "our" medicine, the modern Western medicine, or rather biomedicine.

In fact, in a first period, anthropological attention has been given - including representations and medical practices - only (*a*) to populations defined by the Westerners as "exotic" or "primitive", deemed as "lingered" in their evolution compared to the achievements of the modern Western culture of the upper classes, or (*b*) to the working classes of Europe – particularly the rural ones - with a high cultural otherness than the ruling classes: an otherness, defined as "folk" and also considered in some sense "primitive", with features precisely comparable to those of the "exotic" cultures. It is in this "restrictive" orientation of the anthropological studies on the medicines, and in a way in the underlying theoretical approach that the term ethnomedicine generally refers to.

Of this approach - primarily related to an undue extension of what emerged from the great discoveries of biology and paleontology of the nineteenth-century study of historical and social phenomenology - are highlighted here not only the limitations and distortions but also the serious implications of justification of colonialism as "civilizing work", the repression of any deviance as "purification" of the human log by the resurgence of dangerous "atavisms" and, as more directly concerns us here, the indiscriminate fight against any alien, to the modern European medicine, practice of protecting the health in the name of reason and progress. Yet, it is stressed that at this early stage of the anthropological attention to medicines, were made, especially in folk contexts, important systematic surveys that although conducted to document the "archaic" beliefs and behaviours to fight and overcome, now appear really valuable.

A real qualitative leap occurs when anthropology, around the mid-900, starts to put on the subject of her investigation *also* the modern Western medicine (better defined as "biomedicine"), examining it as *one* of the several medical systems that have taken place in the human history. It is in reference to this new approach - not only larger but epistemologically different - which is generally used the term *medical anthropology*.

Trying to outline here some key features of the background of this approach. First, of course, broadening the range of investigation: not only because *also* "our" medicine is placed on the object of research, but also because this object is extended to include more than the representations and practices regarding health / illness, and *also* the conditions and social processes that affect these states as possible co-determinants. Secondly, the development of some important and specific focal points of investigation, the related conceptual tools as well as the introduction of new methods of collection and processing of information. Finally, the theme and the exploration – that moreover initiated in the psychological disciplines in the late nineteenth century – of the

03-Tullio Seppilli.pmd 79 02/11/2010, 16.14

complex and articulated issue of the subjective - cultural components in all processes of illness and healing.

On the other hand, biomedicine is not possible not to be in effect, for the medical anthropology, a particular speaker because, if first - like any other medical system - it constitutes, as we have seen, one of many objects of inquiry, secondly, both are good or bad reference to a common epistemological horizon: the one of the scientific worldview. So that, the biological approach to health / illness and to some extent the very concept of illness – or in other words, the *corpus cognitivo* constructed by biomedicine – can not but be for the medical anthropology, a fundamental point of reference in view to start a fully integrated scientific approach.

It is in this dual relationship with western medicine that medical anthropology shapes in a certain way to be a sort of critical consciousness and a possible stimulus to new and more organic openings of its scientific paradigm, thus helping to overcome in a systemic perspective, the biological limits, the still heavy cognitive and operational segmentation, and some persistent "ideological" closures to what may come from acquired knowledge through other medicines.

03-Tullio Seppilli.pmd 80 02/11/2010, 16.14

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 81-96

*Fitness, wellness, chirurgia estetica: per una antropologia della corporeità nelle società tardo-capitalistiche**

Tullio Seppilli

presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) / già professore ordinario di Antropologia culturale nella Università degli studi di Perugia
[seppilli@antropologiamedica.it]

1.

Mi pare che la tematica posta al centro di questo nostro convegno costituisca un indicatore, una pista importante per un esame interpretativo della nostra società. Vale dunque la pena, in questo contributo di apertura, tentare di individuarne, da una prospettiva antropologica, alcuni caratteri di fondo e di contesto.

Io credo che ci troviamo di fronte a una complessa *corrente culturale* – cioè a un mutamento piuttosto organico di attenzioni, valori, atteggiamenti e schemi comportamentali [(1)] – che si è venuta sviluppando nel mondo occidentale durante il secolo XX, soprattutto dopo la Seconda guerra mondiale, investendo centralmente e in modo radicale la sfera della corporeità.

Taluni elementi costitutivi di questa corrente risultano in qualche modo attestati anche in contesti storici precedenti mentre altri appaiono sostanzialmente inediti: ma ciò che conta è che *nel loro insieme – così integrati, cioè, in un complesso organico – essi costituiscono una "novità", caratteristica del nostro tempo, contrassegnata da un suo particolare peso nella gerarchia complessiva dei valori e da una assai estesa pervasività sociale*.

Ci troviamo di fronte, in sostanza, alla caduta di precedenti orientamenti di mortificazione e scotomizzazione culturale della corporeità e, di contro, a una esaltazione pubblica e privata della "prestanza" e dei "vissuti di benessere", in cui appaiono intrecciarsi riferimenti estetici, tematiche di efficienza fisica, aperture al piacere e attenzioni alla salute: una dinamica, questa, che si manifesta in una progressiva legittimazione, un tempo im-

04-Tullio Seppilli.pmd 81 02/11/2010, 16.15

pensabile, di ogni tipo di intervento sul proprio habitat, sul proprio assetto somatico, sulla propria sfera emozionale e, al limite, sui propri "stati di coscienza".

2.

Vettore di fondo di questa complessa e articolata dinamica appare appunto il venir meno di alcune interdizioni.

Innanzitutto – come dicevo – *una diffusa caduta dei precedenti orientamenti di mortificazione e scotomizzazione culturale della corporeità*, e di correlata colpevolizzazione del "piacere sensuale": che erano stati largamente vissuti come "vergogna", come dimensione peccaminosa e animalesca della condizione umana. Di conseguenza, *una progressiva riduzione delle aree corporee ritenute "intime", "proibite", e dei sentimenti di pudore che vi erano connessi*.

> Basta qui confrontarsi con l'etica vittoriana, quando "in società" anche il riferimento verbale agli arti inferiori era strettamente proibito e si giungeva persino a coprire pudicamente con panni acconci le gambe delle sedie e delle poltrone; e a fronte, la dirompente attuale esibizione mediatica di quel "quasi nudo", essenzialmente femminile invero, un tempo riservato alle "foto proibite" o ai peccaminosi spettacoli di varietà. O pensare al salto compiuto in cinquant'anni nei luoghi balneari occidentali dai costumoni del primo Novecento ai bikini e ai tanga.

E parimenti, *una fortissima riduzione delle precedenti restrizioni/stigmatizzazioni nei confronti dei comportamenti sessuali e degli stessi riferimenti alla sessualità*.

> Della sessualità si parla ormai largamente nella conversazione quotidiana, nei media, nella divulgazione scientifica e nella stessa formazione scolastica. E soprattutto si sono venuti largamente liberalizzando, come è noto, i comportamenti sessuali, anche assai precoci e anche in assenza di una loro sanzione matrimoniale. Talché Geoffrey Gorer poté già nel 1955 prendere a prestito il termine, ormai svuotato, di "pornografia" per indicare con l'espressione "pornografia della morte" lo scandalo della nuova era consumistica in cui il riferimento alla morte ha preso il posto del sesso nelle tematiche proibite, espulso da ogni possibile cenno nelle private conversazioni [(2)].

È in questo orizzonte che prendono forma, di "contro", gli orientamenti di costume che ho prima indicato come essenziali espressioni di questa corrente culturale e che costituiscono, in effetti, l'oggetto stesso del nostro convegno.

La esaltazione pubblica e privata della "prestanza" e dei "vissuti di benessere", in cui appaiono largamente intrecciati – come si è detto – *riferimenti estetici, tematiche di efficienza fisica, aperture al piacere e attenzioni alla salute:* che si è tradotta in

04-Tullio Seppilli.pmd 82 02/11/2010, 16.15

una crescente e diffusa attenzione nei confronti del proprio assetto corporeo e nella adozione di una serie di pratiche individuali e collettive tendenti a un suo possibile controllo "migliorativo". Con il conseguente radicale modificarsi dei vissuti corporei [3] e il dilatarsi del valore segnico veicolato nei rapporti interpersonali direttamente dal corpo (che travalica così, significativamente, quanto di rappresentazione del sé continua ad essere affidato all'abbigliamento e alla stessa cosmetica).

Attente regolazioni dello stile alimentare, scrupolosi controlli del proprio peso, ginnastica e quotidiani percorsi di *jogging*, accurata esposizione al sole e esperienze di *trekking* o di "sport estremi", sono divenute un costume abbastanza diffuso nella seconda metà del XX secolo. E costituiscono in certo senso il versante più attivo, più autogestito, cioè, e meno consumistico, di questa articolata dinamica di costume: un versante tinto di qualche risvolto controculturale – critica della vita urbana, diffidenza verso la produzione industriale, propensione per il "cibo genuino", "ritorno alla natura"... – e comunque largamente influenzato dai nuovi valori ecologistici.

Ma pesano d'altronde in questa dinamica anche altri modelli, proposti dalla grande comunicazione mediatica, dagli ormai numerosi periodici culturisti e da un'articolata rete di offerte di mercato, che veicolano invece una costellazione di valori e di modelli comportamentali condizionata da precisi e cospicui interessi economici: farmaci dimagranti e integratori energetici, consultori di estetica e dietologia, farmaci per il recupero della prestanza sessuale, attrezzi per la ginnastica casalinga, corsi di *body building*. E le grandi palestre dotate di complesse e sempre aggiornate strumentazioni tecniche: nuovi luoghi nei quali, sotto la guida di istruttori addestrati, vengono eseguite le più diverse pratiche corporee in una accesa temperie collettiva sostenuta dalla incessante diffusione di stimoli ritmico-musicali e dalla proposta di una abbastanza spicciola filosofia dell'ottimismo edonistico [4]. Nel bene e nel male, appunto, le strutture istituzionali del *fitness* e del *wellness* [5].

Centrale, nella significazione del *fitness*, è comunque l'idea di "prestanza ed efficienza fisica", del "sentirsi in forma", in quanto *stato* e in quanto *pratica per raggiungerlo*, con valenze oggettive e soggettive. E centrale, nella significazione del *wellness*, è l'idea di "benessere", specie in una dimensione soggettiva, e cioè del "sentirsi bene". In merito, è forse utile sottolineare, perciò, che seppure con un loro profilo specifico gli odierni modelli di *fitness* e *wellness* incrociano largamente un territorio complesso e articolato di significati, variamente presente in tutte le culture, che si riferisce

04-Tullio Seppilli.pmd 83 02/11/2010, 16.15

alla qualità della condizione corporea situandola tra una polarità "negativa" – area dei significati di *male*/*malessere*/*malattia* – e una polarità "positiva" – area dei significati di *bene*/*benessere*/*salute* –: un territorio semantico caratterizzato in ciascuna cultura da una specifica estensione degli stati che vi sono compresi, da loro specifiche interpretazioni e implicazioni di valore, da specifici criteri di attenzione e di classificazione, da specifiche tipologie di risposte operative, ma che si riferisce comunque a situazioni, rappresentazioni e pratiche che hanno almeno qualcosa a che fare con ciò che noi intendiamo con il termine *salute* o, in ogni caso con le buone o le cattive condizioni psicofisiche e le situazioni relazionali che vi si riconnettono [6].

3.

Probabilmente la componente più caratteristica e più specifica di questa moderna corrente culturale è proprio *la progressiva legittimazione di ogni tipo di intervento sul proprio assetto somatico, sulla propria sfera emozionale e, al limite, sui propri stati di coscienza*: un mutamento di valori correlato, in effetti, al progressivo dilatarsi delle possibilità operative aperte in tali direzioni dai grandi recenti sviluppi scientifici e tecnologici.

È questa l'epoca del dilagare di ogni tipo di prodotti cosmetici [7] – per la bellezza, per la produzione di una personale "immagine olfattiva", per la correzione delle più diverse imperfezioni, per il contenimento degli effetti dell'invecchiamento – sospinti da una pressione di marketing che ha ormai conquistato nei Paesi ricchi anche la "metà maschile" della popolazione ed è in grado di produrre e rinnovare sempre più estesi bisogni articolandone la specificità e moltiplicandone la richiesta in riferimento alle più diverse età della vita, a ogni clima e stagione, alle più eterogenee particolarità personali, alle più varie situazioni di correlazione sociale.

Ma il terreno sul quale le nuove frontiere di questo processo di progressive legittimazioni appaiono più evidenti e più radicalmente innovative è dato dall'affermarsi, nella seconda metà del XX secolo, della effettiva possibilità di intervenire *direttamente* sul proprio assetto anatomico, per via chirurgica, non soltanto con l'obbiettivo di ripristinare tessuti deteriorati o vicariare funzioni perdute ma anche, agendo *in corpore sano*, per "ringiovanire" o per correggere "difetti estetici" o per acquisire caratteristiche somatiche ritenute più conformi a modelli vigenti, a mode particolari, a specifiche tipologie di persone o di gruppi [8]. Questo successo della chirurgia estetica, malgrado il suo costo elevato, testimonia non solo delle

04-Tullio Seppilli.pmd 84 02/11/2010, 16.15

possibilità oggettivamente aperte dal recente progresso tecnico-scientifico e dal conseguente formarsi di specifiche abilità professionali ma anche della caduta, appunto, di un'etica tradizionale che spingeva a una rassegnata accettazione del proprio corpo "così com'è", in quanto espressione – come ogni altro tipo di avversità, peraltro – della "volontà imperscrutabile del Signore". È bene sottolineare, d'altronde, che ogni intervento "migliorativo" del proprio assetto corporeo viene oggi generalmente vissuto, e proposto dagli specialisti, non solo come un traguardo "puramente estetico" – e dunque seppur legittimo in qualche modo "futile" – ma anche come strumento di un radicale miglioramento della propria autostima e del proprio senso di sicurezza: perciò stesso, come una via praticabile verso il proprio *benessere psichico* e il proprio successo nei rapporti interpersonali.

In effetti, questo processo di progressive legittimazioni culturali e di raggiunte possibilità operative concerne ormai anche l'ambito della sfera psichica, e in particolare la sua possibile "manipolazione farmacologica", largamente sostenuta peraltro da colossali investimenti economici, di ricerca e di marketing. Valga a questo proposito il riferimento ad almeno due principali direttrici di manipolazione sulle quali è oggi in atto, per differenti motivi, un ampio dibattito. La riduzione del dolore, anzitutto, ormai spogliato di ogni giustificazione etica o "di onore": un vasto fronte di atteggiamenti e comportamenti che va da un consolidato e generalizzato consumo di prodotti analgesici al crescente diffondersi delle tecniche di "parto indolore", fino al combattivo movimento di operatori e utenti che proponendo lo slogan "ospedali senza dolore" va gradualmente affermandosi anche nel nostro Paese. E poi il dilagare del consumo di farmaci ansiolitici, un vero segno dei nostri tempi: sia come indicatore, appunto, della raggiunta legittimità di intervenire sulla sfera psichica; sia perché un siffatto consumo costituisce la manifesta espressione di un grave aumento di fattori ansiogeni e depressivi nel nostro sistema di vita; sia infine per la enorme pressione di marketing attuata in tal senso dalla grande industria farmaceutica, che indirizza verso uno sbocco chimico, e dunque *individuale-privato*, la risposta a un sintomo che è invece il risultato di fattori *generali* diffusamente prodotti dalle logiche di funzionamento del nostro assetto politico-sociale. Ma in effetti, pratiche di superamento del dolore e dell'ansia vanno sviluppandosi in Occidente anche al di là del ricorso alle manipolazioni chimiche, a partire invece da posizioni almeno vagamente "controculturali": attraverso il recupero, cioè, di tecniche di meditazione e, in generale, di "tecniche del corpo" di più o meno diretta matrice orientale. Ovvero attraverso la riproposta di tecniche connesse al condizionamento ipnotico.

04-Tullio Seppilli.pmd 85 02/11/2010, 16.15

Del resto, la manipolazione chimica della soggettività investe oggi largamente anche la produzione artificiale di veri "stati altri di coscienza", vissuta come fuga in una condizione di *benessere* individuale e di "aperture" solo raggiungibile con l'assunzione di sostanze psicotrope [9]: con fini assai diversi, dunque, da quelli, operativi e sacrali, che avevano sostenuto in passato l'utilizzo delle più diverse sostanze psicotrope, entro ben precise situazioni, nell'ambito di numerose ed eterogenee civiltà; e, tutto sommato, con fini assai diversi anche da quelli, in certo senso "controculturali", venuti di moda sin da metà Ottocento in molti ambienti artistici europei e più largamente esplosi, come esplorazione di altre dimensioni della mente, negli anni '60 del Novecento. Della consistente ma eterogenea diffusione di tale costume nel nostro attuale contesto non è certo qui il caso di discutere la possibile caratterizzazione: come effettiva *devianza* – combattuta con numerose iniziative di dissuasione educativa e di penalizzazione giudiziaria e con la repressione internazionale del narcotraffico – o invece, come risposta tutto sommato funzionale al potere e coerente con numerosi fattori insiti nel quadro sociale, negli attuali contraddittori processi di egemonia, nelle logiche di mercato e in quelle della esclusione e dell'isolamento. Ci si riferisce, qui, a questa diffusa fenomenologia, solo perché essa costituisce una specifica ulteriore espressione dell'attuale processo di legittimazione degli interventi chimici sulle dinamiche della sfera psichica.

4.

L'estendersi delle pratiche di intervento farmacologico o chirurgico, o anche psichiatrico, per dare risposta a problemi con forti radici psicorelazionali – e in particolare il dilagare del ricorso a farmaci tranquillanti, anti-depressivi, stimolanti, energetici, dimagranti – hanno aperto un largo e vivace dibattito critico intorno a ciò che appare come una vera e propria *medicalizzazione della vita*.

Questa espressione è invero usata per indicare dinamiche che seppur legate in ogni caso alla crescente influenza della biomedicina nella nostra vita quotidiana manifestano tuttavia un eterogeneo carattere. Essa si riferisce talvolta al mutamento di particolari stili comportamentali prodotto dai processi di comunicazione scientifica e di educazione sanitaria e dalla conseguente acquisita consapevolezza, da parte di molti, delle implicazioni di numerose abitudini quotidiane sul proprio benessere e sulla propria salute. E dunque, ad esempio, il passaggio a più salutari regimi alimentari. In *questo* senso la cosiddetta medicalizzazione della vita sta a indicare, pro-

04-Tullio Seppilli.pmd 86 02/11/2010, 16.15

priamente, la tangibile positiva ricaduta delle conoscenze biomediche su ambiti del costume precedentemente vissuti e praticati come estranei a ogni implicazione sanitaria: perciò, un allargamento della "coscienza scientifica di massa" e un conseguente incremento della salvaguardia e della gestione consapevole del proprio stile di vita e della propria salute da parte di una determinata popolazione. Con il rischio, certo, di un impoverimento dei significati e delle funzioni che ai comportamenti "condannati" erano precedentemente associate. Valga di nuovo il caso dei regimi alimentari, tenendo in conto le complesse motivazioni "secondarie" (extranutrizionali) che vi sono implicate: salutari conseguenze, così, di un più consapevole modello nutrizionale e, al tempo stesso, rischio di un indebolimento delle numerose valenze psico-culturali e relazionali che arricchiscono la mensa di positivi significati e di un forte spessore identitario ed emozionale-simbolico.

Invece, il valore semantico per il quale abbiamo richiamato ora l'espressione "medicalizzazione della vita" concerne appunto la ormai diffusa tendenza a "risolvere" mediante pratiche di intervento in vario modo mutuate dall'arsenale medico, vissuti personali negativi che hanno in realtà una loro matrice in condizioni, circostanze o eventi oggettivamente radicati nel corpo stesso della realtà sociale. Ed è molto spesso questo, precisamente, il caso della ormai dilagante tendenza a dare "semplici" risposte farmacologiche ai sempre più gravi e diffusi stati d'ansia e di depressione che nascono dalla logica generale della nostra forma di civiltà.

La relativa immediata efficacia di tali risposte non deve infatti mascherare – come ho già avuto occasione di scrivere [(10)] – almeno tre considerazioni: (*a*) che queste risposte riducono soltanto alcuni più superficiali sintomi di stati di malessere che hanno solitamente assai più profonde radici, e "medicalizzano" reazioni soggettive a vicende e stimoli negativi che andrebbero invece "elaborate" in profondità e criticamente affrontate, (*b*) che alla lunga il ricorso a tali lenitivi tende a produrre fenomeni di assuefazione e isola e incatena sempre più gli individui a una sorta di schiavitù personale chimica con possibili gravi esiti distruttivi, (*c*) che la canalizzazione di questi diffusi malesseri verso risposte individuali e "medicalizzate" costituisce un pesante e non casuale sbarramento contro la identificazione *critica* e *collettiva* di fattori patogeni insiti nella logica stessa del nostro attuale sistema sociale. Non dimentichiamo che gli stati d'ansia e le patologie depressive si presentano ormai come le più diffuse *cultural bound syndromes* nel mondo occidentale. In questi casi i processi di medicalizzazione, e chi li promuove o li legittima, entrano direttamente

04-Tullio Seppilli.pmd 87 02/11/2010, 16.15

nel vivo degli equilibri sociali e assumono almeno oggettivamente una precisa funzione *politica* di copertura e di puntello dei gravi squilibri e delle profonde contraddizioni dell'ordine esistente.

5.

Abbiamo cercato di delineare il profilo di una corrente culturale caratteristica della nostra epoca e di individuarne i tratti più significativi e le principali ricadute sulla nostra vita quotidiana

L'orizzonte ideologico in cui questa corrente sembra muoversi è il quadro dei valori tipico delle società tardo-capitalistiche: un orientamento tendenzialmente individualistico-competitivo ed edonistico, fortemente autocentrato, sbilanciato – per parafrasare Erich Fromm [(11)] – sull'apparire e l'avere assai più che sull'essere. Sull'attenzione al privato assai più che sulla condivisione solidale e sull'impegno pubblico. Dominato da modelli giovanilistici e largamente integrato nella logica dei consumi [(12)]. Appunto il quadro ideologico – contrabbandato peraltro come "non ideologico" – intorno al quale si strumentano i processi di egemonia e di organizzazione del consenso del sistema di potere oggi dominante [(13)]. Per non richiamare qui quanto già prima sottolineato: che proprio intorno agli sbocchi operativi di questa corrente confluiscono colossali interessi produttivi e di mercato, mediatici e professionali.

E tuttavia, come abbiamo visto, emergono in questa corrente culturale e intorno ad essa, anche altre attenzioni e altri valori: ad esempio taluni aspetti della recente "rivoluzione sessuale", la riscoperta di alcune tecniche del corpo, un rinato "ascolto" al proprio organismo e una rivalutazione della empatia e della sfera emozionale. La rivendicazione di un diritto egualitario alla difesa della salute e a un atteggiamento laico nella gestione del proprio corpo e della propria soggettività. E anche la influenza delle tematiche ecologiche, una certa critica delle dimensioni oppressive della vita urbana e – rifunzionalizzato peraltro dalla industria alimentare, dalle agenzie turistiche e dalla comunicazione televisiva – il mito di un "ritorno alla natura" e alla "genuinità" e, almeno ogni tanto, a comportamenti più disinibiti e "selvaggi".

Certo è che in questo complesso orizzonte l'immagine corporea svolge, forse più che mai, una forte comunicazione simbolica del sé e della propria identità socio-culturale, con una forte incidenza, peraltro, nei criteri di assunzione al lavoro e nello svolgimento di numerose attività "a contat-

04-Tullio Seppilli.pmd 88 02/11/2010, 16.15

to con il consumatore" o con la *audience* mediatica, oltreché nelle "normali" relazioni interpersonali.

È difficile fare previsioni in merito agli sviluppi futuri di questa corrente o di sue specifiche componenti. Peraltro, il dibattito sulla legittimità degli interventi "migliorativi" del corpo umano – ormai centrale nella bioetica e nell'opinione pubblica – ha assunto toni talora drammatici a fronte soprattutto delle concrete prospettive aperte dalla ingegneria genetica. E anche il dibattito sul diritto al benessere e alla salute, e alla stessa felicità – qui ed ora – sta riacquistando una sua nuova centralità persino nell'ambito, apparentemente lontano, delle discipline economiche [(14)].

Il problema di fondo è che la intera vicenda della corrente culturale che abbiamo cercato di caratterizzare è, come abbiamo visto, intimamente connessa con le dinamiche dell'assetto sociale e dei processi di egemonia e di potere, e in effetti, non è certo casuale la matrice linguistica della quasi totalità dei termini specifici via via incontrati in questo nostro discorso: non solo *fitness* e *wellness* ma anche *jogging*, *trekking*, *body building*, ...

Così, anche l'esame di questa particolare corrente culturale costituisce uno strumento prezioso per individuare le tendenze profonde e le interne contraddizioni che muovono la nostra società.

Note

[(*)] Viene qui presentato il testo rivisto della relazione introduttiva tenuta a Fisciano [provincia di Salerno] il 7 dicembre 2006 al Convegno "L'odore della bellezza. Antropologia del fitness e del wellness", organizzato dalla Cattedra di antropologia culturale, Dipartimento di scienze dell'educazione, Università degli studi di Salerno (Fisciano - Minori [provincia di Salerno], 7-10 dicembre 2006). Esso è pubblicato anche alle pp. 16-23 degli atti del convegno curati da Domenico SCAFOGLIO *L'odore della bellezza. Antropologia del fitness e del wellness*, Editoriale Delfino, Milano, 2007, 408 pp., e viene qui proposto con qualche assai limitata revisione e l'aggiunta di un ampio riassunto.

[(1)] Con l'espressione *corrente culturale* intendiamo precisamente lo sviluppo (o il declino) di un insieme organico di attenzioni e di atteggiamenti e schemi comportamentali che si manifesta in differenti ambiti della vita individuale e collettiva in conseguenza del mutamento di un particolare nucleo di valori: una dinamica, questa, dotata di una certa organicità e coerenza e perciò di un profilo specifico distinguibile rispetto al quadro complessivo dei cambiamenti culturali che si verificano in un determinato sistema sociale. Questa espressione, insieme ai suoi presupposti di riferimento, è stata proposta come utile strumento di analisi nell'ambito di ricerca del marketing francese. Una sua rielaborazione concettuale, sul terreno teorico e delle procedure di rilevazione empirica, è stata prodotta intorno al 1977 in collaborazione fra l'Istituto di etnologia e antropologia culturale dell'Università di Perugia e la Demoskopea S.p.A., che sotto la direzione di Gian Paolo Fabris ne ha realizzato un servizio di rilevazione periodica sul mutamento dei valori nella società italiana, confluito più tardi nel Monitor 3SC prodotto ora da GPF (Istituto di ricerca e consulenza strategica sul cambiamento sociale, i consumi, la comunicazione). Per la sua messa a punto teorico-metodologica e la sua "calibrazione italiana", per la proposta degli ambiti e delle

04-Tullio Seppilli.pmd 89 02/11/2010, 16.15

modalità di analisi, per i progetti di "monografie speciali" e infine per una prima individuazione delle principali correnti culturali in atto nella società italiana alla fine degli anni '70, si può vedere Grazietta GUAITINI - Tullio SEPPILLI, *Proposte per un servizio di ricerca sulla dinamica dei valori nella società italiana*, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale della Università degli Studi di Perugia, Perugia, 1983, 46 pp. (SMAC. Studi e materiali di antropologia culturale, 8).

(2) Cfr. Geoffrey GORER, *The pornography of death*, "Encounter", ottobre 1955, pp. 49-52 [ediz. ital.: *Pornografia della morte*, "Zeta. Rivista di documentazione e ricerca sulla morte e sul morire", anno I, n. 2, ottobre 1986, pp. 39-45]. L'Autore ha ripubblicato il saggio alle pp. 192-199 nel suo noto volume *Death, grief and mourning in contemporary Britain*, Anchor Books Doubleday, Garden City (New York), 1965, XXXIV + 205 pp.

(3) Di questo mutato e più intenso rapporto con il proprio corpo, o meglio con la propria *immagine corporea* posta a confronto con i dominanti modelli estetici di snellezza, è per alcuni versi una evidente espressione l'attuale diffuso localizzarsi di disagi psichici femminili di varia origine sul terreno dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, e altri).

(4) Per una indagine sul quadro di valori veicolato e praticato nei centri di *fitness* e *wellness* si può vedere la tesi di laurea (vecchio ordinamento) di Lara IANNOTTI, relatore Tullio SEPPILLI, *Anoressia/Bulimia: quadro di riferimento e saggio di inchiesta in due centri di fitness e wellness perugini*, 2 voll., Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Perugia, 1997.

(5) È difficile non pensare a una paradossale nemesi storica a fronte di tanta frenetica attività fisica, di tanto impegno esplicato nell'odierno impiego del tempo libero a "non impigrirsi", a muovere e irrobustire i muscoli, a compiere innumerevoli flessioni, a sollevare pesi, ad arrampicarsi sulle pertiche, a correre per chilometri e chilometri (magari su un "tapis roulant" stando fermi nella propria abitazione), se ricordiamo che non sono passati molti anni da quando la "maledizione del lavoro" consisteva per quasi tutti nella sua faticosità. O, sempre nell'odierno impiego del tempo libero, l'impegno esplicato ad abbronzarsi, massimizzando i tempi di esposizione al sole, se ricordiamo che sino a inizi del '900 la "classe" di una signora si evinceva dal pallore della sua pelle (e circolavano all'uopo speciali saponette sbiancanti). È difficile non pensare, cioè, al lungo cammino compiuto dall'umanità nell'intento di inventare sempre più efficaci modalità per ridurre i tempi e la fatica nel lavoro e nelle altre incombenze quotidiane: per cui disponiamo ora di macchine utensili di ogni tipo, veicoli per i più diversi scopi, ascensori e piattaforme mobili, una infinità di elettrodomestici, ... Oggi il nostro corpo – che si è venuto costituendo così com'è nel lungo processo di ominazione superando dure e difficili prove per la sopravvivenza e l'adattamento all'ambiente – è minacciato proprio da quei traguardi che ci eravamo proposti da tanto tempo di raggiungere: la eliminazione di ogni sforzo fisico e la conquista di un sempre più ampio tempo libero dal lavoro. E, finalmente, la vittoria contro la fame. Così, la medicina dei Paesi ricchi si trova attualmente a dover combattere la obesità e un gran numero di patologie emergenti che conseguono a questi raggiunti traguardi. Ma in effetti occorre dire che, la "fatica programmata" del moderno tempo libero appare assai diversa dall'antica e imposta fatica biblica del duro lavoro ...

(6) Abbastanza indicativo dei cambiamenti in atto nelle attuali concezioni di "salute" e di "medicina" è il dibattito intorno alla possibile caratterizzazione di alcune pratiche di *wellness* – i massaggi *shiatsu*, ad esempio, o gli interventi di naturopatia – come veri e propri "atti medici", il quale si interseca peraltro con la più generale questione del rapporto tra la "nostra" medicina ufficiale (la "biomedicina", cioè) e il crescente diffondersi, in Occidente, delle cosiddette "medicine non convenzionali" (una situazione affrontata e normata in modo diverso, come è noto, dai vari Paesi europei). In merito, nel nostro Paese vanno configurandosi due diverse strategie principali. Conformemente a quanto deliberato a Terni il 18 maggio 2002 dal congresso della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCEO), i sostenitori delle "medicine non convenzionali" sottolineano in maggioranza il pieno ed efficace carattere di "atto medico" delle relative procedure e convengono sulla necessità che gli operatori di tali pratiche siano, a tutti gli effetti, laureati in medicina – quantunque allo stato attuale la necessaria formazione professionale specifica non risulti impartita ufficialmente nelle università italiane e sia in atto perciò una fase di transizione attraverso il riconoscimento delle qualifiche formative personali attuata dai relativi Ordini provinciali –. Di contro, malgrado una evidente zona di intersezione, gli operatori

04-Tullio Seppilli.pmd 90 02/11/2010, 16.15

delle pratiche più vicine agli obiettivi di *wellness* si muovono nella direzione opposta, rivendicando precisamente il carattere "non medico" della loro attività e manifestando una crescente attenzione alla organizzazione di percorsi formativi specifici, rigorosi ma autonomi dalle facoltà mediche: così, dodici associazioni professionali di discipline finalizzate al "benessere della persona" si sono unite recentemente in una Interassociazione delle arti della salute (IAS) rivendicando lo spazio di numerosi percorsi verso la salute *non* caratterizzabili appunto come "atti medici". Su questa dibattuta tematica la IAS ha organizzato recentemente, assieme alla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), il convegno "Salute e/o benessere: linguaggio delle diversità e unità nel dialogo" (Venezia, 26 novembre 2005) al quale hanno partecipato sia professionisti della medicina ufficiale e di "medicine non convenzionali" sia appunto operatori delle "arti per la salute". Per una pur rapida caratterizzazione delle ragioni e degli obiettivi di tale convegno si può vedere la presentazione giornalistica da me anticipata in quei giorni nel supplemento "La Salute" de "La Repubblica" (*Benessere e terapie non convenzionali. Esperti di benessere e "nuove" regole* [titolo redazionale], "La Repubblica. La Salute. Il settimanale di chi vuole vivere bene" [Roma], anno XI, n. 470, 24 novembre 2005, p. 69).

(7) Il termine "cosmetica" viene qui usato nel senso ampio, in cui si includono anche profumi, lozioni, deodoranti e simili. In merito, e per questo più ampio significato, si può ad esempio vedere Gabriella COSTARELLI, *I cosmetici. Profumi e belletti fra moda salute consumi*, Editori Riuniti, Roma, 1984, 141 pp.

(8) Pensiamo, ad esempio, all'ormai abbastanza diffuso costume di modificare la forma del proprio naso scegliendone un nuovo modello sulla base di un esteso "campionario" iconico disponibile negli studi di chirurgia estetica, o all'uso, ormai dilagante, di intervenire sul profilo dei seni o delle labbra o per eliminare le rughe facciali. O anche alla moda insorta fra le donne, nel Giappone degli anni '60, di modificare chirurgicamente le proprie palpebre eliminando la cosiddetta *plica mongolica* al fine di assumere le fattezze dell'occhio "occidentale".

(9) Al di là della ben nota dibattuta fenomenologia delle tossicodipendenze, sembra di un certo interesse per il nostro discorso quella particolare alterazione dello stato "normale" di coscienza, "collettiva" e "liberatoria", che si manifesta oggi abbastanza sovente fra i giovani frequentatori delle grandi discoteche o dei cosiddetti *rave*, per effetto convergente di una pluralità di stimoli chimici, percettivi e cinestesici: bibite alcooliche, farmaci psicotropi, pervasive sonorità ritmico-musicali, luci alternanti di vario colore, movimenti corporei, ... È significativo il fatto che – perduti gli orizzonti cosmologici e le funzioni sacrali-sociali e tenute in conto le nuove tecnologie oggi disponibili – ci troviamo, tutto sommato, di fronte a *meccanismi* di alterazione degli stati di coscienza non molto dissimili da quelli praticati nei rituali sciamanici e di possessione in un gran numero di società "tradizionali".

(10) Tullio SEPPILLI, *La medicina moderna: il medico e il malato*, relazione al Convegno nazionale "Nuovi pazienti nuova medicina. Psicologia in ospedale e qualità della cura" (Modena 25-26 ottobre 2005), 8 pp. (in via di pubblicazione), cfr. pp. 4-5.

(11) Mi riferisco qui, naturalmente, al ben noto volume di Erich FROMM, *To have or to be?*, Harper & Row, New York, 1976, XXIV+215 pp. [ediz. ital.: *Essere o avere?*, A. Mondadori, Milano, 1977, 299 pp.].

(12) Per una mappa dei progressivi e articolati sviluppi dell'analisi critica socio-antropologica via via condotta negli Stati Uniti nei confronti dell'ideologia e dei modelli culturali diffusi dal "capitalismo avanzato", sono almeno da vedere: David RIESMAN (con N. GLAZER e R. DENNEY), *The lonely crowd. A study of the changing American character*, Yale University Press, New Haven, 1950, II ediz.: Doubleday Anchor Books, New York, 1953 [ediz. ital.: *La folla solitaria*, Il Mulino, Bologna, 1956] / Herbert MARCUSE, *Eros and civilization. A philosophical inquiry into Freud*, The Beacon Press, Boston, 1955 [ediz. ital.: *Eros e civiltà*, introduzione di Giovanni JERVIS, Einaudi, Torino, 1964] / Erich FROMM, *The sane society*, Rinehart & Company, New York, 1955 [ediz. ital.: *Psicanalisi della società contemporanea*, Edizioni di Comunità, Milano, 1968] / Charles WRIGHT MILLS, *The power elite*, Oxford University Press, New York, 1956 [ediz. ital.: *La elite del potere*, Feltrinelli, Milano, 1959] / John Kenneth GALBRAITH, *The affluent society*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1958 [ediz. ital.: *La società opulenta*, Edizioni di Comunità, Milano, 1959] / Herbert MARCUSE, *One-dimensional man.*

04-Tullio Seppilli.pmd 91 02/11/2010, 16.15

Studies in the ideology of advanced industrial society, The Beacon Press, Boston, 1964 [ediz. ital.: *L'uomo a una dimensione. L'ideologia della società industriale avanzata*, Einaudi, Torino, 1967] / John Kenneth GALBRAITH, *The new industrial state*, Houghton Mifflin Company, Boston, 1967 [ediz. ital.: *Il nuovo stato industriale*, Einaudi, Torino, 1968] / Richard SENNETT, *The fall of public man*, Cambridge University Presse, 1977 [ediz. ital.: *Il declino dell'uomo pubblico. La società intimista*, Bompiani, Milano, 1982] / Christopher LASCH, *The culture of narcissism*, W. W. Norton & Company, New York, 1979 [ediz. ital.: *La cultura del narcisismo. L'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive*, Bompiani, Milano, 1981] / Christopher LASCH, *The minimal self. Psychic survival in troubled times*, W. W. Norton & Company, New York, 1984 [ediz. ital.: *L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti*, Feltrinelli, Milano, 1985] / Richard SENNETT, *The corrosion of character. The personal consequences of work in the new capitalism*, W. W. Norton & Company, New York - London, 1998, [ediz. ital.: *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo nella vita personale*, Feltrinelli, Milano, 1999] / Richard SENNETT, *The culture of new capitalism*, Yale University Press, 2006 [ediz. ital.: *La cultura del nuovo capitalismo*, Il Mulino, Bologna, 2006]. Sempre nella prospettiva di un'analisi critica dell'ideologia e dei modelli culturali diffusi dal "capitalismo avanzato", ma più focalizzato sugli assetti psichici e i vissuti emozionali delle fasce giovanili, è assai stimolante il volume di Miguel BENASAYAG e Gérard SCHMIT, *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*, Éditions La Découverte, Paris, 2003 [ediz. ital.: *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano, 2004].

(13) Sulla attenzione del Potere al vissuto e alla gestione del corpo dei cittadini, e sui processi di egemonia che esso mette a tal fine in gioco, è forse possibile individuare alcuni tratti comuni fra il discorso che stiamo facendo e ciò che Michel FOUCAULT sul finire del XX secolo ha indicato con il termine "biopolitica". Intorno al concetto di biopolitica e al dibattito scientifico che ne è seguito si può vedere la antologia curata da Antonella CUTRO e preceduta da una sua lunga introduzione, *Biopolitica. Storia e attualità di un concetto*, Ombre Corte, Verona, 2005, 171 pp.

(14) Per la ripresa della questione della *felicità* nella recente elaborazione di alcuni economisti, oltre alla generale progressiva riflessione compiuta nei suoi lavori da Amartya SEN, si possono ad esempio vedere Luigino BRUNI - Pier Luigi PORTA (curatori), *Felicità ed economia. Quando il benessere è ben vivere*, prefazione di Giacomo BECATTINI, Guerini e Associati, Milano, 2004, 302 pp., e Richard LAYARD, *Happiness. Lessons from a new science*, The Penguin Press, New York, 2005 [ediz. ital.: *Felicità. La nuova scienza del benessere comune*, Rizzoli, Milano, 2005, 362 pp.].

Riassunto

Fitness, wellness, chirurgia estetica: per una antropologia della corporeità nelle società tardo-capitalistiche

Nel corso del secolo XX, soprattutto dopo la Seconda guerra mondiale, si è venuto configurando nella nostra società un mutamento piuttosto organico di attenzioni, valori, atteggiamenti e schemi di comportamento che hanno radicalmente investito, in vario modo, la sfera della corporeità. Seppur taluni di questi elementi sono attestati anche in contesti storici precedenti, nel loro insieme – integrati appunto in un complesso organico – essi rappresentano una "novità" caratteristica del nostro tempo, di particolare peso e pervasività. Ci troviamo, così, di fronte allo sviluppo di una vera e propria *corrente culturale* – cioè a una costellazione di attenzioni, atteggiamenti e schemi di comportamento coerenti con il cambiamento di un certo nucleo di valori – la quale *manifesta un proprio specifico profilo e un proprio specifico andamento* per entro il più ampio quadro delle dinamiche culturali in atto nel sistema sociale.

04-Tullio Seppilli.pmd 92 02/11/2010, 16.15

Questa "corrente", nella quale convergono, in effetti, elementi di varia ed eterogenea matrice, sembra muoversi lungo alcune principali linee di fondo:

(*a*) una diffusa caduta dei precedenti orientamenti di mortificazione e scotomizzazione culturale della corporeità, (*b*) una progressiva riduzione delle aree corporee ritenute "intime", "proibite", e dei sentimenti di pudore che vi erano connessi, (*c*) una parallela fortissima riduzione delle precedenti restrizioni/stigmatizzazioni nei confronti dei comportamenti sessuali, dell'erotismo e degli stessi riferimenti alla sessualità, (*d*) la esaltazione pubblica e privata della "prestanza" e dei "vissuti di benessere", in cui appaiono largamente intrecciati riferimenti estetici, tematiche di efficienza fisica, aperture al piacere e attenzioni alla salute, (*e*) la progressiva legittimazione di ogni tipo di intervento sul proprio assetto somatico, sulla propria sfera emozionale e, al limite, sui propri "stati di coscienza".

In questa corrente – che si esprime in particolare nella diffusione di ogni tipo di prodotti cosmetici, nelle pratiche del *fitness* e del *wellness*, nella chirurgia estetica, nel rifiuto del dolore e nella diffusione, ormai larghissima, dei farmaci antidepressivi e della produzione di stati "altri" di coscienza – vengono qui delineate le varie ed eterogenee componenti, le differenti valenze e le connessioni con la cosiddetta "medicalizzazione della vita". E si cerca di individuarne le eterogenee componenti ideologiche e i fattori di fondo, radicati nelle attuali logiche di mercato e di consumo e nell'assetto di insieme del nostro sistema sociale e di potere.

Résumé

Fitness, bien-être, chirurgie esthétique: pour une anthropologie de la corporéité dans les sociétés tard-capitalistiques

Au cours du XX^e^ siècle, notamment après la Seconde Guerre Mondiale, un changement plutôt homogène d'attentions, de valeurs, d'attitudes et de schémas de comportement s'est configuré au sein de notre société. Ces changements ont radicalement renversé, de façon différente, la sphère de la corporéité. Bien que certains de ces éléments soient attestés également dans des contextes historiques précédents, dans leur ensemble – intégrés donc dans un complexe homogène – ils représentent une "nouveauté", d'un poids et d'une pénétration particuliers, caractéristique de notre ère. Nous nous trouvons, ainsi, au devant du développement d'un veritable *courant culturel* – c'est-à-dire une constellation d'attentions, d'attitudes et de schémas de comportement cohérents avec le changement d'un certain noyau de valeurs – lequel *manifeste un propre profil spécifique et une propre évolution spécifique* à l'intérieur du plus ample cadre des dynamiques culturelles en cours dans le système social.

Ce "courant", dans lequel convergent, en effet, des éléments de matrice différente et hétérogène, semble se déplacer tout au long des certaines lignes de fond principales:

04-Tullio Seppilli.pmd 93 02/11/2010, 16.15

(*a*) une chute répandue des précédentes orientations de mortification et de scotomisation culturelle de la corporéité, (*b*) une réduction progressive des zones corporelles considérées “intimes”, “interdites”, et des sentiments de pudeur qui y étaient liés, (*c*) une forte réduction parallèle des précédentes restrictions/stigmatisations vers les comportements sexuels, l’érotisme et les références à la sexualité, (*d*) l’exaltation publique et privée de la “prestance” et des “vécus de bien-être”, dans laquelle des références esthétiques, des thématiques d’efficacité physique, des ouvertures au plaisir et des attentions vers la santé sont largement entrelacés, (*e*) la légitimation progressive de tout type d’intervention sur sa structure somatique, sa sphère émotionnelle, et, à la limite, ses “états de conscience”.

Au sein de ce courant – qui s’exprime notamment dans la diffusion de tous types de produit cosmétique, dans les pratiques du *fitness* et du *bien-être*, la chirurgie esthétique, dans le déni de la douleur et la diffusion, désormais très large, des médicaments antidépressifs et de la production d’états “autres” de conscience – les composants divers et hétérogènes, les différentes significations et les liens avec la soi-disant “médicalisation de la vie” sont ici décrits. Nous essayons d’en reconnaître les composants idéologiques hétérogènes et les facteurs de fond, enracinés dans les actuelles logiques de marché et de consommation et dans la structure d’ensemble de notre système social et de pouvoir.

Resumen

Fitness, wellness, cirugía estética: para una antropología de la corporeidad en la sociedad tardo-capitalista

En el curso del siglo XX, sobre todo después de la Segunda guerra mundial, se ha ido configurando en nuetra sociedad una transformación más bien orgánica de atenciones, valores, posturas y esquemas de comportamientos que han agredido radicalmente, de maneras diferentes, la esfera de la corporeidad. Si bien, algunos de estos elementos han sido atestados también en contextos históricos precedentes, en su conjunto – integrados precisamente en un complejo orgánico – éstos representan una “novedad” característica de nuestro tiempo, de particular peso y difusión. Nos encontramos así, de frente al desarrollo de una verdadera y particular *corriente cultural* – o sea, a una constelación de atenciones, posturas y esquemas de comportamiento coherentes con la transformación de un determinado núcleo de valores – la cual *manifiesta un propio y específico perfil y una propia y específica evolución* dentro del más amplio marco de las dinámicas culturales en acto en el sistema social. Esta “corriente” en la cual convergen, de hecho, elementos de variada y heterogénea matriz, parece moverse a lo largo de algunas princiales pautas de fondo: (*a*) una difundida caída de los orientamentos precedentes de mortificación y escotomización cultural de la corporeidad, (*b*) una progresiva reducción de las áreas corpóreas consideradas “íntimas”, “prohibidas” y de los sentimientos

04-Tullio Seppilli.pmd 94 02/11/2010, 16.15

de pudor que se asociaban a ello, (*c*) una paralela y fuerte reducción de las precedentes restricciones/estigmatizaciones en comparación con los comportamientos sexuales, del erotismo y de las mismas referencias a la sexualidad, (*d*) la exaltación pública y privada de la "prestanza" y de las "vivencias del bienestar", en la que aparecen ampliamente entrelazados elementos estéticos, temáticas de eficiencia física, apertura al placer y atenciones a la salud, (*e*) la progresiva legitimación de todo tipo de intervención sobre el propio orden somático, sobre la propia esfera emocinal y, al límite, sobre los propios "estados de conciencia" En esta corriente – que se expresa particolarmente en la difusión de todo tipo de productos cosméticos, en las prácticas del *fitness* y del *welness*, en la cirugía estética, en el rechazo del dolor y en la actual y sumamente amplia difusión de fármacos antidepresivos y de la producción de estados "otros" de conciencia – se delinean las variadas y heterogéneas componentes, las diferentes valencias y las conecciones con la llamada "medicina de la vida". Se tratan de individuar las heterogéneas componentes ideólogicas y los factores de fondo, radicados en las lógicas actuales de mercado y de consumo y en el orden de conjunto de nuestro sistema social y de poder.

Abstract

Fitness, wellness, cosmetic surgery: for an anthropology of body in late-capitalist society

During the twentieth century, especially after the Second World War, there has been setting in our society an organic change of attentions, values, attitudes and behaviour patterns that have radically invested in various ways, the realm of embodiment. Although some of those elements are also attested in earlier historical contexts, as a whole – precisely integrated in a body – they are a "novelty" feature of our time, of particular importance and pervasiveness. We are thus facing the development of a genuine *cultural current* – that is, a constellation of attentions, attitudes and behaviour patterns consistent with the change of some core values – which *expresses its own specific profile and its own specific performance* within the broader context of cultural dynamics taking place in the social system.

This "current", which converge, in fact, elements of diverse and heterogeneous matrix, seems to move along some major bottom lines:

(*a*) a widespread collapse of the previous orientations of mortification and cultural scotomization of embodiment, (*b*) a progressive reduction of body areas considered "intimate", "forbidden", and of the feelings of shame that were related, (*c*) a parallel dramatic reduction of the above restrictions/stigma against sexual behaviour, eroticism and the same references to sexuality, (*d*) the enhancement of public and private "prowess" and "feelings of wellness", that largely intertwined aesthetic references, issues of physical efficiency, openness to pleasure and health care, (*e*) the gradual legitimisation

04-Tullio Seppilli.pmd 95 02/11/2010, 16.15

of any intervention on the proper somatic structure, on the emotional sphere and, ultimately, on the proper "states of consciousness".

In this current – which is expressed in particular in the dissemination of all types of cosmetic products, in the practices of *fitness* and *wellness*, in cosmetic surgery, in the denial of pain and the spread, now very large, of antidepressant drugs and the production of states "others" of consciousness – are outlined here in the various and diverse components, the different meanings and connections with the so-called "medicalization of life". Here trying to identify the heterogeneous ideological components and underlying factors rooted in the current logic of the market and the arrangement of the whole of our social and power system.

04-Tullio Seppilli.pmd 96 02/11/2010, 16.15

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 97-132

Il "vitalismo" di François Xavier Bichat. Una nuova lettura(*)

Francesco Bottaccioli

fondatore e primo presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI)
[bottac@iol.it]

Introduzione

Nei manuali e in generale nelle opere di sintesi di storia della medicina, a Bichat si dedicano, di solito, poche righe, anche se di notevole rilievo (CORBELLINI G. 2004: 84-85; COSMACINI G. 1997: 328; PORTER R. 1996: 173; PORTER R. 2004: 94-95; ZANOBIO B. - ARMOCIDA G. 1997: 168).

Viene presentato, volta a volta, come il fondatore della Fisiologia, dell'Anatomia patologica, dell'Istologia. Il suo contributo scientifico, nella tradizionale genealogia del sapere medico, viene collocato in una posizione intermedia, tra Giambattista Morgagni (1682-1771) e Rudolf Virchow (1812-1902), secondo una scala di approfondimento della conoscenza che va dall'organo (Morgagni) alla cellula (Virchow) passando per il tessuto, la cui analisi e definizione sarebbe il contributo specifico che François Xavier Bichat (1771-1802) ha portato alla medicina e alla biologia. In questo quadro, anche la concezione della malattia in Bichat segue l'andamento detto, fungendo da traghetto dalla patologia d'organo a quella cellulare (1).

Gli studi su Bichat non sono molti, ma rilevanti, in quanto hanno impegnato epistemologi ed "archeologi" del sapere medico come Georges Canguilhem e Michel Foucault. La loro lettura di Bichat, in secca divergenza (anche se mai esplicitata né dai due studiosi né da commentatori), ha segnato così fortemente il campo che sembra non ci sia più nulla da dire e che non ci sia altro da fare che schierarsi: dal lato della critica a un vitalismo che ha ritardato il progresso della scienza, come vuole Canguilhem, o da quello che vede in Bichat, e nel paradosso di un vitalismo che ha come orizzonte la morte, il doloroso parto che conduce alla nascita della clinica moderna, secondo Foucault.

Ma vediamo più da vicino le due letture.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 97 02/11/2010, 16.15

Le tradizionali letture di Bichat

Canguilhem: l'imperdonabile errore di Bichat

Canguilhem affronta la questione del vitalismo e del contributo scientifico di Bichat in lavori degli anni '40 del secolo scorso, poi raccolti e pubblicati in un volume apparso per la prima volta nel 1952, *La connaissance de la vie* (CANGUILHEM G. 1952). In questi scritti, Canguilhem si pone il problema di ricostruire la storia della teoria cellulare e quella della sua diffusione in Europa e in Francia.

Siamo alla fine del XVIII secolo, nella Francia post-rivoluzionaria, dominata dagli *ideologues* in Filosofia e dai vitalisti in Medicina. Qui Canguilhem individua subito una contraddizione, di eccezionale portata, tra il pensiero politico filosofico e quello biomedico.

> «Nel momento stesso in cui il pensiero politico francese proponeva allo spirito europeo il contratto sociale e il suffragio universale, la scuola francese di medicina vitalista proponeva un'immagine della vita trascendente all'intelletto analitico. Un organismo non poteva essere compreso come un meccanismo. La vita è una forma irriducibile a ogni tipo di composizione delle parti materiali. La biologia vitalista ha fornito a una filosofia politica totalitaria il mezzo, se non l'obbligo d'inspirare certe teorie relative all'individualità biologica» (CANGUILHEM G. 1952: 75-76).

Le imputazioni al vitalismo sono due: essere un pensiero non analitico e quindi non scientifico-razionale; essere portatore di una visione politica reazionaria. Del resto, quest'ultimo aspetto, Canguilhem lo ribadirà parlando, per converso, della teoria cellulare come di una teoria democratica e repubblicana.

Non rientra nell'economia di questo saggio l'analisi dei rapporti tra filosofia e medicina nella Francia della seconda metà de Settecento, ma basta accennare al lavoro di Sergio Moravia (MORAVIA S. 2000), che dimostra esattamente il contrario: l'approfondito scambio culturale, l'estesa contaminazione d'idee tra i *philosophes* dell'*Encyclopédie* e i *médécins-philosophes* raccolti nella *Société médicale d'émulation*.

Resta il fatto che, nel contesto disegnato da Canguilhem, Bichat, anche se non può riassumere su di sé l'intero movimento vitalista e le sue colpe, svolge un ruolo negativo centrale". È venuto il momento – scrive Canguilhem – di esporre un assai strano paradosso della storia della teoria cellulare tra i biologi francesi. L'avvento di tale teoria è stato per lungo tempo ritardato dall'influenza di Bichat" (CANGUILHEM G. 1952: 76).

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 98 02/11/2010, 16.15

Accusa pesante, direi quasi infamante. Che c'è di peggio, infatti, per uno scienziato di essere accusato di aver ritardato lo sviluppo e la diffusione della scienza? Quali sono i fatti su cui si basa questo giudizio?

Primo elemento. Aver posto a fondamento dell'attività vitale il tessuto, parola carica di allusioni, dice Canguilhem, piena di significati extrateorici che contrastano con quelli che evoca la parola cellula:

> «La cellula ci fa pensare all'ape e non all'uomo. Il tessuto ci fa pensare all'uomo e non al ragno. Il tessuto è, per eccellenza, opera umana. La cellula, nella sua forma canonica esagonale, è l'immagine di una realtà fissa su se stessa. [...]. Una cellula è una cosa fragile, fatta per essere ammirata, guardata senza essere toccata, pena la distruzione. Al contrario, un tessuto si deve toccare, palpare, sgualcire per apprezzarne la grana, la delicatezza, la morbidezza» (CANGUILHEM G. 1952: 77).

L'operazione che Bichat fa, introducendo il tessuto, è quindi un'operazione ideologica, nel senso contemporaneo del termine. Il tessuto è la categoria che serve a un anatomista vitalista per portare avanti il suo lavoro.

> «Se il vitalismo considera la vita un principio trascendente la materia, indivisibile e inafferrabile come una forma, anche un'anatomista, che s'ispira a questa idea, non può far altro che considerare negli elementi supposti del vivente ciò che egli considera come una qualità della totalità di questo essere. I tessuti, riconosciuti da Bichat come la stoffa nella quale i viventi sono tagliati, sono un'immagine adeguata della continuità del fatto vitale, richiesta dall'esigenza vitalista» (*Ibidem*).

Seconda prova: "Bichat non amava il microscopio". Perché? *et voilà* l'affondo demolitorio: "forse perché non sapeva servirsene". Ma, forse – argomenta Canguilhem, probabilmente per attenuare l'accusa di imperizia tecnica rivolta a un medico di elevata specializzazione chirurgica, che ha dato prova di grande abilità nelle sezioni e negli esperimenti *in vivo* – per una ragione più profonda, anch'essa ideologica.

Bichat avrebbe preferito il "bisturi a scalpello" perché era lo strumento giusto per trovare quello che voleva trovare e cioè il tessuto e non la cellula. Certo Bichat non cerca l'anima, ma, dice Canguilhem, essendo vitalista (per filiazione diretta da Barthez passando per Pinel) e quindi «concependo la vita in un principio trascendente la materia, invisibile e inafferrabile», può fare anatomia senza cercare gli elementi che compongono il vivente, cercando invece «i tessuti, riconosciuti come la stoffa sulla quale i viventi sono tagliati» (CANGUILHEM G. 1952: 77).

Che Canguilhem mantenga questo giudizio in tutta la sua opera di epistemologo e di storico della medicina, lo dimostra, per fare un esempio tra molti, un lavoro più maturo, espressamente dedicato all'analisi delle rela-

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 99 02/11/2010, 16.15

zioni tra Claude Bernard e Bichat. In questo testo, definirà il pensiero di Bichat "*vitalisme métaphysique*" contrapposto al "*vitalisme physique*" di Bernard (CANGUILHEM G. 1970: 160). E anche quando si dedicherà alla storia della «costituzione della fisiologia come scienza», contrariamente alla netta opinione di Bernard, che riconoscerà alla Francia «di aver avuto tre grandi uomini, Lavoisier, Laplace e Bichat, che hanno impresso alla fisiologia una direzione decisiva e durevole» (2), Canguilhem non farà menzione di Bichat, se non per ricordare che è morto nel 1802 (3).

L'influenza di Bichat è stata nefasta, scrive Canguilhem, proprio perché, tramite la sua presa su Auguste Comte, ritarderà l'ingresso della teoria cellulare in Francia. Canguilhem, infatti, ricorda che Comte definirà la teoria cellulare «una teoria fantastica, tratta evidentemente da un sistema di filosofia generale essenzialmente metafisico» (4).

Ma, dal punto di vista filosofico, qual è la colpa (5) non scusabile di Bichat? È nel sostenere che c'è un'enorme differenza tra le leggi della fisica e le leggi della fisiologia.

> «Insomma, il vitalista classico ammette l'inserimento del vivente nell'ambiente fisico, alle leggi del quale, però, egli costituisce un'eccezione. Qui è, per noi, l'errore filosofico imperdonabile di Bichat. Non ci può essere un impero nell'impero. Non si può difendere l'originalità del fenomeno biologico separandolo nel territorio fisico-chimico, facendone un'enclave di indeterminatezza, delle zone di dissidenza, dei focolai d'eresia» (CANGUILHEM G. 1952: 117).

La critica è radicale, la difficoltà segnalata apparentemente insormontabile: Bichat immagina due regni incomunicabili, uno fisico e l'altro vitale, ma la vita non può essere un impero nell'impero, o, più misteriosamente, una enclave non sottoposta alle leggi del territorio fisico-chimico, da cui sorge.

Vedremo tra poco che questa pretesa di costruire una scienza del vivente in autonomia, simboleggiata da una attribuita idiosincrasia di Bichat verso la scienza e la tecnica, verrà segnalata anche da Michel Foucault, che, al contrario, fonda in Bichat la nascita della clinica moderna.

Foucault: Bichat pone sulla morte il fondamento della scienza della vita

A differenza di Canguilhem, Foucault non pensa che Bichat sia colpevole di un errore filosofico catastrofico che ha ostacolato e, almeno in Francia, ritardato lo sviluppo e la diffusione della scienza. Egli pensa invece che Bichat «abbia liberato la medicina dal problema vitalistico e da quelli ad esso connessi». L'ottica è rovesciata: Bichat il vitalista, che ha avuto una

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 100 02/11/2010, 16.15

grande influenza non solo sulla medicina, ma anche sulla cultura europea [6], ha liquidato il vitalismo in medicina.

Sorprendente, ma non troppo, seguendo il filo del ragionamento proposto da Foucault. Ha liquidato il vitalismo perché ha trovato un solido fondamento nel suo opposto, nella morte, legando la vita alla morte, che «diventa così un punto di vista assoluto sulla vita e apertura verso la verità» (FOUCAULT M. 1969: 177).

È a partire da questo fondamento che viene resa possibile anche una nuova definizione della malattia, che può essere pensata e valutata proprio se «tra la salute e la malattia viene posto un termine medio, la morte» (FOUCAULT M. 1969: 181). È la possibilità di morire, è la morte che si realizza nel corpo, in alcune sue parti, che rende possibile la fondazione della clinica rinnovando e, si potrebbe dire, scontando il bisticcio, cambiando di segno alla semeiotica, che diventa «disegno della futura autopsia».

Dopo Bichat, l'esame del malato, la presa del polso, l'auscultazione del torace (tramite lo stetoscopio inventato dall'allievo di Bichat, R. Laënnec) diventa un esame obiettivo, scientifico, perché il medico nel malato vede il cadavere, nel senso che vede, pur non vedendoli, i segni delle lesioni che potrà ritrovare in sede di autopsia. Si tratta quindi di «riconoscere sul corpo vivo ciò che rivela la dissezione del cadavere» (FOUCAULT M. 1969: 188).

Foucault dedica un capitolo del suo libro *La nascita della clinica* a un celebre passo di Bichat tratto dalla sua ultima opera *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine:* «Aprite qualche cadavere, vedrete presto scomparire l'oscurità che la sola osservazione non aveva potuto dissipare».

Qui c'è il riconoscimento del fondamento scientifico della teoria e della prassi di Bichat e la spiegazione del paradosso sopra enunciato: il principe del vitalismo che libera la medicina dal vitalismo. Foucault, da attento lettore di tutte le opere di Bichat, ne ha colto lo spirito e la lettera, come vedremo più avanti nel dettaglio. L'anatomia patologica, il riscontro obiettivo è ciò che dà fondamento allo sguardo medico ed è ciò che il medico deve ricercare nel suo approccio al vivente malato: da dove proviene e qual è la sede della malattia, come si è sviluppata, che strade ha preso?

Al tempo stesso, nella lettura di Foucault c'è la constatazione che da Bichat parte un movimento, che rappresenta l'età contemporanea, di "cadaverizzazione della vita" e di trasformazione del malato in "caso clinico", in accidente di una patologia che è definita come quadro generale a cui applicare le singole esperienze delle persone malate.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 101 02/11/2010, 16.15

Sono le stigmate della clinica degli ultimi due secoli, che ancor oggi ben conosciamo. Ma, come vedremo, a mio parere, la ricerca e la proposta di Bichat vanno oltre, non sono sovrapponibili alla piega che ha preso la biomedicina negli ultimi due secoli.

L'insormontabile difficoltà del pensiero di Bichat, secondo i critici contemporanei

Gli studiosi contemporanei, pur riconoscendo le differenze sostanziali tra il vitalismo di Bichat e quello dei suoi predecessori, Stahl, Bordeu, Barthez, mettono in primo piano una difficoltà di fondo del pensiero dello studioso, legata alla sua concezione della vita.

La vita differisce dalla materia inerte perché è variabile, è continuamente cangiante. È per questo, dice Bichat, che non sono applicabili le leggi della Fisica e della Matematica che presuppongono la costanza, la invarianza, la prevedibilità del comportamento della materia inerte.

Sulla variabilità non sarebbe possibile costruire nessun scienza e quindi nemmeno la fisiologia. «Le proprietà vitali immaginate da Bichat sono davvero troppo differenti dalle proprietà fisiche, per cui egli, anche se fosse vissuto molto più a lungo, non avrebbe mai potuto costruire la sua fisiologia» (PICHOT A. 1994: 41).

Un concetto analogo viene espresso in una recente monografia, dove si individua il principale ostacolo epistemologico della fisiologia di Bichat nella sua concezione della variabilità della vita. Difficoltà che verrebbe superata, come già segnalava Foucault, ancorando la vita alla morte e ciò a prezzo di una biologizzazione della vita e del sapere medico (HUNEMAN Ph. 1998: 123-24).

Anche nel caso della critica contemporanea è però interessante far notare come questa obiezione di fondo al pensiero di Bichat sia stata precedentemente avanzata da Georges Canguilhem, quando, nello studio già citato sulle relazioni tra Bernard e Bichat, rimprovera a Bernard di «essere stato il più comprensivo [tra i biologi del XIX secolo] verso l'illusione che aveva generato la dottrina delle *proprietà vitali, incostanti e ribelli* alla previsione e al calcolo» (CANGUILHEM G. 1970: 160, *corsivo mio FB*).

In conclusione, sia pur in sintesi, mi pare che chiari siano i punti centrali delle tradizionali letture dell'opera di Bichat, alla quale si imputa una generale difficoltà, impossibilità, a costruire scienza, come conseguenza di un approccio vitalista. La via d'uscita che, secondo Foucault, proporrebbe

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 102 02/11/2010, 16.15

Bichat – e cioè l'inserimento della morte all'interno dell'esame della vita – se può consentire il superamento della difficoltà epistemologica di fondo, comporta il pagamento di un prezzo molto alto: la cadaverizzazione della vita, il primato dell'anatomia patologica sulla fisiologia, la supremazia della clinica sulla medicina, la spersonalizzazione della cura.

L'esame dei testi di Bichat

Prenderò in esame i seguenti testi: *Recherches physiologique sur la vie e sur la mort* (BICHAT F.X. 1800), *Anatomie Générale* (BICHAT F.X. 1801), *Discours sur l'étude de la physiologie* (BICHAT F.X. 1994)[7], organizzandone la lettura attorno ad alcuni punti chiave.

Il metodo scientifico

Nel suo *Discours sur l'étude de la physiologie*, schema di appunti per le lezioni del Corso di Fisiologia, un corso privato (in un contesto di notevole disordine dell'insegnamento pubblico della medicina) inaugurato nel 1798 (BICHAT F.X. 1994: 390), Bichat distingue la fisiologia in due parti: lo studio dei fenomeni e la ricerca delle cause. L'uno è fondato sull'osservazione e l'altra sul ragionamento. Ciò, scrive, è in analogia con le scienze fisiche: astronomia e fisica.

«Prima occorre osservare e poi spiegare, questa è la direzione di marcia ordinaria». Ma, mentre possiamo raggiungere un certo grado di certezza e precisione nell'osservazione, l'incertezza, «spesso romanzesca», regna nella spiegazione dei fenomeni, chiarisce subito.

Ecco, schematicamente, la metodologia scientifica usata da Bichat nel suo lavoro.

L'osservazione

Le modalità dell'osservazione, scrive, sono tre: osservazione dell'uomo e degli animali in salute; esperienze sugli animali viventi; osservazione dell'uomo e degli animali malati.

L'osservazione dell'uomo e degli animali in salute è il primo metodo d'osservazione, il più semplice e il più naturale, ma perché questa modalità di osservazione sia efficace, è necessario che essa sia unita alle conoscenze anatomiche. Senza questa scienza noi avremmo nozioni vaghe della vita esteriore e interiore. «È a questo difetto d'unione dell'anatomia e dell'os-

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 103 02/11/2010, 16.15

servazione dei fenomeni che bisogna rapportare la scarsità di conoscenze fisiologiche degli antichi, indipendentemente dalla bontà delle loro osservazioni». E qui scatta una critica secca alla scuola di Montpellier: «I medici di Montpellier avrebbero fatto fare più progressi alla scienza se si fossero maggiormente poggiati sull'anatomia, invece che mostrarsela in maniera filosofica» (BICHAT F.X. 1994: 289).

In *Anatomie* l'unione tra osservazione rigorosa e riscontro anatomico viene spiegata in un celebre passo, di cui Foucault cita la conclusione, ma che può essere utile leggere nella sua interezza.

> «La medicina per lungo tempo è stata cacciata dal seno delle scienze esatte; essa avrà diritto ad essere associata a loro, per lo meno per la diagnosi delle malattie, quando dappertutto si sarà unita l'osservazione rigorosa all'esame delle alterazioni che provano i nostri organi. Che è l'osservazione se si ignora dove stia il male? Potrete prendere appunti dalla mattina alla sera, per vent'anni, al letto del malato, sulle varie affezioni del cuore, polmoni, ecc., col risultato solo di una gran confusione di sintomi [...] Aprite qualche cadavere e vedrete ben presto sparire l'oscurità che la sola osservazione non potrà mai dissipare» (BICHAT F.X. 1801: XCIX).

Quindi anatomia come riscontro, ma anche come elemento essenziale per fornire una possibile descrizione della malattia e delle sue cause, per produrre teoria, come vedremo tra poco.

Il secondo ordine di esperienze riguarda quelle sugli animali viventi. Sono di grande importanza, scrive Bichat, ma bisogna essere prudenti nelle conclusioni.

> «Gli antichi non facevano esperienze sugli animali viventi, o, almeno, troppo poche; sezionavano cani, vitelli, come si vede in Galeno, Erasistrato, Erofilo, ma queste dissezioni avevano per fine l'anatomia piuttosto che la fisiologia. Poi invece si sono moltiplicate queste esperienze, ma nella scuola di Montpellier è sorto un forte dibattito sull'utilità di questi metodi d'indagine: per alcuni la fisiologia non può avanzare che con questi mezzi, per altri invece è una modalità infruttuosa» (BICHAT F.X. 1994: 289-290).

L'opinione che Bichat avanza chiarisce il suo rigore sperimentale. «È un modo troppo generale di vedere la cosa: ci sono casi in cui le esperienze sono vantaggiose altri in cui sono di significato incerto». E prosegue: «Ci sono circostanze in cui le esperienze ci danno nozioni certe. Per esempio, la digestione con le esperienze di Spallanzani, la respirazione, la nutrizione eccetera. In tutti questi casi le esperienze sono certe; se ne traggono risultati invariabili, ma esse domandano una precisione estrema e, anche se è difficile, occorre tracciare delle regole generali». E qui appunta una serie di esempi, tra cui può essere interessante sottolineare, a proposito

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 104 02/11/2010, 16.15

della sua presunta idiosincrasia per la statistica e la formalizzazione dell'esperienza, la seguente regola: «Ripetere sullo stesso oggetto più esperienze: *solo dal numero può risultare la verità*» (BICHAT F.X. 1994: 291). Non sembra proprio ostile alla matematica in biologia!

Viene poi l'osservazione sui malati. Gli antichi osservavano molto bene, scrive, i moderni hanno un po' trascurato questo mezzo, che invece è essenziale. Bisogna esaminare i vantaggi che la fisiologia può trarre dalla medicina. Per distinguere bene i vantaggi bisogna distinguere le malattie in organiche e generali. Per organiche intende tutto ciò che altera l'organizzazione. «Le malattie organiche gettano molta luce sulla fisiologia. In tutti questi casi, *la patologia fornisce all'anatomia dati essenziali*; bisogna raccogliere i fatti con precisione». Anche in questo caso, la critica di Canguilhem al"vitalismo metafisico" di Bichat è fuori fase. La clinica e la patologia sono essenziali per l'anatomia e quindi alla conoscenza dell'uomo. Ma di grande interesse sono gli appunti successivi sugli insegnamenti che vengono dalle malattie generali.

Qui, dice Bichat, è difficilissimo trarre degli insegnamenti a causa della nostra ignoranza delle connessioni fisiologiche.

«Spesso l'irritazione è legata a un punto, la contrazione a un altro. Di qui, il termine di *simpatia, parola che serve a coprire la nostra ignoranza delle connessioni che legano i fenomeni*. Perché quando si irrita il naso si contrae il diaframma? Perché, si dice, c'è una simpatia tra di loro. Ma che cos'è questa simpatia? Da che cosa dipende? In ultima analisi abbiamo pochi dati [...]» (BICHAT F.X. 1994: 292, *corsivo mio FB*).

Viene qui demolito un luogo comune del vecchio vitalismo: i fenomeni simpatici, che sono reali, perché reali e diffuse sono le connessioni tra organi e sistemi, ma che non possono essere spiegati con un termine che serve solo a coprire l'ignoranza. Misuriamo qui tutto lo spessore dello scienziato e del filosofo critico verso la stessa tradizione in cui si colloca. Riprenderò questo punto più avanti.

Il ragionamento: produzione di teorie scientifiche

Non basta osservare, occorre coordinare i fenomeni, cercando "il loro insieme", i rapporti che li legano. Occorre produrre delle spiegazioni o, meglio, delle teorie. La teoria, infatti, chiarisce Bichat, a differenza della spiegazione che riguarda un fenomeno isolato, «è fondata sui fatti, sulle esperienze; è il risultato di un certo numero di fatti e in ciò differisce dall'ipotesi» (BICHAT F.X. 1994: 292).

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 105 02/11/2010, 16.15

Una spiegazione quindi per essere valida, dice Bichat, deve rientrare in una teoria generale. Bisogna diffidare delle ipotesi. Per costruire delle teorie fisiologiche corrette occorre seguire delle regole, che nei suoi appunti sono quattro: (*1*) bisogna sempre rivolgersi alle cause secondarie, in quanto non possiamo conoscere le cause prime dei fenomeni (atteggiamento filosofico tipico dell'empirismo settecentesco, ma convergente con il kantismo); (*2*) bisogna conformarsi alle regole vitali e ai principi generali dell'economia animale, tra cui il principio che la natura è avara di mezzi e prodiga di risultati (in termini moderni è il principio pleiotropico: le stesse molecole o gli stessi geni che, combinandosi in vario modo, danno una moltitudine di effetti diversi); (*3*) fondarsi sui fatti, studiando le differenze nei diversi contesti (di età, sesso, specie); (*4*) occorre che le conseguenze siano in accordo con i principi (corretta logica, corretto ragionamento).

Fare come Newton

Nella "Prefazione" ad *Anatomie* Bichat sintetizza, con la consueta efficacia apprezzata da medici e da filosofi[8], la metodologia scientifica e il programma di ricerca, mettendo in primo piano l'urgente necessità di teorie per la scienza della vita.

> «Ecco i principi generali di questa opera: analizzare con precisione le proprietà dei corpi viventi, mostrare che ogni fenomeno fisiologico si rapporta in ultima analisi a queste proprietà considerate nel loro stato naturale; che ogni fenomeno patologico deriva dal loro incremento, dalla loro diminuzione o dalla loro alterazione; che ogni fenomeno terapeutico ha per principio il loro ritorno al tipo naturale da cui esse si sono separate; fissare con precisione i casi in cui ciascuno è messo in gioco; distinguere accuratamente, in fisiologia e in medicina, ciò che proviene dall'uno e ciò che emana dagli altri; conseguentemente determinare in maniera rigorosa, i fenomeni naturali e quelli patogeni [*morbifiques*] tipici degli animali e degli altri esseri organici [...]
>
> Forse si potrà dire che questa maniera di vedere è ancora una teoria; io risponderò che anche nelle scienze fisiche c'è una teoria, che è la dottrina che mostra la gravità, l'elasticità, l'affinità, ecc, come principi primi di tutti i fatti osservati in queste scienze. Il rapporto delle proprietà come cause con i fenomeni come effetti, è un assioma quasi fastidioso da ripetere oggi in fisica, in chimica, in astronomia. Se questa opera stabilirà un assioma analogo nelle scienze fisiologiche, avrà assolto al suo compito» (BICHAT F.X. 1801: VII).

Lo scopo dichiarato del lavoro di Bichat non è quindi rintracciare non meglio definiti principi vitali, bensì costruire una teoria scientifica, basata su solidi principi, che consenta alla fisiologia di fondarsi come scienza,

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 106 02/11/2010, 16.15

così come ha fatto la fisica con Newton. In tutta l'opera di Bichat c'è un continuo riferimento a Newton e alla necessità di trarre lezione dalla rivoluzione in Fisica [(9)].

Il rapporto tra fisiologia e filosofia

«A prima vista – annota negli schemi per le sue lezioni – sembra che la fisiologia, occupandosi della materia, non possa legarsi (alla filosofia) alla scienza intellettuale. Osservo tuttavia che la fisiologia ha più rapporti con la filosofia che con la fisica». E prosegue: «Qui parlare di Cabanis» (BICHAT F.X. 1994: 294).

È facile pensare che Bichat a questo punto avrà parlato del Cabanis teso a fondare una nuova scienza dell'uomo basata «sui due principi dell'appartenenza senza residui dell'uomo all'ordine naturale e della sua profonda unitarietà psico-fisica» (MORAVIA S. 1973), e, al tempo stesso, su un superamento della tradizione empirista e sensista a cui anche Bichat esplicitamente si richiama.

«Dopo che Locke e Condillac hanno trovato nei sensi la fonte delle nostre idee, è essenziale conoscere i sensi». È qui il legame, l'intersezione tra filosofia e medicina. Le funzioni cerebrali, l'immaginazione, la memoria, dice Bichat, «sono questioni condivise sia dal metafisico che dal fisiologo».

Il fisiologo-filosofo, scrive Bichat sarà avvantaggiato in questo lavoro: «egli infatti conosce non solamente i sensi, ma sa che la loro capacità di ricevere l'impressione varia e conosce le leggi della sensibilità, che conduce alla metafisica, la quale ne riceve un grande aiuto» (BICHAT F.X. 1994: 294). Le due scienze hanno quindi un vantaggio reciproco; nell'esempio è la filosofia che s'avvantaggia delle fisiologia, ma abbiamo visto in precedenza che la fisiologia dipende dalla filosofia per la costruzione delle sue teorie scientifiche (corretta osservazione, corretto ragionamento, estrazione di principi e di regole generali).

I rapporti tra fisiologia e scienze fisiche

Bichat torna ripetutamente nelle sue opere su questo tema cruciale. L'analisi delle relazioni tra fisiologia e scienze fisiche non è mai *tranchant*, anche se il nostro studioso, avendo una notevole capacità di sintesi, offre al lettore numerose definizioni che, nella loro compattezza, possono prestare il fianco a interpretazioni forzate.

Vediamo nel dettaglio.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 107 02/11/2010, 16.15

La meccanica.

«A vedere la macchina animale chi non crederebbe che la meccanica non possa assicurarci i risultati più utili. Ci sono dappertutto leve di 1°, 2°, 3° genere, ci sono pulegge [...]. A prima vista sembra che tutto debba essere sottomesso al calcolo, che si possa calcolare con precisione la forza delle nostre macchine. Borelli ha scritto un libro molto voluminoso al riguardo [...] ha calcolato con precisione tutte le forze muscolari. I calcoli sono veri, ma il principio da cui parte è falso, perché le forze variano a ogni istante nei muscoli, non c'è un istante in cui non ci siano variazioni. [...]. D'altra parte le forze vitali variano non solamente nello stesso individuo, ma con l'età, il sesso e il temperamento [...]. Vedete quindi che la meccanica non c'è di grande aiuto quando dice: basta conoscere i principi delle leve [...]» (BICHAT F.X. 1994: 296).

L'idraulica.

Anche qui la critica al meccanicismo è netta ed ha come bersaglio due grandi della fisiologia a lui precedente: Harvey e Boerhaave.

«A vedere i fluidi circolanti dappertutto nei canali, chi non crederebbe che sia possibile sottomettere al calcolo tutte queste parti? Boerhaave l'ha fatto; il suo famoso sistema sull'infiammazione è fondato sulle leggi idrauliche. Così, altri hanno cercato di applicare queste leggi alla circolazione sanguigna, ma molte sono le differenze tra l'idraulica e la circolazione del sangue» (BICHAT F.X. 1994: 297). Le passioni, per esempio, cambiano repentinamente la circolazione, ma anche la febbre, le malattie, l'irritazione in un punto dell'organismo e così via, annota Bichat. «Non si può quindi concepire, come ha fatto Harvey, la circolazione che fluisce in maniera rigorosa, precisa, come fosse in una macchina formata da arterie e vene alla quale si adattasse un pistone in rappresentanza del cuore». Il cuore non è una pompa, i vasi non sono tubi e la circolazione non è ordinata, ma variabile, proprio perché nella realtà «c'è un'oscillazione continua, un bilanciamento che le forze della vita modificano instancabilmente».

Cos'ha di antiscientifico questa descrizione della circolazione sanguigna? Perché non sarebbe possibile costruire una rappresentazione fisiologica della turbolenza della circolazione del sangue? Se avessero avuto ragione Boerhaave e i critici vecchi e nuovi di Bichat e della sua pretesa di costruire una scienza sulla variabilità, non avremmo oggi la moderna fisiologia circolatoria che si basa proprio presupponendo la turbolenza, la continua variazione di una notevole quantità di fattori e di funzioni (come la pressione arteriosa), il continuo bilanciamento di cui parla il nostro giovane e

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 108 02/11/2010, 16.15

acuto scienziato. Ma come vedremo più avanti il concetto di variabilità è il fondamento solido di un modello più generale di funzionamento dell'organismo umano.

La chimica.

Bichat ha ben presente l'impatto che la chimica ha non solo sulla medicina ma sulla cultura in generale [10]. Proprio in quegli anni Lavoisier presenta i suoi esperimenti, le sue scoperte sulla respirazione e sulla nutrizione. Bichat ne dà volentieri atto e dice con chiarezza che la chimica potrà portare un contributo importante alla fisiologia soprattutto in alcuni campi, in primis sulla nutrizione e sulla digestione, sulla respirazione, sull'analisi dei gas che contiene il sangue.

Non c'è quindi un atteggiamento di chiusura. «Si tratta di stabilire quali vantaggi la fisiologia può ricavare dalla chimica» (BICHAT F.X. 1994: 299). Ciò che rifiuta con determinazione è la tendenza a «rivestire [*habiller*] di chimica la fisiologia così come in passato la si era rivestita di fisica». È la chimica come modello generale, è il tentativo di leggere tutti i fenomeni vitali in termini di elementi semplici e di reazioni chimiche che Bichat rifiuta, non certo il progresso delle conoscenze che viene da questa scienza.

I conti con il meccanicismo e il vitalismo

Bichat colloca senza ambiguità il suo lavoro in uno spazio autonomo e critico nei confronti della tradizione. Di tutta la tradizione, meccanicista e vitalista, sia pur con un riconoscimento del diverso ruolo storico giocato dalle due principali correnti scientifiche moderne.

> «La dottrina generale di quest'opera – scrive Bichat presentando *Anatomie* – non porta precisamente l'impronta di nessuna di quelle che regnano in medicina e in fisiologia. Opposta a quella di Boerhaave, si differenzia da quella di Stahl e da quella di autori che, come lui, hanno tutto rapportato, nell'economia del vivente, a un principio unico, astratto, ideale e puramente immaginario, quale che sia il nome che le è stato assegnato: anima, principio vitale, arché, ecc.» (BICHAT F.X. 1801: VI-VII).

Dottrina che si oppone al meccanicismo, ma che, al tempo stesso, si differenzia dal vitalismo in tutte le sue varianti: da quello di Stahl a quello di Bordeu e di Barthez, accusati di far riferimento «a un principe unique, abstract, ideal et purement imaginaire, quelque sont le nome d'*âme,* de *principe vital,* d'*archée* ecc., sous le quel on le désigne» (*corsivi nel testo*).

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 109 02/11/2010, 16.15

Più avanti, nello stesso testo, torna sull'argomento, paragonando di nuovo la fisiologia con la fisica, vedendone l'evoluzione parallela e intrecciata.

«Newton notò tra i primi che quali che siano le variabili tra i fenomeni fisici, tutti si rapportano tuttavia a un certo numero di principi. Egli analizzò questi principi e provò che il principale ruolo lo gioca su tutti la capacità di attrazione.. idea sublime che servì da base a tutte le scienze fisiche» (BICHAT F.X. 1801: XXXVII).

Ma ciò che fu un avanzamento in fisica, «fu nullo per le scienze fisiologiche: che dico? Fu un rinculo. Non si vide altro che attrazione e impulso nei fenomeni vitali. Boerhaave, brillante d'ingegno, si lascerà abbagliare da un sistema che abbagliò anche tutte le menti del suo secolo; fece una rivoluzione paragonabile a quella dei vortici di Descartes, molto seduttiva e che si espanse rapidamente, ma fondata su basi insicure» (BICHAT F.X. 1801: XXXVIII).

Nei confronti di questo meccanicismo, il vitalismo di Stahl fu un fenomeno positivo.

«Meno brillante che profondo, Stahl, per le scienze fisiologiche, segnò un avanzamento rispetto a Boerhaave». «Ma, sia l'anima sia il principio vitale di Barthez sono astrazioni che non hanno più realtà di quella che avrebbe un principio unico che si supponga presieda ai fenomeni fisici».

Come non esiste un principio unico in fisica o in chimica, così non può esistere in fisiologia: la critica al vitalismo, al suo esplicito o tendenziale animismo, monismo spiritualista, non può essere più radicale. Anche se «l'arte (medica) deve molto a diversi medici di Montpellier – riconosce Bichat – per aver lasciato le teorie di Boerhaave e seguito invece l'impulso di Stahl. Ma abbandonata la via sbagliata, ne hanno preso una così tortuosa che dubito otterranno un risultato» (BICHAT F.X. 1801: LV).

La fisiologia è in difficoltà, chiarisce ancora una volta Bichat, non riesce a fare quello che fanno i chimici e i fisici e cioè rapportare ogni fenomeno a dei principi generali. Così Haller, "*grand homme*" che parla di sensibilità e irritabilità, ma riferendo l'una al sistema nervoso e l'altra a quello muscolare, non tratta queste proprietà vitali come dovrebbe, ma le vede «quasi come proprietà isolate». Oppure Vicq-d'Azyr che trasforma le proprietà vitali in funzioni fisiologiche e le mette allo stesso livello dell'ossificazione, della digestione, ecc, e con ciò «confonde il principio con la conseguenza».

Ecco quindi il programma scientifico di Bichat, che si presenta come uno sviluppo e un superamento del vitalismo: «per mettere sullo stesso piano

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 110 02/11/2010, 16.15

le scienze fisiche e quelle fisiologiche è necessario formare delle idee giuste sulle proprietà vitali». Idee giuste, principi, su cui sarà possibile costruire una scienza fisiologica.

La vita e le proprietà vitali

Bichat approccia la descrizione delle diverse caratteristiche della vita, negli animali e nelle piante, in un'ottica che potremmo chiamare evolutiva, di trasformazione e accrescimento delle proprietà vitali. Riferendosi alla classificazione di Linneo dei tre regni, egli propone la seguente specificazione:

(*1*). proprietà fisiche per i minerali; (*2*). proprietà fisiche più le vitali organiche (ad eccezione della contrattilità sensibile) per le piante; (*3*). proprietà fisiche più tutte le vitali organiche più le vitali animali per gli animali.

«L'Uomo e le specie vicine, che sono lo speciale oggetto della nostra ricerca, si giovano dunque evidentemente di tutte le proprietà vitali, di cui le une appartengono alla vita organica e le altre a quella animale» (BICHAT F.X. 1801: XLIII).

Quindi il *continuum* della materia è dato dalla aggiunta alle proprietà fisiche, che sono comuni al non vivente e al vivente, di nuove proprietà vitali che danno nuove funzioni. Mi pare evidente qui che le proprietà vitali vengono intese come la comparsa di proprietà non presenti nei diversi livelli evolutivi, anche se Bichat non sa risolvere il problema dell'origine e dell'evoluzione della vita, né tanto meno se lo vuole porre. La vita è comunque un interscambio continuo con la materia, tramite la nutrizione.

> «Poiché la nutrizione fa passare continuamente le molecole della materia dai corpi bruti ai corpi viventi e reciprocamente, si può evidentemente concepire la materia come costantemente penetrata, nell'immensa serie dei secoli, di proprietà fisiche. Queste proprietà si impadroniscono della materia dalla creazione, se così posso esprimermi; esse l'abbandoneranno solo quando il mondo cesserà di esistere» (BICHAT F.X. 1801: LVII).

Le proprietà fisiche sono quindi costantemente presenti nella materia, a differenza di quelle vitali che «compaiono a intervalli unendosi alle proprietà fisiche».

Bichat parla di due epoche, separate da «uno spazio immenso», una del non vivente e l'altra quando la «materia a intervalli si compenetra [*se pénètre*] di proprietà vitali, che quindi si trovano unite alle proprietà fisiche. Ecco una grande differenza nella materia in rapporto a queste due specie di

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 111 02/11/2010, 16.15

proprietà, vitali e fisiche: essa gode delle prime in modo intermittente e possiede le seconde in modo continuo» (BICHAT F.X. 1801: LVII).

La vita quindi non è la regola, ma è un fenomeno specifico, è un salto di qualità nelle proprietà della materia, che però non è stabile, non presenta una continuità al pari delle proprietà fisiche.

La vita come fenomeno determinato, con precisi limiti temporali. «Il fuoco di Prometeo è l'emblema delle proprietà vitali: fintanto brucia, la vita si sostiene; essa si annienta quando il fuoco si spegne. È dunque nell'essenza delle proprietà di animare la materia per un tempo determinato; di qui i necessari limiti della vita».

In questo quadro, mi pare risulti più chiara l'epistemologia del celebre *incipit* delle *Recherches*:

> «Si cerca in considerazioni astratte la definizione della la vita; la si troverà, io credo, in questa idea generale: *la vita è l'insieme delle funzioni che resistono alla morte*. Tale è in effetti il modo d'esistere dei corpi viventi, che tutto quello che li circonda tende a distruggere» (BICHAT F.X. 1800: 1)

Non c'è contrapposizione tra vita e morte, tra materia inorganica e organica, né sono due realtà antagoniste che si contendono il campo: sono invece due polarità del medesimo processo. La vita è un salto di qualità, è una aggregazione di proprietà particolari, che tende continuamente a realizzarsi e a disfarsi. Il *continuum* è dato dalla materia e dalle sue proprietà fisiche, che compenetrano anche gli esseri viventi, i quali compaiono a intervalli, come speciale forma di aggregazione di nuove proprietà.

Al di là del giudizio che si vuol dare su questa visione della storia naturale della vita, resta il fatto che il suo aspetto centrale è la dinamica incessante della materia tra aggregazione e disgregazione. La sua lontananza dalla concezione che riduce la vita a «un principio unico, astratto e puramente immaginario», pare del tutto evidente [11].

L'elaborazione della vita

L'origine materiale della vita è ulteriormente chiarita in una pagina di *Anatomie* che vale davvero la pena di segnalare perché qui la riflessione di Bichat lambisce territori che verranno ampiamente lavorati dalla ricerca biomedica nei due secoli seguenti.

> «Benché le proprietà vitali risiedano nei solidi, tuttavia non bisogna considerare i fluidi come puramente inerti. È incontestabile che i fluidi che ser-

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 112 02/11/2010, 16.15

> vono alla composizione [alla nutrizione degli organi, *nota mia FB*] vanno continuamente compenetrandosi di una quantità più forte di vita procedendo dagli alimenti, da cui soprattutto provengono, fino ai solidi. La massa alimentare è meno animalizzata del chilo, questo è meno del sangue e via dicendo» (BICHAT F.X. 1801: LXVIII).

C'è quindi un processo di *elaborazione della vita* [*élaboration vitale*] che ancora non conosciamo nei suoi meccanismi intimi, dice Bichat, ma che è reale. Altro che anima, o principi vitali di origine sconosciuta! C'è una *élaboration vitale* che gradatamente trasforma il non vivente in vivente.

> «Le proprietà vitali non sono precisamente inerenti alle molecole della materia che ne è la sede. In effetti esse spariscono allorquando queste molecole vengono separate e perdono il loro arrangiamento [*arrangement*] organico. *È a questo arrangiamento che esse appartengono in via esclusiva*» (BICHAT F.X. 1801: LXXIX).

È questo arrangiamento molecolare, questa particolare disposizione delle molecole che fa sorgere le proprietà vitali. Qui la differenza tra il vitalismo settecentesco e Bichat è enorme. La Mettrie vede il principio vitale nella fibra, Stahl nell'anima, Bordeu negli organi, Bichat presenta un'idea di emergenza della vita che è del tutto simile a quella presente in Lamarck che la individua come prodotto dell'*organisation* (BARSANTI G. 1979: 73; BARSANTI G. 2005: 135)[(12)].

> «Sarebbe un oggetto di ricerche di grande interesse [*bien curieux*] stabilire come le molecole, fino a un certo punto estranee alle proprietà vitali, godendo solo di quelle fisiche, si compenetrino poco a poco dei rudimenti delle proprietà vitali. Dico rudimenti perché certamente l'elaborazione vitale che manifestano i fluidi, circolando come tali nel corpo e prima di penetrare i solidi per farne parte, è il primo grado delle proprietà dei solidi medesimi. [...] Dire cosa sia questa vitalità dei fluidi è evidentemente impossibile, ma la sua esistenza non è meno reale» (BICHAT F.X. 1801: LXVIII).

Studiando gli effetti di sostanze eccitanti, come il vino, sul cervello, Bichat, come Galeno[(13)], stabilisce un meccanismo di «caricamento del sangue di molecole che gli sono estranee» che, per suo tramite, eccitano gli organi e in primo luogo il cervello. Le alterazioni dei fluidi sono quindi frequentemente pre-esistenti a quelle dei solidi, che s'alterano successivamente, in una logica circolare [*cercle inévitable*].

I fluidi quindi svolgono un ruolo importante, ma «per comprendere il *melange* che si forma da sostanze estranee, provenienti dall'intestino dai polmoni e dalla cute, non serve compararlo ai *melange* di fluidi inerti o alle nostre combinazioni chimiche». Ancora una volta, l'analisi chimica, fatta sul cadavere o fatta in laboratorio su fluidi non vitali, non ci fa scoprire l'origine della vita, il *melange* vitale che sorge dall'assorbimento di sostanze estranee.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 113 02/11/2010, 16.15

E sempre come Galeno mette in primo piano «l'enorme influenza degli alimenti sulla salute, la struttura e anche il carattere» (BICHAT F.X. 1801: LXXI). Tra fluidi e solidi c'è quindi una logica di influenzamento reciproco perché è impossibile, dice Bichat, che, per esempio, fluidi inerti possano circolare in vasi viventi e viceversa, intuendo quello che, due secoli dopo, la ricerca stabilirà sul ruolo dei vasi rispetto alla circolazione del sangue. «Ma la materia è troppo oscura per occuparcene così a lungo», scrive con la modestia e il rigore metodologico che hanno contraddistinto il suo lavoro (BICHAT F.X. 1801: LXXII).

L'approccio sistemico: i fenomeni simpatici

Una differenza essenziale tra le proprietà vitali e quelle fisiche è data dalla simpatia, dai fenomeni simpatici, che mettono in collegamento parti distinte e anche lontane dell'organismo e che sono tipici del vivente.

> «Il corpo inerte non offre alcuna comunicazione tra le sue diverse parti. Quando una estremità di un blocco di pietra o di metallo sia alterata in un modo qualsiasi, le altre parti non ne risentono per niente. Al contrario, nei corpi viventi tutto è talmente legato [*lié*] e incatenato [*enchaîné*] che una parte qualsiasi non può alterare le sue funzioni senza che le altre non ne risentano» (BICHAT F.X. 1801: LIX).

Questo concetto, che Bichat, seguendo un uso corrente ai suoi tempi e che viene dall'antica medicina greca, mette sotto il nome di simpatia, sconta una vaghezza, che al nostro studioso non piace (come abbiamo già segnalato), ma che non può oscurare un dato di fatto, conosciuto da chiunque eserciti l'arte medica: la centralità dei fenomeni sistemici nell'organismo vivente.

> «Ogni medico – scrive Bichat – ha conosciuto la concordanza [*consensus*] singolare che esiste tra tutti i nostri organi sia in salute che in malattia, ma in particolare in quest'ultima. Come sarebbe facile studiare le malattie se fossero spogliate da ogni accidente simpatico!» (BICHAT F.X. 1801: LIX).

L'approccio all'organismo vivente quindi non può che essere olistico. «Tutti i sistemi sono dipendenti l'uno dall'altro». Ma qual è l'origine dei fenomeni simpatici?

I fenomeni simpatici non hanno una vita propria, nel senso che non sono forze spirituali o di origine sconosciuta che connettono regioni, apparati e sistemi. Derivano invece dall'attivazione delle proprietà dominanti del sistema. «Le simpatie prendono il carattere delle proprietà vitali degli organi dove si sviluppano». «Mettono in gioco le proprietà vitali dominanti in

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 114 02/11/2010, 16.15

un sistema, la sensibilità animale nel sistema nervoso, la contrattilità animale nei muscoli volontari» e così via.

Stabilito che i fenomeni simpatici non hanno un'origine misteriosa o extra-organica, si tratta di descriverne le caratteristiche. Bichat parte dal fenomeno più semplice, quello tra una coppia di nervi. Qui descrive uno dei non numerosi casi clinici presenti nelle sue opere [(14)]. Donna con sciatica a sinistra che poi ha manifestato dolore anche a destra; l'applicazione di terapia vescicatoria a sinistra ha portato alla risoluzione del dolore a sinistra e, dopo 12 ore, anche a destra. Finalmente François Xavier ci parla della sua esperienza di terapeuta e non solo di squartatore di cadaveri!

Ma i fenomeni simpatici non riguardano solo i nervi. Operano anche *simpatie nervi-organi e organi-nervi*. «Tanto i nervi influenzano gli organi, tanto da loro sono influenzati» (BICHAT F.X. 1801: 185). Possiamo parlare correttamente, con un linguaggio moderno, di comunicazione bi-direzionale tra sistema nervoso e organi. «Come un nervo viene irritato in un modo qualsiasi, una folla di fenomeni simpatici nascono nell'economia animale» (*Ibidem*).

Bichat cita in proposito esempi di nevralgia trigeminale che causano vomito spasmodico e bradicardia (rallentamento della frequenza del battito cardiaco). Al tempo stesso, nota, è vero il contrario. Organi malati che irritano i nervi e producono dolore o altre afflizioni lungo il tragitto del nervo.

Ci si interroga da tempo sulle cause dei fenomeni simpatici. «Come è possibile – si chiede – che un organo, che non ha alcun rapporto con un altro che è spesso molto lontano, possa influenzarlo al punto da produrre in lui disordini molto gravi, per la sola ragione che è un organo malato?» Quali sono le cause e le strade che segue il fenomeno simpatico? si chiede Bichat.

Per alcuni è il sistema nervoso, con o senza l'intermediazione del cervello. Per altri è il sangue. Per altri ancora è il tessuto connettivo o mucoso. Bichat nota che anche qui è un errore cercare un principio unico e un'unica via seguita dai fenomeni simpatici. Le cause possono essere varie e anche le strade. «È ancora molto incerto che i nervi siano gli agenti unici che portano al cervello le sensazioni interiori», scrive (BICHAT F.X. 1801: 188). Osservazione di grande interesse, se si considera che oggi, due secoli dopo, è ormai chiaro che la comunicazione tra periferia e centro, tra organi e cervello, segue sia vie nervose che umorali (BOTTACCIOLI F. 2005).

Questo punto viene ulteriormente articolato descrivendo quello che modernamente si chiama dolore riferito.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 115 02/11/2010, 16.15

> «È probabile che quando una parte soffre simpateticamente, quella che è la sede della causa materiale del dolore agisca sul cervello, *sia tramite i nervi sia tramite un mezzo che ignoriamo* e che quando il cervello percepisce la sensazione che arriva, *si sbagli su di essa* e la rapporti a una parte da cui essa non è nata oppure che la rapporti, allo stesso tempo, sia al luogo dove è nata sia a un posto dove non esiste perché là arriva assai comunemente» (BICHAT F.X. 1801: 189-190).

Qui i concetti rilevanti sono due: la comunicazione dolorosa (nocicettiva) non è solo nervosa, bensì usa altri mezzi che ignoriamo; c'è un errore di localizzazione del dolore da parte del cervello, che l'attribuisce a un'altra parte del corpo, anche perché questa zona fa parte di un normale circuito sensitivo che unifica sia la parte malata che quella sana.

La comunicazione organo-cervello-muscolo: un modello di comunicazione sistemica

È interessante vedere come Bichat immagina la comunicazione simpatica di tipo patologico tra organi e muscoli.

> «Quando un muscolo della vita animale entra in azione come conseguenza dell'irritazione di un organo lontano, per esempio con la distensione di un tendine del piede, questo organo agisce innanzitutto sul cervello, che reagisce in seguito, per mezzo dei nervi, sui muscoli volontari che entrano in contrazione [*convulsion*]» (BICHAT F.X. 1801: 190).

A dimostrazione di questo modello, Bichat porta resoconti di esperimenti in vivo sull'animale che dimostrano effettivamente che è il cervello e una rete nervosa intatta che comandano il fenomeno simpatico (irritazione di parti molto sensibili, come la retina, l'ipofisi o il midollo osseo e la conseguente manifestazione di una «folla di fenomeni simpatici relativi ai muscoli della parte intatta dell'animale precedentemente denervato da un lato»)[(15)].

Riflettendo sui fenomeni simpatici, Bichat sostiene che occorre distinguere tre aspetti: l'azione dell'organo affetto sul cervello, la reazione del cervello sui muscoli volontari e l'azione del cervello sull'organo che soffre.

Il primo aspetto è stato già trattato; sul secondo, dice Bichat, gli esperimenti danno dimostrazione e indicano la via che segue il fenomeno; il terzo aspetto è il più oscuro.

«Il cervello agisce sull'organo che soffre con mezzi che conosciamo ancora troppo poco» (BICHAT F.X. 1801: 191). Le conoscenze attuali, che tendono a colmare queste lacune, sono state rese possibili dall'adozione di un approccio sistemico d'indagine. Lo stesso adottato da Bichat con gli strumenti scientifici del tempo.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 116 02/11/2010, 16.15

Analisi della vita: vita animale e vita organica

Abbiamo visto sopra che la vita, secondo Bichat, è un fenomeno che emerge da un tendenza disgregativa di fondo. È un fenomeno cangiante. È una lotta per mantenere un equilibrio tra permanenza e cambiamento.

Il dinamismo è dato intanto dalla doppia manifestazione della vita, che Bichat distingue in vita animale e vita organica. Ambedue sono «composte da due ordini di funzioni che si succedono e s'incatenano reciprocamente [*s'enchaînent dans un sens inverse*]» (BICHAT F.X. 1800: 4).

Nella vita animale, l'ordine va dall'esterno del corpo al cervello e poi dal cervello ai muscoli: nel primo movimento il cervello è quasi passivo, nel secondo è attivo.

> «Un doppio movimento si esercita anche nella vita organica; l'una compone e l'altra decompone continuamente l'animale [...] la sua organizzazione resta sempre la medesima, ma i suoi elementi variano ad ogni istante. Le molecole nutritive, volta a volta assorbite ed espulse, passano dall'animale alla pianta, da quella ai corpi bruti, finché tornano all'animale per uscirne di nuovo. *La vita organica è destinata a questa circolazione continua della materia*» (BICHAT F.X. 1800: 5-6, *corsivo mio FB*).

Per inciso, vorrei far notare che in questa descrizione del movimento della vita, tra cambiamento e permanenza, c'è intero il concetto che, mezzo secolo dopo, Claude Bernard tradurrà nella «costanza dell'ambiente interno» [(16)].

La vita animale è regolare, simmetrica, volitiva, alterna (nei cicli di attività e riposo) a differenza dell'organica che è irregolare, unitaria, involontaria, continua. La vita animale è sede dell'intelletto e del giudizio, il suo organo fondamentale è il cervello. La vita organica è la sede delle passioni, il suo organo centrale è il cuore.

Per vita animale intende «l'ordine delle funzioni che ci mette in rapporto con i corpi esterni» e appartiene solo agli animali.

> «Definisco vita organica l'ordine che serve alla composizione e alla decomposizione abituale delle nostre parti; questa vita è comune a tutti gli altri esseri organici, ai vegetali e agli animali; la sola condizione per goderne è *l'organizzazione*; essa forma un limite tra i corpi organici e gli inorganici [...] [(17)]» (BICHAT F.X. 1801: CII)

Il cervello è l'organo centrale della vita animale. Il cuore è l'organo centrale della vita organica. Ma anche i nervi vanno studiati in rapporto alle due vite. I nervi cerebrali si riferiscono alla vita animale, quelli gangliari alla vita organica.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 117 02/11/2010, 16.15

Le proprietà vitali medesime vanno quindi rapportate alle due vite. Solo così si possono formare idee precise. Se si mette tutto nello stesso sacco, per esempio dell'irritabilità, è impossibile capirci qualcosa. In realtà, scrive Bichat, occorre valutare la sensibilità e la contrattilità sia nella vita animale sia in quella organica, marcandone le differenze.

Anche se la distinzione tra vita animale e vita organica non va presa in senso eccessivamente rigoroso, nel senso che in realtà «tutto si tiene, tutto si lega nell'economia animale» (BICHAT F.X. 1801: CXI).

Il cuore, che è l'organo principe della vita organica, se si ferma, blocca rapidamente anche l'organo principe della vita animale, il cervello, che, a sua volta, influenzando la respirazione, può alterare irreversibilmente la circolazione sanguigna e quindi il cuore.

La distinzione tra le due vite è quindi un'astrazione che serve allo studio, ma «bisogna sempre tenere presente il loro concatenamento, allorquando le si consideri entrambe simultaneamente in attività» (BICHAT F.X. 1801: CXII).

Incatenamento che è evidente nelle passioni e nel loro rapporto con l'equilibrio salute-malattia.

Passioni, organismo e salute

Vuole trattare le passioni non dal punto di vista "metafisico", ma da medico, ponendo, verso le idee mediche dominanti, una netta distinzione tra passioni e sensazioni. Ovviamente i due fenomeni sono strettamente collegati, ma, dice Bichat, devono essere distinti: le sensazioni riguardano il cervello, le passioni il cuore. Le prime la vita animale, le seconde quella organica, interna.

L'ira e la gioia accelerano il cuore e modificano la circolazione sanguigna. La paura blocca la circolazione capillare e provoca il pallore. Le passioni, quando sono efficaci, sono in grado di sospendere l'azione del cuore: è da qui che sorge la sincope, non dal cervello, che è danneggiato dal mancato afflusso di sangue.

Ma le passioni, al di là dei loro effetti immediati, possono andare più in profondità nell'organismo.

> «Se [le passioni non realizzano una] cessazione totale o istantanea della circolazione, spesso le parti ne conservano un'impressione durevole e diventano conseguentemente la sede di diverse lesioni organiche. Desault (18) ha segnalato che le malattie del cuore, gli aneurismi dell'aorta si sono moltiplicati durante la rivoluzione, in proporzione al male che essa ha creato» (BICHAT F.X. 1800: 55).

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 118 02/11/2010, 16.15

Le passioni violente quindi, come quelle suscitate in un periodo rivoluzionario segnato dal terrore, sono in grado di produrre un netto aumento delle cardiopatie e degli aneurismi con presumibile esito mortale. Anche passioni meno tremende, ma con andamento cronico, possono lasciare il segno nel corpo. Bichat ricorda al riguardo che una serie di affezioni dell'animo, tra cui l'ipocondria e la melanconia, possono creare disturbi intestinali con vere e proprie lesioni organiche.

Ma ancora una volta, il pensiero di Bichat va oltre, opera collegamenti circolari. «Le passioni non solo agiscono sulle funzioni organiche, colpendo i visceri in modo particolare, ma (a loro volta) lo stato degli organi interni, le loro lesioni, le variazioni della loro forza concorrono, in modo netto, alla produzione delle passioni» (*Ibidem*).

Quindi, non solo le emozioni possono danneggiare la salute, ma, alterando le funzioni degli organi, vengono alimentate dai modificati stati corporei. Le passioni modificano il corpo, il quale, a sua volta, alimenta le passioni. Questo ci fa capire, dice Bichat, la correttezza del comportamento dei medici antichi che, pur sbagliando sull' "atrabile", vedevano giusto sull'utilità di trattare il corpo, drenando gli organi, per influenzare l'anima.

> «Infatti, se spostiamo lo sguardo dall'uomo in salute all'uomo malato, vediamo che le lesioni del fegato, della milza, degli intestini, del cuore, eccetera, determinano nei nostri affetti una folla di modificazioni e di alterazioni che cessano di esistere nell'istante in cui la causa [organica] che le ha prodotte cessa di esistere essa stessa. [Da questo punto di vista] i medici antichi conoscevano meglio dei moderni meccanici le leggi dell'economia animale» (BICHAT F.X. 1800: 61).

La moderna visione sistemica di Bichat raggiunge un punto di grande chiarezza quando afferma l'assoluta indifferenza della natura dell'agente irritante l'organo, che può essere una causa materiale o una passione: l'effetto irritativo è il medesimo, ed è questo che conta. «Che lo stomaco, il fegato, ecc. siano irritati da una passione o da una causa materiale, che importa? È dall'affezione e non dalla causa che l'ha prodotta che nasce il fenomeno simpatico» (BICHAT F.X. 1800: 67).

Il sistema nervoso delle passioni. Forse il più grande contributo tecnico di Bichat

Le passioni hanno la loro sede nel cuore e nella vita organica in generale, la quale ha un suo sistema nervoso, distinto da quello della vita animale centrato sul cervello.

Bichat, già nelle *Recherches*, in una lunga nota (BICHAT F.X. 1800: 70-73) e poi in diverse pagine di *Anatomie*, fornisce una rappresentazione di quello che poi

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 119 02/11/2010, 16.15

agli inizi del Novecento verrà battezzato sistema nervoso autonomo o neurovegetativo. Ed è perfettamente cosciente della novità della sua proposta.

Aprendo la sezione di *Anatomie* dedicata al *Système nerveux de la vie organique* scrive: «Nessun anatomista ha ancora considerato i gangli dal punto di vista che vado a presentare. Questo punto di vista consiste nel rappresentare ciascun ganglio come un centro particolare, indipendente dagli altri nella sua attività» (BICHAT F.X. 1801: 213).

Il simpatico, dice Bichat, quindi non è un nervo unico, non esiste il "gran simpatico" come voleva l'anatomia sua contemporanea, ma una serie di gangli comunicanti tra loro tramite anastomosi. «Ogni ganglio è un piccolo sistema nervoso del tutto diverso dal cervello e distinto dagli altri gangli» (BICHAT F.X.1801: 216). I gangli comunicano tra loro e con il cervello, ma non possono essere visti come un unico nervo.

Da fine anatomista qual era, descrive anche i gangli sacrali che non presentano alcun collegamenti con gli altri gangli superiori. Oggi sappiamo che si era imbattuto nella porzione sacrale del parasimpatico.

Ma forse l'aspetto più interessante di questa indagine, *che combina modelli teorici* (il nervoso autonomo visto come una serie di piccoli cervelli con funzioni locali, ma integrate tra loro e con il sistema nervoso centrale) *con ricerche anatomiche minuziose*, sta in questa frase: «Se si aprono i gangli, essi mostrano un tessuto molle, spugnoso, molto simile, a prima vista, a quello delle ghiandole linfatiche» (BICHAT F.X. 1801: 221).

In effetti oggi sappiamo che i gangli sono importante sede di attività immunitaria (linfoide) e che il loro ruolo si basa su un'attività integrata di tipo neuroendocrinoimmunitario.

Il tessuto gangliare, sottoposto poi a prove di reazione con acidi e altro mezzi d'indagine, si comporta, documenta Bichat, in modo del tutto diverso dalla sostanza cerebrale e da quella midollare. I gangli quindi sono diversi dai i nervi, anche se ancora, dice Bichat, non conosciamo i diversi principi che compongono questi tessuti. C'è poco connettivo e niente grasso all'interno, ci sono molti vasi. Anche le funzioni sono diverse, il dolore gangliare è più profondo di quello cerebrale. Le malattie del sistema nervoso gangliare sono «isteria, ipocondria, melanconia, la cui sede apparente è il ventre e il petto, ma il ventre soprattutto». Tipiche le «coliche di tipo essenzialmente nervoso, che sono indipendenti da ogni affezione locale dei sistemi sieroso, mucoso e muscolare degli intestini».

Anche se descrive disturbi che diventeranno celebri nei secoli successivi, come per esempio la "sindrome del colon irritabile" che è quella colica

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 120 02/11/2010, 16.15

nervosa di cui parlava, la sua tradizionale prudenza lo porta a concludere: «c'è troppa oscurità in queste affezioni» (BICHAT F.X. 1801: 228).

Resta il fatto che la sua descrizione del sistema nervoso della vita organica, oggi neurovegetativo, demolendo l'idea del gran simpatico, che da Galeno era giunta inalterata al XIX secolo e che sopravvivrà, nonostante Bichat, anche per larga parte del XX secolo, è forse il più rilevante contributo tecnico che lo scienziato francese ha dato alla medicina.

La visione canonica vuole il nome di Bichat legato al tessuto [19]. Alla luce di quanto evidenziato, sarebbe più giusto, a mio avviso, legarlo ai suoi studi sul sistema nervoso e su quello vegetativo in particolare, in un'ottica che combina l'approccio sistemico e l'analisi, le connessioni e le differenziazioni.

L'invecchiamento e la morte

La società logora la vita animale sia per le modificazioni ambientali prodotte ("la luce artificiale, i rumori della città" [20]) sia per un eccesso di attività.

> «Viviamo troppo all'esterno, se così posso esprimermi. Noi abusiamo della vita animale, che è circoscritta dalla natura in limiti che vogliamo eccessivamente dilatare» (BICHAT F.X. 1800: 158-159).

Questa vita che forza i limiti naturali è anche la fonte dell'invecchiamento, che può essere visto come una lenta sconnessione a partire proprio dalla vita animale, così proiettata all'esterno. «Nella vecchiaia si muore a pezzi», poco a poco; ed è soprattutto la vita animale ad essere colpita. Nella morte naturale, la fine procede dalla periferia al centro: il cuore muore per ultimo.

Tutta la seconda parte delle *Recherches* è dedicata alla morte. Ma anche qui occorre, a mio avviso, sfatare un mito, forse alimentato dal fatto che, di solito, le edizioni moderne delle *Recherches* si limitano a pubblicare la prima parte, quella dedicata alla vita [21].

Le considerazioni che Bichat presenta, a parte gli accenni sopra ricordati sull'invecchiamento e sulla morte naturale, che comunque fanno parte della prima parte, riguardano la morte improvvisa. Lo studio non ha finalità filosofiche o di riflessione di carattere più generale sulla vita; serve, invece, soprattutto per indagare le relazioni tra gli organi fondamentali, in particolare tra cuore, cervello e polmoni in un contesto estremo, quando cioè uno di questi organi, per un accidente qualsiasi [22] viene ad essere colpito o distrutto.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 121 02/11/2010, 16.15

Il dato fondamentale che emerge da questi studi è che «la vita organica è la radice di quella animale», nel senso che se viene meno quella non è possibile questa, mentre l'opposto non è dato. Come tutti sappiamo, infatti, la vita animale può essere anche pesantemente danneggiata (una paralisi laterale per esempio, ma anche un danno cerebrale più esteso) senza compromettere la vita vegetativa (quella che Bichat chiama organica). E quindi il cuore è il centro della vita: dall'attività cardiaca dipende l'attività del cervello, la sua energia, la sua stessa capacità di comandare il respiro.

A proposito della respirazione, molto interessanti, anche perché ci danno uno spaccato dell'attività scientifica di Bichat, sono le osservazioni sulla circolazione polmonare e il rapporto tra respirazione e sangue. «Il sangue, passando nei polmoni, si colora: da nero diventa rosso» (BICHAT F.X. 1800, p. 254). «Il colore del sangue dipende dall'aria contenuta nei polmoni. La sua colorazione è in ragione diretta della quantità d'aria contenuta nei polmoni» (BICHAT F.X. 1800: 258). Se si toglie l'aria dai polmoni, il sangue rapidamente da rosso diventa nero.

Bichat presenta una serie di esperimenti e di osservazioni sulla chimica dei gas dell'aria applicando all'animale idrogeno o anidride carbonica. Dimostra sperimentalmente che l'assorbimento dei gas nei polmoni modifica la composizione del sangue e delle urine.

Non so come agisce il sangue rosso, dice, però so che eccita gli organi.

«Ignoro – scrive verso la fine delle *Recherches* – come il sangue rosso ecciti e intrattenga, per sua natura, la vita di tutte le parti». Avanza un'ipotesi: «Forse dipende dalla combinazione dei principi che lo colorano con i diversi organi a cui perviene» (BICHAT F.X. 1800: 277).

Ancora una volta, Bichat propone la combinazione di umoralismo e solidismo: principi contenuti nel sangue e proprietà dei tessuti e degli organi.

Le ricerche di Lavoisier avevano già identificato l'ossigeno come un elemento fondamentale della respirazione, ma il padre della chimica, all'epoca in cui scrive Bichat, non aveva ancora chiaro il rapporto tra respirazione, polmoni e sangue. Per Lavoisier, la respirazione poteva essere un fenomeno non ristretto all'attività dei polmoni, ma coinvolgente anche la cute o altri sistemi.

Solo nei decenni successivi sarà sempre più chiaro il ruolo svolto dai polmoni nella determinazione della composizione dei gas nel sangue e quindi il ruolo del sangue, carico di ossigeno, per la vita dell'organismo (DURIS P. - GOHAU G. 1999: 310-318).

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 122 02/11/2010, 16.15

Come si vede, il "vitalista" Bichat, che la tradizione storiografica ci ha tramandato come un critico della chimica e un denigratore del microscopio, aveva intuito che la capacità "eccitatoria" del sangue rosso dipendeva dai "principi" che lo coloravano e di cui si caricava passando nei polmoni. Un vitalista dotato di acuta capacità d'osservazione e anche di uno sguardo scientifico sistemico.

Bichat: vitalismo sistemico come modello fisiopatologico

Dall'esame dei testi mi pare si possa concludere con una certa sicurezza che le tradizionali letture dell'opera di Bichat, pur nelle loro differenze, presentano evidenti errori d'interpretazione, forzature, ideologismi.

L'imperdonabile errore filosofico che Georges Canguilhem imputa a Bichat, come abbiamo visto, non regge a un riscontro puntuale dei testi.

Come si ricorderà, l'accusa di Canguilhem era così formulata: «Non si può difendere l'originalità del fenomeno biologico separandolo nel territorio fisico-chimico» (CANGUILHEM G. 1952: 117). Come ho avuto modo di mostrare nelle pagine precedenti, da parte di Bichat non c'è alcun rifiuto delle scienze fisiche. Un passo delle *Recherches* così riassume la questione:

> «La fisica e la chimica si toccano poiché le stesse leggi presiedono ai loro fenomeni. Ma un immenso intervallo [*intervalle*] le separa dalla scienza dei corpi organici, poiché un'enorme differenza esiste tra le loro leggi e quelle della vita. Dire che la fisiologia è la fisica degli animali è darne un'idea estremamente inesatta: sarebbe come dire che l'astronomia è la fisiologia degli astri» (BICHAT F.X. 1800: art. 7, § 1).

Bichat parla di intervallo tra fisica-chimica e fisiologia, non di contrapposizione. Anzi, come abbiamo mostrato, la collaborazione tra scienze fisiche e fisiologia è possibile e auspicabile. Intervallo vuol dire che c'è un passaggio di livello e che quindi le leggi valide per un livello non sono *tout court* estendibili all'altro. Per rendere più chiaro il concetto fa un esempio che suona paradossale: studiare la fisiologia con l'apparato concettuale e gli strumenti della fisica sarebbe come studiare l'astronomia con l'apparato concettuale e gli strumenti della fisiologia. E cioè, domanda Bichat: si possono studiare le dinamiche astrali e le relazioni fisiologiche animali con gli stessi apparati?

Sembra quindi che, se errore filosofico ci sia, questo sia di Canguilhem, il quale, nel testo del 1952, sembra concepire leggi fisiche identiche a se stesse ad ogni livello d'organizzazione della realtà che conosciamo. Una

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 123 02/11/2010, 16.15

tale epistemologia non contempla il concetto di complessità e la comparsa di nuove proprietà e quindi di nuove leggi a diversi livelli d'organizzazione della materia.

Del resto, Canguilhem aveva articolato questa critica al vitalismo già nel 1943 nella prima parte de *Il normale e il patologico* (CANGUILHEM G. 1998 [1966]), dove il filo del ragionamento è Bichat, Broussais, Comte, Bernard, che, nella loro diversità [23], sono uniti dal concetto di considerare la malattia nel *continuum* della salute.

Canguilhem vedeva in questa concezione una sottovalutazione romantica e antiscientifica della malattia, frutto di una biologia, figlia di Bichat, che odiava la matematica, mentre a suo avviso la malattia era un nuovo stato, una condizione nettamente diversa da quella della salute. Parlare di continuità tra salute e malattia, tra fisiologia e patologia significava sul piano teorico sottovalutare la malattia e su quello pratico il malato.

Poi nello scritto successivo, vent'anni dopo (1963-1966), Canguilhem, prendendo in esame la moderna tendenza a ridurre la malattia a errore genetico, a vizio originario, che elimina ogni responsabilità e coinvolgimento in prima persona del malato, e vedendo la medicina proiettata in una «caccia ai geni malati, in una inquisizione genetica», arriva a una conclusione che non contrappone la malattia alla salute, ma la incardina nella salute stessa: «L'uomo detto sano *non* è dunque sano. La sua salute è un equilibrio che egli riacquista [...] la minaccia della malattia è una delle componenti costitutive della salute» (CANGUILHEM G. 1998 [1966] : 248). La malattia è quindi nella salute, non è una realtà ad essa qualitativamente estranea. È uno stato che induce l'organismo a una continua ricerca dell'equilibrio [24].

Conclusione che si lega strettamente a quanto scritto nell'*Introduzione* alla nuova riflessione sul normale e il patologico:

> «Oggi dunque, come vent'anni fa, corro il rischio di fondare il significato fondamentale del normale attraverso un'analisi filosofica della *vita, intesa come attività d'opposizione all'inerzia e all'indifferenza. La vita cerca di vincere sulla morte* [...]. *La vita gioca contro l'entropia crescente*» (CANGUILHEM G. 1998 [1966] : 198, *corsivo mio FB*).

È davvero ironico che il celebre epistemologo, fustigatore di Bichat, pervenga a una conclusione che è una semplice parafrasi dell' *incipit* delle *Recherches*. Bichat scrive: «La vita è l'insieme delle funzioni che resistono alla morte [...]» e Canguilhem, centosessant'anni dopo, chiosa: «La vita cerca di vincere sulla morte». *C'est la même chose!*

Ma anche le altre tradizionali letture dell'opera di Bichat non colgono quello che, a mio avviso, è l'aspetto centrale della sua ricerca: il progetto di

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 124 02/11/2010, 16.15

superamento dei due modelli dominanti in medicina. Superamento del meccanicismo e del vitalismo, a favore di una visione sistemica dell'organismo umano in salute e in malattia.

La solida base anatomica su cui Bichat vuol poggiare la sua ricerca scientifica, solo *ex-post* è interpretabile come cadaverizzazione della vita, come primato dell'anatomia patologica sulla fisiologia, come supremazia della clinica sulla medicina e come spersonalizzazione della cura. Solo leggendo Bichat con gli occhiali della biomedicina novecentesca è possibile attribuire alla sua ricerca anatomo-fisiologica quel significato, che invece ha una diversa connotazione e una ben altra finalità.

La combinazione dell'esame diretto del cadavere con l'osservazione clinica e con l'esperimento fisiologico serve a rinnovare dal fondo la teoria medica liquidando non solo il meccanicismo, ma superando anche il vitalismo di Stahl, di Bordeu e di Barthez; non solo, quindi, contro Descartes, ma anche oltre Locke e Condillac.

È l'ambizioso progetto di ricerca dei *médecins philosophes* che puntano a una rifondazione della scienza e della filosofia [25].

Quello che prospettano, sul piano epistemologico, con Cabanis, è un nuovo paradigma fondato sulla critica all'"uomo macchina" (Descartes e La Mettrie) e all'"uomo statua" (Condillac), mentre sul piano medico, con Bichat, costruiscono una visione sistemica dell'organismo umano non basata su principi metafisici, ma provando a descrivere le vie della comunicazione tra sistemi e organi, rendendo evidente l'intreccio fisiologico che rende possibile la vita e il suo mantenimento.

Infine, la critica contemporanea, secondo cui assumere la variabilità come centrale connotazione della vita renderebbe impossibile la costruzione di una scienza, dimostra semplicemente l'arretratezza scientifica degli storici della medicina che portano avanti tale argomento.

La variabilità della vita, da Darwin in poi, è un concetto cardine della biologia e della medicina. Senza variabilità non c'è vita: né individuale né di specie [26]. Ed è nello studio della variabilità individuale, segnata nei sistemi, dentro il genoma e nella sua espressione, che la ricerca biomedica moderna ha collocato le sue frontiere più avanzate [27].

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 125 02/11/2010, 16.15

Note

(*) Questo saggio si basa su un più ampio lavoro dell'Autore, dal titolo *Il vitalismo sistemico di F.X. Bichat e il riduzionismo vitalista di R. Virchow. Una nuova lettura della nascita della fisiopatologia scientifica*, presentato come tesi di laurea in "Teorie e tecniche della conoscenza" presso la Facoltà di filosofia dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", anno accademico 2005/2006.

(1) Anche quando viene dedicato uno spazio maggiore, come in GRMEK M. vol. II, 1996: 323-25 e in AZOUVI F. 2002: 648-649, la sostanza non cambia.

(2) BERNARD C. 1872: 4.

(3) CANGUILHEM, G., *La constitution de la physiologie comme science*, in CANGUILHEM G. 1970: 227-273.

(4) COMTE A. *Le progrès de la conscience dans la philosophie occidentale*, cit. da CANGUILHEM G. 1952 : 78.

(5) La parola francese usata nel testo è *faute*, che vuol dire errore, ma anche colpa.

(6) In una lettera di SCHOPENHAUER del 1852 si legge: «Bichat ha vissuto 30 anni e [...] tutta l'Europa colta [*savante*] onora il suo nome e legge le sue opere», cit. in M. SOLOVINE, *Notice biographique*, in BICHAT F.X. 1955 [1800].

(7) I primi due volumi sono stati pubblicati Bichat vivente. Si ha notizia che, prima della morte improvvisa avvenuta nel 1802, stava lavorando a una nuova edizione delle *Recherches* arricchita di un secondo volume dedicato alle applicazioni della fisiologia alla medicina e che aveva in mente di scrivere un *Trattato sulla bellezza*, come conseguenza delle sue riflessioni sulla «simmetria della vita animale» (cfr. *Avis de l'Editeur* alla XIII edizione del 1805, in BICHAT F.X. 1800). Il *Discours* invece è costituito da appunti che Bichat aveva steso per l'organizzazione del suo insegnamento di Fisiologia. Questi manoscritti furono pubblicati per la prima volta nel 1911 negli *Archives d'anthropologie criminelle*, ora riprodotti in BICHAT F.X. 1994 (*la traduzione dei brani citati, se non altrimenti specificata, è mia FB*).

(8) Hegel, Comte e Schopenhauer, in particolare gli ultimi due, commenteranno positivamente e utilizzeranno i concetti della fisiologia di Bichat (HUNEMAN Ph. 1998: 27).

(9) Del resto, le scienze naturali francesi del XVIII secolo hanno subito l'influenza di Newton, in particolare Buffon e Maupertuis. Su questo vedi i lavori di Giulio Barsanti (BARSANTI G. 1979, 2005).

(10) Un saggio dell'interesse dei medici della *Société médicale d'émulation* (fondata nel 1796 a Parigi da Bichat, Cabanis, Corvisat, Pinel, Barthez e Alibert, che divenne il segretario) verso la chimica viene da Cabanis per il quale «i nuovi chimici hanno dato un potente impulso e una sicura direzione alle scienze naturali»; quella di Lavoisier e colleghi, secondo Cabanis, è «una rivoluzione forse la più importante mai realizzata nelle scienze naturali» (cit. in MORAVIA S. 2000: 225).

(11) Ancora una volta, la lettura di Canguilhem prescinde dal testo, quando addebita a Bichat di avere una "concezione dualistica" del rapporto vita-morte. «Il dualismo di Bichat è un dualismo di forze in lotta, agonistico e, dal punto di vista della vita, anche manicheo. [Invece] la dualità vita-morte, secondo Bernard, non esclude l'unione e l'incatenamento. Le metafore di Bichat sono improntate all'arte della guerra. Quelle di Bernard al diritto costituzionale» (CANGUILHEM G. 1970: 158).

(12) Pichot avanza un'altra interpretazione. Fermo restando che anche per Bichat l'organizzazione è ciò che distingue il vitale dall'inerte, secondo Pichot, «non è però l'organizzazione che fa la vita, ma in Bichat è la vita che fa l'organizzazione» (PICHOT A. 1994: 27). Qui starebbe la differenza tra il materialismo di Lamarck e il vitalismo di Bichat. In realtà, Bichat afferma, come abbiamo visto sopra, che «la vita appartiene all'arrangiamento organico» e che, quando questo sparisce, con esso sparisce la vita.

(13) Vedi soprattutto *Quod animi mores* in GALENO 1978.

(14) Del resto, ci troviamo di fronte a uno scienziato di formazione medica e non a un medico pratico, anche se la sua attività ospedaliera, a *l'Hotel-Dieu* a Parigi, sicuramente gli ha fornito

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 126 02/11/2010, 16.15

un'esperienza clinica che, per esempio, Claude Bernard non aveva, del quale gli storici dicono non avesse mai curato una persona (*vedi* GRMEK M. vol. III, 1998: 235).

(15) Questo tipo di sperimentazione neurofisiologica in vivo con l'obiettivo di comprendere fenomeni di tipo sistemico mediati dal sistema nervoso sarà poi ripresa e sviluppata con conseguenze teoriche e scientifiche importanti da I. Pavlov nei primi anni del Novecento (PAVLOV I. 1994 [1935]) e da A.D. SPERANSKIJ a partire dagli anni '20 dello stesso secolo (SPERANSKIJ A.D. 1956 [1935]).

(16) Del resto, il giudizio di Bernard su Bichat non lascia dubbi e dà ulteriore sostegno alla lettura dell'opera di Bichat qui presentata: «Xavier Bichat, per un'illuminazione del genio, comprese che la ragione dei fenomeni vitali doveva essere cercata non in un principio immateriale di ordine superiore, ma, al contrario, nelle proprietà della materia nel seno della quale questi fenomeni si esplicano. Il pensiero di Bichat, fatti salvi gli errori quasi inevitabili alla sua epoca, è quello di un genio sul quale si è fondata la fisiologia moderna. Egli non si è sbagliato sul metodo fisiologico. È suo merito averlo fondato collocando le cause immediate dei fenomeni della vita nelle proprietà dei tessuti e degli organi. Le idee di Bichat produssero in fisiologia e in medicina una rivoluzione profonda e universale» (*cit*. in M. SOLOVINE, *Notice biographique*, in BICHAT F.X. 1955 [1800]: X).

Ma, come ho notato sopra (*vedi nota* 12, p. 17), Canguilhem separa Bernard da Bichat e schiaccia quest'ultimo su Comte, attribuendo a Bichat «il dualismo irriducibile tra mondo organico e mondo inorganico, tra la vita e la morte» che ha caratterizzato il pensiero del filosofo francese, il quale, per filiazione diretta da Barthez e da Bichat «è stato, nel XIX secolo, in filosofia biologica, se non in biologia, il più illustre rappresentante della Scuola di Montpellier» (CANGUILHEM G. 1970: 74-80). In realtà, come mostrano i testi sopra citati, non v'è traccia di dualismo nel pensiero di Bichat, bensì l'applicazione di un modello epistemologico che cerca le tracce del cambiamento e della trasformazione ciclica e vicendevole dell'organico e dell'inorganico, della vita e della morte.

(17) Anche qui non sfuggirà la consonanza tra Bichat e Lamarck sul concetto di *organizzazione* come livello necessario per la vita e suo tratto distintivo rispetto al non vivente (BARSANTI G. 1979, 2005).

(18) Grande chirurgo, fondatore della Scuola di chirurgia clinica a l'*Hôtel-Dieu*, maestro e mentore di Bichat.

(19) Anche se alcuni studi recenti tendono a retrodatare la scoperta della centralità del tessuto alla scuola britannica del chirurgo John Hunter (KEEL O. 2001).

(20) Il passo è molto più esteso: alla luce e ai rumori aggiunge il ruolo negativo dei sapori che non esistono in natura e altri aspetti della vita cittadina come fonte di logoramento della vita (BICHAT F.X. 1800: 158).

(21) Così, per esempio, nella edizione a cura di André PICHOT, *Bichat. Recherches physiologique sur la vie et sur la mort et autres textes*, Flammarion, Paris, 1994, viene pubblicata solo la prima parte.

(22) Bichat per un periodo (inverno dell'anno settimo) aveva avuto l'autorizzazione, come lui stesso racconta, ad esaminare il cadavere dei condannati a morte pochi minuti dopo l'esecuzione della pena capitale, che, come è noto, normalmente avveniva tramite ghigliottina (BICHAT 1800, p. 339).

(23) I bersagli de *Il normale e il patologico*, per dichiarazione dell'Autore, sono Comte e Bernard. «Si è scelto di incentrare l'esposizione sui nomi di Comte e Bernard perché questi autori hanno svolto un ruolo, per metà volontario, di portabandiera [del dogma della continuità tra il normale e il patologico]» (CANGUILHEM G. 1998: 21-22). Del resto, come abbiamo già notato, per Canguilhem, il positivista Comte, in realtà, sarebbe «il rappresentante della Scuola di Montpellier nel XIX secolo». Positivismo e vitalismo, nell'analisi di Canguilhem, sono strettamente intrecciati; anzi, i principali errori del positivismo di Comte vengono dal vitalismo di Bichat e Bernard.

(24) È significativo al riguardo che nella Prefazione alla seconda edizione Canguilhem senta la necessità di «dare spazio ai lavori di Selye» (CANGUILHEM G. 1998: 6). Se lo avesse fatto, avrebbe notevolmente sviluppato il concetto di malattia come disadattamento o disequilibrio.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 127 02/11/2010, 16.15

(25) Cfr. Cabanis P.J.G. 1973 [1804]; Moravia S. 1973, 2000.

(26) Mayr E. 2005, Buiatti M. 2004, Gagliasso E. 2001.

(27) Wong A.H.C. - Gottesman I.I. - Petronis A. 2005. Si veda anche: Jablonka E. - Lamb M.J. 2005; Ridley M. 2005; Van Speybroeck L. cur. 2002.

Riferimenti bibliografici

Azouvi François (2002), *Nascita e sviluppo del vitalismo*, pp. 640-650, in Istituto dell'Enciclopedia Italiana, *Storia della scienza*, vol. VI, Marchesi Grafiche Editoriali, Roma.

Barsanti Giulio (1979), *Dalla storia naturale alla storia della natura*, Feltrinelli, Milano.

Barsanti Giulio (2005), *Una lunga pazienza cieca. Storia dell'evoluzionismo*, Einaudi, Torino.

Bernard Claude (1872), *De la physiologie générale*, Hachette, Paris.

Bichat François Xavier (1800), *Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort*, reproduction facsimilé de l'édition de 1800, Gauthier-Villars Editeur, Paris, 1955.

Bichat François Xavier (1801), *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*, Brosson, Paris.

Bichat François Xavier (1994), *Discours sur l'étude de la physiologi*', in Bichat François Xavier, *Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort (première partie) et autres textes*, a cura di Pichot A., Flammarion, Paris.

Bottaccioli Francesco (2005), *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Red, Milano.

Buiatti Marcello (2004), *Il benevolo disordine della vita*, UTET, Torino.

Cabanis Pierre-Jean-Georges (1804), *Coup d'oeil sur les révolutions et la réforme de la médecine*, Crapelet, Paris.

Cabanis Pierre-Jean-Georges (1973 [1804]), *Rapporti tra il fisico e il morale*, trad. it. parziale a cura di Moravia Sergio, Laterza, Roma-Bari, 1973 (ediz. orig.: *Rapports du physique e du moral de l'homme*, Paris. 1804).

Canguilhem Georges (1952), *La connaissance de la vie*, Hachette, Paris.

Canguilhem Georges (1970), *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, II ediz., Vrin, Paris.

Canguilhem Georges (1998 [1966]), *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino (ediz. orig.: *Le normal et le pathologique, augmenté de Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966).

Corbellini Gilberto (2004), *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma.

Cosmacini Giorgio (2005a [1997]), *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, III ediz., Laterza, Roma-Bari.

Duris Pascal - Gohau Gabriel (1999 [1997]), *Storia della biologia*, Einaudi, Torino, 1999 (ediz. orig: *Histoire des sciences de la vie*, Nathan, Paris, 1997.

Foucault Michel (1969 [1963]), *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969 (ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963.

Gagliasso Elena (2001), *Verso un'epistemologia del mondo vivente*, Guerini, Milano.

Galeno Claudio (1978), *Opere scelte*, a cura di Garofano Ivan e Vegetti Mario, UTET, Torino.

Grmek Mirko (curatore) (1993), *Storia del pensiero medico occidentale. 1 Antichità e medioevo*, Laterza, Roma-Bari.

Grmek Mirko (curatore) (1996), *Storia del pensiero medico occidentale. 2. Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari.

Grmek Mirko (curatore) (1998), *Storia del pensiero medico occidentale. 3. Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 128 02/11/2010, 16.15

HUNEMAN Philippe (1998), *Bichat, la vie et la mort*, Presses Universitaires de France, Paris.

JABLONKA Eva - LAMB Marion J. (2005), *Evolution in four dimensions. Genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life,* MIT Press, Cambridge.

KEEL Othmar (2001), *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe: 1750-1815*, Georg Éditeur - Les Presses de l'Université de Montréal, Genève - Montréal.

MAYR Ernst (2005), *L'unicità della biologia. Sull'autonomia di una disciplina scientifica*, Raffaello Cortina, Milano, 2005, XXII + 246 pp.

MORAVIA Sergio (1973), *Introduzione* a CABANIS Pierre Jean Georges, *Rapporti tra il fisico e il morale dell'uomo*, Laterza, Roma-Bari.

MORAVIA Sergio (2000 [1982]), *Filosofia e scienza nell'età dei lumi*, Sansoni, Milano.

PAVLOV Ivàn (1994 [1935]), *I riflessi condizionati*. Bollati Boringhieri, Milano, 1994, XVII + 310 pp.

PICHOT André (1994), *Présentation*, pp. 7-49, in BICHAT François Xavier, *Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort (première partie) et autres textes*, a cura di PICHOT A., Flammarion, Paris.

PORTER Roy (1996), *Cambridge illustrated history medicine*, Cambridge University Press, Cambridge.

PORTER Roy (2004 [2003]), *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, Carocci, Roma, 2004 (ediz. orig.: *Blood and guts. A short history of medicine*, W. W. Norton, Oxford, 2003).

RIDLEY Matt (2005), *Il gene agile. La nuova alleanza tra eredità e ambiente*, Adephi, Milano, 2005, 483 pp.

SPERANSKIJ Aleksej Dmitrieviè (1956 [1935]), *Fondamenti per una teoria della medicina*, Einaudi, Torino, 1956 (ediz. orig.: *Elementy postroenija teorii mediciny*, VIEM, Moskvá, 1935).

VAN SPEYBROECK Linda (curatore) (2002), *From epigenesis to epigenetics*, "Annals of The New York Academy of Sciences" (New York), vol. 981.

WONG Albert H.C. - GOTTESMAN Irving I. - PETRONIS Arturas (2005), *Phenotypic differences in genetically identical organisms: the epigenetic perspective*, "Human Molecular Genetics", vol. 14, April (Review Issue 1), pp. R11-R18.

ZANOBIO Bruno - ARMOCIDA Giuseppe (1997), *Storia della medicina*, Masson, Milano.

Scheda sull'Autore

Francesco Bottaccioli, fondatore e primo presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI), associazione scientifica che raggruppa studiosi di varia estrazione, biomedica, psicologica, filosofica, fisica, con sede a Roma.

Dirige la SIMAISS, Scuola di medicina integrata per medici e psicologi. Insegna PNEI in corsi di formazione post-laurea, universitari e del servizio sanitario nazionale.

Svolge un'intensa attività divulgativa collaborando stabilmente a varie riviste, tra cui l'inserto "Salute" del quotidiano "La Repubblica". Ha pubblicato numerosi libri, tra cui ricordiamo *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Milano. 1995 e 2005 (tradotto in lingua francese); *Mente inquieta. Stress, ansia e depressione*, Milano, 2000 (tradotto in lingua greca); *Allenare le difese*, Milano, 2001 (è in corso una traduzione in lingua francese); *Il sistema immunitario: la bilancia della vita*, Milano, 2002; (con A. Carosella) *Meditazione, psiche e cervello*, Milano, 2003; (con A. Carosella) *Meditazione, passioni e salute*, Milano, 2006.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 129 02/11/2010, 16.15

Riassunto

Il "vitalismo" di F.X. Bichat. Una nuova lettura

La tradizionale lettura della nascita della fisiopatologia scientifica presenta una genealogia molto lineare, che va dai lavori di Giovan Battista Morgagni, a metà Settecento, a quelli di François Xavier Bichat alla fine dello stesso secolo, fino a quelli di Rudolf Virchow a metà dell'Ottocento. In un centinaio d'anni, si passa così dallo studio dell'organo a quello del tessuto e infine a quello della cellula, in un movimento di approfondimento dello sguardo verso il sempre più piccolo che gli storici fanno coincidere con l'avanzamento della conoscenza scientifica. Contrariamente alla tesi manualistica che presenta Bichat quale fondatore dell'istologia, il presente lavoro documenta che il suo programma scientifico era centrato sulla costruzione di una medicina che contempli la localizzazione della malattia in un quadro fisiologico di tipo sistemico. Contrariamente alla tesi epistemologica che pone Bichat nel limbo della transizione tra non scienza e scienza, questo lavoro documenta la forte connotazione scientifica del programma di ricerca dello studioso francese. In realtà, identificare Bichat con il vitalismo, come è proposto dalla classica lettura di Georges Canguilhem, è possibile solo se si prescinde da un riscontro puntuale delle sue opere. Dai testi pubblicati, fino agli appunti preparatori delle sua lezioni di fisiologia, di cui diamo conto, emerge un programma scientifico di grande rigore, che, conscio dei limiti conoscitivi e strumentali del suo tempo, lavora a un superamento della tradizione medica sia meccanicista sia vitalista, nell'ambito di un rinnovamento culturale profondo che deve necessariamente coinvolgere anche la filosofia, di cui sono protagonisti i *médecins philosophes*, organizzati nella *Société médicale d'émulation,* fondata da J.L.G. Cabanis e dallo stesso Bichat.

Parole chiave: Bichat, Canguilhem, Foucault, medicina sistemica, vitalismo.

Résumé

Le "vitalisme" de François Xavier Bichat. Une nouvelle lecture

La lecture traditionnelle de la naissance de la physiopathologie scientifique présente une généalogie très linéaire, qui va des travaux de Giovan Battista Morgagni au milieu du XVIII[e] siècle, à ceux de François Xavier Bichat à la fin de ce même siècle, jusqu'aux travaux de Rudolf Vrichow au milieu du XIX[e] siècle. En environ un siècle, nous sommes ainsi passés de l'étude de l'organe à celle du tissu et enfin à celle de la cellule, en suivant une démarche d'approfondissement du regard vers le toujours plus petit, que les historiens font coïncider avec le progrès de la connaissance scientifique. A l'inverse de la thèse livresque que présente Bichat comme fondateur de l'histologie, ce travail

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 130 02/11/2010, 16.15

témoigne que son programme scientifique était centré sur la construction d'une médecine qui prend en considération la localisation de la maladie dans un cadre physiologique de type systémique. A l'inverse de la thèse épistémologique, qui place Bichat dans le limbe de la transition entre non science et science, ce travail témoigne l'importante connotation scientifique du programme de recherche du chercheur français. En réalité, identifier Bichat avec le vitalisme, comme proposé par la lecture classique de Georges Canguilhem, n'est possible que si on fait abstraction d'une confrontation ponctuelle de ses œuvres. D'après les textes publiés, jusqu'aux notes préparatoires pour ses cours sur la physiologie, dont il faut tenir compte, il émerge un programme scientifique très rigoureux, qui, conscient des limites des connaissances et des outils de son époque, travaille au dépassement de la tradition médicale soit mécaniciste soit vitaliste, dans le cadre d'une rénovation culturelle profonde qui doit nécessairement impliquer aussi la philosophie, dont les *médecins philosophes* en sont protagonistes, organisés dans la *Société médicale d'émulation*, fondée par J.L.G. Cabanis et par ce même Bichat.

Mots clés: Bichat, Canguilhem, Foucault, médicine systémique, vitalisme.

Resumen

El "vitalismo" de François Xavier Bichat. Una lectura nueva

La tradicional lectura del nacimiento de la fisiopatología científica presenta una genealogía muy lineal, que va desde los trabajos de Giovan Battista Morgagni, a mitad del siglo XVIII, a los de François Xavier Bichat a finales del mismo siglo, hasta los de Rudolf Virchow a mediados del siglo XIX. De este modo, en cien años se pasa del estudio del órgano al del tejido y por último al de la célula, en un movimiento de profundización creciente hacia lo más pequeño que los históricos consideran paralelo al progreso del conocimiento científico. Contrario a la tesis manualista que presenta Bichat como fundador de la histología, el presente trabajo documenta que el proyecto científico de éste se focalizaba en la construcción de una medicina que contemplaba la localización de la enfermedad en un marco fisiológico de naturaleza sistémica. Contrario a la tesis epistemológica que ubica a Bichat en el limbo de la transición entre ciencia y no ciencia, este trabajo documenta la profunda connotación científica del proyecto de investigación del estudioso francés. En realidad, identificar a Bichat con el vitalismo, como lo propone la clásica lectura de Georges Canguilhem, es posible sólo si se prescinde de una comparación precisa de sus obras. De los textos publicados, hasta los apuntes preparatorios de sus lecciones de fisiología, de los que rendimos cuenta, emege un proyecto de gran rigor científico que, conciente de los límites cognoscitivos e instrumentales de su tiempo, trabaja para lograr superar tanto la tradición médica

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 131 02/11/2010, 16.15

mecanicista como la vitalista, en el ámbito de una profunda renovación cultural que debe necesariamente incluir también a la filosofía, de la que son protagonistas los *médecins philosophes,* organizados en la *Société médicale d'émulation,* fundata por J.L.G. Cabanis y por el mismo Bichat.

Palabras claves: Bichat, Canguilhem, Foucault, medicina sistémica, vitalismo.

Abstract

The "vitalism" of François Xavier Bichat. A new reading

The traditional reading of the birth of scientific physiopathology has a very linear genealogy, which goes from the works of Giovan Battista Morgagni, in mid-eighteenth century, at those of Francois Xavier Bichat in the end of that century to those of Rudolf Virchow in the mid nineteenth. In a hundred years, thus it moves from the organ's study to the tissue and finally to that of the cell, a movement to a closer examination toward the smaller that historians do coincide with the advancement of scientific knowledge. Contrary to the manuals that present Bichat as the founder of histology, this work documents that its scientific program was focused on building a medicine that covers the location of the disease within a systemic physiological framework. Contrary to epistemological thesis that puts Bichat in limbo of the transition between non-science and science, this paper documents the strong scientific connotation of the research program of the French scholar. In fact, identify Bichat with vitalism, as proposed by the classical reading of Georges Canguilhem, is possible only if we ignore the feedback of his works. From the published texts, to the preparatory notes for his lectures on physiology, which we account, emerges a scientific and rigorous program that is conscious of the limits to knowledge and equipment of his time, and works on an overcoming of the medical tradition both mechanistic and vitalist, as part of a cultural renewal which must also involve philosophy, of which the protagonists are the *médecins philosophes*, organized in the *Société médicale d'émulation*, founded by J.L.G. Cabanis and Bichat himself.

Keywords: Bichat, Canguilhem, Foucault, systemic medicine, vitalism.

05-(Ricerche) Bottaccioli.pmd 132 02/11/2010, 16.15

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 133-152

Costruire continuità.

Agentività, presenza e vita secolare nella Carelia settentrionale (Finlandia)

Marja-Liisa Honkasalo

professore di Antropologia medica, Division of health and society, University of Linköping (Finlandia)
[marja-lisa.honkasalo@liu.se]

1. Introduzione

In una ricerca che sto conducendo in Finlandia, nella Carelia settentrionale[(1)] (HONKASALO M.L. 2003, HONKASALO M.L. - HINKKANEN R. 2001) – un'area caratterizzata da una presenza endemica di malattie cardiache – è emerso un dato fondamentale: l'*incertezza*, della vita e dei modi di viverla. Si tratta di una questione centrale che risulta alla base della esperienza quotidiana della malattia. Come punto di partenza di questo scritto scelgo uno specifico dettaglio etnografico, che può dare conto di una versione *emica* dell'incertezza. Discutendo di malattie cardiache, alcuni miei informatori usavano dirmi che *non l'avevano ancora ricevuta* (*en ole saanut sitä vielä*). In finlandese il verbo "*saada*" significa letteralmente ricevere/ottenere, e quindi la frase assumeva un significato piuttosto forte. Ricevere, ottenere un infarto? Era qualcosa di cui spesso ridevamo insieme: come sarebbe stato *ricevere* un infarto? Ma l'uso dell'avverbio *ancora*, era un elemento che mi spingeva a riflettere ulteriormente su questo punto. Forse vedevano le malattie come parte integrante, piccola o grande, della vita, uno dei suoi elementi costituivi? Oppure ritenevano che infermità e malattie fossero da qualche parte ad attenderli? Come in agguato, lungo il sentiero della vita, per fare di ogni passante una vittima.

Nella contingenza della vita quotidiana, anche le capacità di controllo degli informatori e i sistemi sociali di sicurezza erano in qualche misura condizionati da morbilità e mortalità endemiche. La società offriva molte occasioni di insicurezza. Eppure c'era un modello di certezza che rimaneva alquanto immutato negli anni, almeno fin dove può arrivare la memoria. Essi sapevano che in una certa fase della vita la gente si ammala, "riceve"

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 133 02/11/2010, 16.15

una malattia di cuore e, dopo qualche tempo, ne muore. Gli informatori conoscevano bene la progressione delle cardiopatie. Avevano visto molti ammalarsi e morire. Pertanto queste malattie erano accettate come parte della società. Tale conoscenza contribuiva alla instaurazione di una particolare fiducia nella *certezza* biologica dei loro stessi corpi. La gente, cioè, sapeva che quel modo di morire poteva essere anche il loro, di questa possibilità si era sicuri, come dello scorrere del sangue nelle vene. Nel mezzo della contingenza della vita, questo sapere consentiva loro di guardare alla fine, alla maniera in cui sarebbero morti. In questo modo si andava creando un modello di buona morte, culturalmente condiviso, una morte legittimata nell'universo simbolico della loro cultura (BERGER P. - LUCKMANN T. 1966).

Nella vita moderna hanno assunto grande importanza alcuni enormi cambiamenti socioculturali: l'impatto di una velocissima globalizzazione e, localmente, il problema dell'incertezza inteso come aspetto dell'esperienza sociale connessa alla crisi del *welfare state.* La malattia è uno spazio in cui la fragilità e l'imprevedibilità della vita sono di grande importanza sia in senso ontologico, esperienziale e intersoggettivo, sia in senso sociale e politico. Spesso tale esperienza è stata concettualizzata come sofferenza, nei termini propri dell'antropologia medica.

In questo articolo, focalizzo l'attenzione sulle modalità attraverso cui la gente cerca di scoprire radici e continuità nella contingenza della vita, e sulle forme di attribuzione di un senso alla malattia e alla morte, nel contesto di una periferia finlandese estremamente rarefatta dal punto di vista socioculturale: la Carelia settentrionale[2]. Rifacendomi alla teoria demartiniana della *crisi della presenza* (DE MARTINO E. 1958, 1959), mi concentrerò in particolare sull'agentività [*agency*] delle donne, sui loro tentativi, a livello micro, di *aggrapparsi a un mondo* che sembra cadere in frantumi. Questo appiglio sembra determinarsi attraverso aggiustamenti del concetto di tempo e spazio, effettuati sia agendo nella vita quotidiana sia memorizzando il passato condiviso. Nei suoi lavori de Martino si è riferito al contesto rituale della vita religiosa popolare, in questo scritto, rivisitando la sua teoria, proverò invece a interpretare alcuni problemi della vita secolare.

2. Sofferenza, contingenza e "crisi della presenza"

> «Ciò che è avvenuto è la perdita, e il fatto di perdere ancora... nessuno può davvero sopportarlo. L'anno scorso hanno portato via il nostro ufficio po-

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 134 02/11/2010, 16.15

> stale e adesso dicono che non effettueranno più la rimozione della neve in quest'area. Abbiamo circa 80 cm di neve ogni inverno, come si può vivere qui [se i servizi pubblici saranno abbandonati?...]. Muoiono in molti, qui, ogni anno. Ora sono rimaste circa cinque case, delle decine un tempo abitate. Muoiono di infarto, soprattutto uomini. Com'è possibile? Lo scorso Natale un uomo del vicinato morì all'improvviso di emorragia cerebrale. Da dove vengono queste malattie? Cosa sono? Non sarà che qui la vita è troppo stretta (*ahasta*), perché si è costretti a vivere da soli? Non c'è altra via d'uscita che pregare. E chiedere al Signore: dobbiamo continuare in queste sofferenze o ci darai un po' di conforto?»

Cos'era questo "*ahas*" (stretto/angusto), che significava? Nella lingua finnica il termine ha un doppio significato. Oltre a "stretto/angusto/costipato", in forma verbale esso ha la connotazione di ansia, "*ahistaa*", l'essere in preda all'ansia. Ho cercato di capire il significato di "*ahas*" in relazione al termine opposto: pieno/ricco/voluminoso, qualcosa di animato, pieno di vita. "In verità un tempo la vita era piena", usavano dire le donne. Ma ciò accadeva nel passato, quando tutti gli abitanti del villaggio lavoravano insieme: "quando facevamo le cose insieme", quando il villaggio era ancora unito e vivente. Nella "piena vita" di ciascuno fiorivano la vivacità e l'animazione dell'essere-nel-mondo. Ma, si diceva, questa pienezza esisteva nel passato, era accaduto molto tempo fa. L'opposto di questo "pieno" sarebbe poi stato il vuoto, la deficienza, la mancanza. Questo era il modo delle donne di definire la loro vita, quando la vita è "*ahasta*".

Ma quella vita piena di un tempo non poteva forse essere ugualmente angusta, "*ahas*", nel senso di essere "costipata", "affollata", come quando ci sono tante persone intorno, troppi bambini, parenti, troppo lavoro e tante preoccupazioni? Era proprio così, rispondevano le donne, ma l' "*ahas*" che ora le rende ansiose è diverso. In qualche modo lo spazio vitale si è rimpicciolito, i confini della vita sono troppo ravvicinati e tutto appare più limitato e stretto. È precisamente questo genere di "*ahas*" che le rende ansiose. Ora che metà della popolazione è andata via, l'area è sempre più vuota, la vita più fragile e le possibilità di andare avanti nel proprio mondo sono sempre più scarse.

2.1. Sofferenza, passione e agentività

La nozione emica di "*ahas*" può essere aperta teoricamente attraverso il concetto di sofferenza. Nel dibattito attuale in antropologia medica, la sofferenza è definita dai limiti della capacità di dare significato, come una situazione di tolleranza dell'intollerabile (KLEINMAN A. 1992). È il lato oscuro

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 135 02/11/2010, 16.15

dell'esperienza di vita ai margini della significanza, è il «risultato dei processi di resistenza [...] al flusso vissuto dell'esperienza» (KLEINMAN A. 1992: 174). Nella letteratura antropologica anglosassone, il concetto di sofferenza ha due significati. La sofferenza è: (*a*) il contenuto fenomenologico di una situazione insopportabile nei mondi morali locali; (*b*) una categoria culturale che riconduce in un unico spazio un insieme di problemi umani che hanno origine e conseguenze in circostanze sociali devastanti (KLEINMAN A. - DAS V. - LOCK M. 1996: 1). Al cuore della sofferenza vi è l'incertezza della vita. L'incertezza è vista come un contenuto di sofferenza più o meno ontologico (KLEINMAN A. 1995: 125-126). Kleinman ritiene che le persone incontrino l'incertezza come «un lato oscuro dell'esperienza», in situazioni angoscianti di afflizione, nelle quali vivono al limite delle loro capacità sociali di azione e di difesa.

Le prospettive aperte dalla nozione di sofferenza tendono a illuminare la questione dei confini e dei legami tra il mondo e il sé. Nel tentativo di sfuggire alla minaccia dell'imprevisto, gli esseri umani creano legami con il mondo e fra loro, nelle relazioni intersoggettive o attraverso "il lavoro della cultura" (OBEYESEKERE G. 1990). Nascono strutture sociali, come le istituzioni, o anche reti e connessioni create dagli esseri umani nelle loro interazioni quotidiane. Quello che Kleinman intende per sofferenza riecheggia il pensiero fenomenologico del rapporto fra il soggetto corporeo e il mondo, retto da una trama di intenzioni. Siamo legati al mondo, stretti ad esso in un intreccio di fili, e così il mondo è unito a noi (MERLEAU-PONTY M. 1962: XIII). In questo articolo, concentro l'attenzione proprio su tali legami e sulle trame create dagli esseri umani.

Nelle interpretazioni anglosassoni della sofferenza una questione centrale riguarda le *passioni* e la loro *sopportabilità*. Cercherò di andare oltre questo punto nella teorizzazione della sofferenza per mostrare come intrecci, reti e legami siano soggettivamente modellati e ricostruiti nelle situazioni sociali. Come *agiscono* le persone per creare i legami? In questo preciso punto emerge la questione dell'agentività, che occorre prendere in seria considerazione in rapporto alla sofferenza. Le persone agiscono con l'obiettivo di costruire legami, appigli e prese sul mondo e, nelle situazioni di minacciosa incertezza, fanno sforzi intersoggettivi per andare avanti.

Il contributo teorico di Ernesto de Martino per quanto riguarda la teoria della *crisi della presenza* [3] e dell'agentività umana è cruciale. Secondo de Martino, alcune circostanze naturali e strutturali possono rendere la vita molto precaria e minacciosa, e in questo genere di situazioni l'individuo può venirsi a trovare esposto al rischio di perdere *la presenza*, cioè di smar-

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 136 02/11/2010, 16.15

rire la capacità di essere un agente attivo nel mondo e nella storia. Con l'espressione *crisi della presenza* egli intende una situazione caratterizzata da una minacciosa perdita della agentività storica [4], un rischio di non essere più nel mondo, di non esserci [5]. Interpreto de Martino e il suo pensiero sull'agentività nei termini di *avere una presa sul mondo.* La presa non è già data, ma è incessantemente *fatta* e *ri-fatta* dalle relazioni intersoggettive che caratterizzano il mondo umano. Per de Martino, in un mondo in cui la presenza non è decisa né garantita una volta per tutte, si è sempre impegnati nel processo di costruzione e mantenimento di sé, e il mondo stesso è coinvolto nel dramma.

De Martino è particolarmente interessato allo studio dei rituali magico-terapeutici. Anziché scivolare nella mera passività, la magia costituisce un veicolo per l'agentività, poiché consente di intervenire traducendo la passività in attività, introducendo, così, il potere modellante della cultura (DE MARTINO E. 1958). È su questo punto che voglio sottolineare l'importanza di de Martino per la ricerca etnografica nella moderna società secolare, e in particolare per lo studio della sofferenza umana. Secondo de Martino l'azione nel mondo umano è il cuore stesso dell'esistenza umana, il suo "essere-agito-da" (DE MARTINO E. 1958: 98). Lo lascio parlare direttamente:

> «Esserci nel mondo, cioè mantenersi come presenza individuale nella società e nella storia, significa agire come potenza di decisione e di scelta secondo valori, operando e rioperando sempre di nuovo il mai definitivo distacco dalla immediatezza della mera vitalità naturale e innalzandosi alla vita culturale: lo smarrirsi di questa potenza, il venir meno alla stessa interiore possibilità di esercitarla, costituisce un rischio radicale che rispetto alla presenza impegnata a resistere senza successo all'attentato si configura come esperienza di essere-agito-da, dove l'essere-agito coinvolge la totalità della personalità e delle potenze operative che la fondano e la mantengono» (DE MARTINO E. 1959: 98).

Avendo condotto studi etnografici nell'Italia meridionale del dopoguerra, e in quanto storico delle religioni, de Martino si era interessato alla religione e alla magia popolare intese come tecniche culturali [6], una serie di *mezzi* attraverso i quali le persone cercano di andare avanti nel loro fragile mondo, che rischia di cadere a pezzi a causa delle avversità della subalternità: povertà, angoscia, perdite incessanti e il potere di tutto il negativo. Formatosi all'approccio gramsciano alla cultura, i principali interessi di de Martino hanno riguardato i modi "molecolari" delle persone di mantenere una presa sul mondo, per esempio attraverso la varie pratiche minimali quotidiane che essi avevano inventato quando la situazione era loro sembrata senza speranza. Alcune di queste pratiche erano presen-

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 137 02/11/2010, 16.15

ti nella terapia o nei rituali del lutto osservati nelle aree rurali; altre erano presenti nella magia. La nozione di rituale – e di magia – include il compito di ricostituire e consolidare la presenza frammentata. Come serie di *atti culturali*, la magia interviene e reintroduce il potere modellante della cultura. Secondo de Martino, la cultura è praticare, fare e agire, attribuire una forma e un significato al flusso vitale, creare valore da ciò che passa oltre, nonostante noi o contro di noi; altrimenti «invece di far passare ciò che passa noi rischiamo di passare con ciò che passa» (DE MARTINO E. 1958: 20-21).

2.2. Crisi e agentività nella cultura secolare moderna

L'applicazione del pensiero demartiniano a uno studio della cultura contemporanea in Finlandia settentrionale apre importanti prospettive concettuali sulle esperienze della vita ai suoi margini, o in condizioni sociali dove la presa individuale sui propri mondi è a rischio di perdita. Quando ho pensato alla *crisi della presenza* e ai modi umani di garantirsi un appiglio sul proprio mondo di vita quotidiana, ho sentito il bisogno di un'apertura concettuale nei termini dell'intersoggettività e dell'agentività.

Terreno principale della mia etnografia è stata l'"agentività minimale" delle donne. Con questa espressione intendo un genere di agentività quotidiana che appare "minimale" allo sguardo etnografico, ma che è animata dalla potente intenzione di afferrare il mondo in un luogo e di assicurarsi l'appiglio ad esso. L'agentività ripetitiva e pratica delle donne appariva minimale solo in rapporto alla incommensurabile grandezza dei suoi obiettivi che, ritengo, fossero quelli di mantenere la propria presa sul mondo e quella dell'intera famiglia. Un obiettivo che ricorda gli scopi della pratica rituale che situa l'individuo in un luogo immaginario ed espande il tempo storico.

L'agentività femminile era caratterizzata dalla ripetizione, dall'agire pratico quotidiano, senza un obiettivo visibile di cambiamento, ma piuttosto votata a mantenere le condizioni di vita per andare avanti. Questo tipo di agentività era messa in opera nella vita quotidiana, nelle ripetitive attività femminili: cucinare, pulire, cuocere al forno, lavorare a maglia, essere impegnate in qualcosa per tutto il tempo. Ho provato a definire questa agentività "minimale" perché appariva tale non solo alla percezione etnografica, ma anche in rapporto ai fini simbolici dell'attività. Come può questo genere di agentività essere qualificata come tale? Sulla teoria sociale grava tuttora un pesante fardello weberiano che implica un'idea di agentività fondata sulla nozione di scelta razionale. La questione

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 138 02/11/2010, 16.15

dell'agentività è stata affrontata soprattutto come un agire razionale mirante a un *cambiamento* della situazione sociale. Nella mia ricerca le madri nordcareliane avevano da sempre preso parte a molte attività sociali dell'area: avevano costruito la società civile finnica insieme agli uomini ed erano state impegnate nella produzione, cospicua e magistrale, di splendidi oggetti d'artigianato. Ora le donne – che, anziane, in età da nonne, costituivano la gran parte delle mie informatrici – guardavano all'attività politica come a qualcosa che aveva perso ogni importanza nella loro vita: «*muttei ollu ennee niihe aika*». Nella ricerca sulle azioni e le routines quotidiane, alcuni autori hanno assunto la prospettiva concettuale della *resistenza*, altri hanno definito la corrispettiva agentività in termini di "cultura di contestazione" (LOMBARDI SATRIANI L.M. 1974, SCOTT J. 1985). Tali teorie sono risultate inappropriate nella mia prospettiva. È stato difficile per me riscontrare nell'agentività contenuti o temi rivolti contro l'autorità costituita o altri sistemi di potere. La mia etnografia non mi consente di aprire il concetto di agentività femminile in direzione di una teoria della scelta razionale, e nemmeno di orientarmi verso il concetto dicotomicamente opposto a questo, cioè l'agentività *abituale*, con il suo noioso compito di conservare la situazione presente (ALEXANDER J. 1982). Preferisco insistere piuttosto sul fatto che c'è qualcosa che va oltre la conservazione del presente, e che bisogna evidenziare. In ogni caso anche l'obiettivo del mantenimento della situazione presente potrebbe essere meglio compreso se inquadrato in una prospettiva diversa da quella della conservazione. Per esempio, la sociologa finlandese Eeva Jokinen ha studiato le scritture delle madri che tengono diari nei termini di un'agentività di costruzione del senso, un'agentività "significativa" (JOKINEN E. 1982). Scrivendo i diari in casa mentre accudivano i figli piccoli, le madri agivano continuamente per ordinare il proprio mondo e al tempo stesso continuare ad esserci.

In questo articolo, dunque, sono interessata sia all'agire pratico sia a quello votato alla produzione del senso. La mia domanda è: quale tipo di agentività è possibile quando la situazione di vita si configura più o meno come *sopportare l'insopportabile*?

Nella loro teoria fenomenologica dell'agentività Berger e Luckmann parlano di un'agentività *abituale* (BERGER J. - LUCKMANN T. 1966); da una tradizione differente, Giddens ci parla di un'agentività come flusso di interventi causali concreti o immaginati, messi in atto da esseri corporei nell'incessante processo degli eventi-nel-mondo. L'agentività per Giddens è il flusso continuo del comportamento (GIDDENS A. 1979: 55). Si avvicina a questo genere di teorizzazioni anche Bourdieu con il suo concetto di *habitus*

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 139 02/11/2010, 16.15

e il suo proposito di unire la struttura sociale all'agentività individuale, il corporeo e il mentale nell'azione umana. Anche la teoria fenomenologica dell'agentività di Hanna Arendt (ARENDT A. 1958) può offrire una possibilità per ripensare l' "agentività minimale" come agentività umana. Arendt pensa all'agentività umana come a qualcosa che includa nel suo nucleo la capacità di dare inizio nuovi processi – quel genere di processi che giungono a produrre fini e risultati inattesi. Per Arendt, l'agentività è sorprendente in molti modi: essa è di gran lunga più grande di quanto l'attore sociale stesso possa pianificare. La capacità dell'azione umana significa essere in grado di fare qualcosa che non sia progettato in anticipo, qualcosa di improbabile. Arendt si riferisce alla intersoggettività come a una precondizione e al tempo stesso un esito dell'agentività. Nello spazio intersoggettivo tra esseri umani si generano i loro specifici interessi mondani.

Ritengo che l'agentività femminile in Carelia settentrionale vada inquadrata nell'ambito dell'*ahas*, nei luoghi conflittuali caratterizzati da permanenza, continuità e tentativi di andare avanti. Con l'aiuto della lettura fenomenologica dell'agentività proposta da de Martino e Arendt, cercherò di comprendere quale tipo di agentività sia possibile in un mondo fragile, in una situazione sociale in cui la società appare in qualche modo lontana dalle persone.

3. Agentività minimale: conservare la presa, costruire continuità

Su cosa si agiva "minimalmente"? Con l'espressione "agentività minimale" vorrei designare non solo le attività tecniche domestiche, condotte in solitudine o in gruppi di donne (raccogliere bacche o funghi in autunno, lavare tappeti all'inizio dell'estate), ma anche le pratiche destinate a produrre senso. Per esempio, le donne *memorizzavano* il passato condiviso nel villaggio prendendosi cura degli antenati attraverso l'attenta custodia dei ritratti di famiglia nei cassetti.

3.1. Costruire continuità

L'attaccamento al luogo è centrale nel formare e nel mantenere la coerenza del sé e l'identità. Secondo de Martino, ciò che caratterizza la *crisi della presenza*, sono le circostanze sociali al di sotto delle quali il sé non è dato ma deve lottare tenacemente per stabilire la presenza (DI NOLA A. 1998). Avere presa sul proprio sé significa tentare di conservare l'equili-

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 140 02/11/2010, 16.15

brio fra l'attaccamento al luogo e quello alle persone. Uno spazio centrale e simbolico in questo significato è la casa. Essa si colloca nell'area di frontiera, poiché contiene sia il luogo sia la famiglia: è un'"idea localizzabile", come l'ha definita Mary Douglas (DOUGLAS M. 1991). Per Douglas «la casa è quel genere di luogo che acquisisce significato attraverso la pratica e, in quanto tale, va a formare parte del processo quotidiano di creazione del sé». Metaforicamente, quando le donne intendevano caratterizzare il proprio sé, parlavano della loro casa. E in fondo anch'io, da un punto di vista etnografico, osservavo le loro case e ascoltavo le loro storie in cerca di qualcosa che avesse a che fare col sé e *l'identità*. La casa era il simbolo forte di una buona vita, cioè di una vita *interamente* unita alla famiglia. Eppure la tensione si generava nella situazione presente, a causa del fenomeno della diaspora. I bambini non vivevano più in Carelia settentrionale, ma in Finlandia meridionale, e le madri avevano la loro casa nel villaggio senza possibilità di spostarsi. Nelle storie delle donne del villaggio, il loro sé non era, comunque, una nozione riferita a un'entità autonoma, così come il sé viene concettualizzato nella letteratura occidentale contemporanea, confinato nei limiti della propria pelle, ma qualcosa che si estendeva dal narratore verso la propria famiglia, con i figli ora viventi in Finlandia meridionale. Il sé "materno" poteva essere percepito come l'insieme degli elementi contestuali delle interazioni sociali emergenti in situazioni diverse. Esso includeva i legami di famiglia, ora frammentati e dispersi in aree lontane della Finlandia.

In genere le donne erano solite parlare al plurale riferendosi a se stesse come alle persone centrali della famiglia. La famiglia era descritta come l'unità che raccoglieva tutto e da cui tutto cominciava. Talora il pronome "noi" non si estendeva a includere tutti i figli viventi nella Finlandia meridionale, o in Svezia, e ciò rendeva le madri preoccupate tanto da non riuscire a dormire la notte. La diaspora, spezzando le famiglie, trasformava anche la casa e la maternità, rendendola in qualche modo strana, anomala, sospesa, monca e ridimensionata. Più vi era incertezza, più diventava importante la relazione tra i parenti e all'interno delle famiglie. Gli abitanti dei villaggi avevano diversi modi di conservare i legami con le loro famiglie – attraverso il telefono, le visite durante le vacanze, le fotografie, i regali continui, i ricordi condivisi ecc. – ma la minaccia di perdita era presente in ogni momento. Attraverso tali atti, i parenti e i vicini erano simbolicamente presenti, eppure essi *non c'erano*. La minaccia di perdere i legami che li tenevano insieme costituiva un rischio di dissoluzione del sé.

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 141 02/11/2010, 16.15

Le donne, specialmente le madri, ricordavano anche in forma plurale (PASSERINI L. 1996: 1). Mi sedevo spesso con loro a guardare gli album di famiglia, a parlare, ad ascoltarne i ricordi. Era il modo in cui le famiglie ricordano (HALBWACHS M. 1981 [1950]). Sembrava che nel mio terreno, all'interno delle famiglie, le madri fossero gli attori. Gli album di solito contenevano foto del passato comune delle famiglie e del villaggio. Foto commoventi, che descrivevano e legavano reciprocamente le due basi dell'identità: la famiglia era principalmente ritratta sullo sfondo del paesaggio, costituito ora dal villaggio ora dal cortile di casa. Ma in aggiunta ai molteplici album c'erano, in quasi tutte le case, foto di parenti esposte sugli armadi, sulle cassapanche, custodite nei cassetti. Foto di matrimoni, di bambini, foto multi colorate della scuola dei nipoti e alcune foto in bianco e nero dei membri della famiglia deceduti, di quelli morti in guerra. Erano tutti lì, a osservare, per essere ricordati, eppure prendevano anche parte alla vita sociale della famiglia. Le persone in foto erano presenze vive nelle discussioni, e spesso le madri si riferivano alle loro attività. Quei ritratti estendevano e rafforzavano le relazioni di famiglia e di parentela a due livelli. Le foto di matrimonio, così come le foto delle cerimonie di battesimo e dei nipoti in generale, legavano insieme i membri della famiglia. Ma i ritratti dei defunti collegavano i vivi a quelli dell'aldilà, *tuonpuoleinen*. Per i greco-ortodossi, l'icona sacra sulla parete di casa non è solo un ritratto, ma rappresenta una finestra sull'eternità. Solo una parte degli abitanti del villaggio erano ortodossi, ma credo che in ogni casa i ritratti sulle pareti e sulle cassapanche fossero usati per costruire legami fra i due mondi.

Da quanto descritto si può comprendere come i modi di agire odierni, comparati a quelli serbati nella memoria, mostrino una differenza che consente di elaborare quella distanza necessaria per rendere efficace il cordoglio.

Nei racconti, le informatrici più anziane spostavano la loro intenzionalità verso il passato, il tempo in cui tutto era migliore *perché c'erano tutti*. Nella prospettiva dei legami sociali penso che nell'atto di rimembrare fosse incluso, in un certo senso, anche il processo di *ri-membrare*, cioè di *tornare a essere membri* di un gruppo. Sentire la mancanza dei figli, delle figlie e dei nipoti, così come dei vicini, costituiva una *ri-membranza* immaginaria, la ricostruzione, cioè, attraverso il ricordo, della istituzione sociale della parentela e dei gruppi sociali dei villaggi careliani, un'area un tempo molto vivace.

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 142 02/11/2010, 16.15

3.2. Conferire un senso alle malattie

All'interno di un'area endemica, le cardiopatie assumevano un carattere strutturale. Non era inusuale descrivere la famiglia e i parenti in termini di malattie di cuore. Quasi ognuno aveva qualche esperienza personale di questo tipo, nella propria generazione, in quella precedente o successiva. Il mal di cuore assumeva così un significato di unificazione dei membri della famiglia.

Accadeva di frequente che gli informatori presentassero se stessi attraverso le foto di famiglia. Quando entravo nelle case, discutevamo identificando i personaggi e le loro storie a partire dalle foto esposte sullo scaffale. C'erano due tipi di foto: le più antiche, collocate in cornici colorate, degli anni '40 e '50 del Novecento; e le più recenti, le foto a colori dei nipoti. Passato, presente e futuro della famiglia era ritratto, e al centro si collocava la posizione dell'informatrice.

Alcune delle persone ritratte nelle foto più vecchie erano morte in guerra, altre di infarto o di qualcos'altro. Non tutte le morti erano dovute a cause violente. Le malattie restavano la causa più comune. Una volta una donna si presentò all'etnografa mostrando una foto della sua nipotina. Iniziò a parlare del proprio mal di cuore e poi di quello di sua figlia, morta da più di vent'anni. «Abbiamo la stessa malattia» diceva. Esse condividevano anche l'origine della malattia. Erano legate l'una all'altra dalla malattia. Che ancora le unisce, dopo averle separate.

Le malattie cardiache "corrono" nelle famiglie, si diceva spesso. Non raramente ho ascoltato storie in cui le malattie erano connesse a valori, specialmente al lavoro duro, valore centrale della mascolinità finnica. La capacità di lavorare duramente era connessa alla forza e al potere del corpo, e a una conseguente cardiopatia. In fondo morire di malattia cardiaca era segno di buona cittadinanza. In una famiglia i modi di morire costituivano un modello. Essi erano associati a uomini, forti, focosi e talora, se ubriachi, anche violenti. «Un grande uomo muore in un grande modo», si diceva. Per esempio, un informatore contava diversi parenti di varie generazioni morti di infarto. Tutti mentre lavoravano in campagna. Unica eccezione uno zio che era morto una domenica mattina mentre stava aiutando sua moglie nel lavoro domestico: montare le tende alle finestre. La malattia contribuiva a modellare una identità fondata su una perpetuazione della forza.

Le teorie in uso per dare un senso alle malattie di cuore erano modellate di elementi e discorsi appartenenti a diversi ambiti.

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 143 02/11/2010, 16.15

Un'eziologia cruciale tra gli informatori era espressa in termini di circostanze sociali e storiche, in particolare *jälkeenjääneisyys*, essere indietro con lo sviluppo. In Carelia settentrionale, la gente sosteneva che i fattori causali della morbilità e mortalità endemiche, erano connessi alle condizioni sociali trascorse e a quelle attuali, in particolare alle guerre ricorrenti che avevano ridotto la resistenza alle malattie; la vita nell'area di frontiera, essendo era percepita come un'esperienza di espropriazione (*osaton*), fondata su una pluralità di perdite. Queste cause di malattia (quando le persone non "conoscevano" le malattie cardiache) erano anche descritte nei vecchi poemi popolari e negli scongiuri raccolti in quest'area nei primi del Novecento (HONKASALO M.L. 2003).

Il fato, il destino, costituiva un'altra spiegazione. La gente diceva che il destino dei nordcareliani era di ricevere una malattia di cuore e morirne. Una spiegazione interessante, quasi una traduzione fatalista delle odierne teorie genetiche delle cause di malattia.

Anche se le continuità erano sottolineate nelle diverse teorie causali, l'enfasi sull'alterità non era infrequente. Tra le persone che erano evacuate dalla Karelia dopo la seconda guerra mondiale, ho avuto modo di raccogliere una teoria "etnica" della malattia. Un informatore ortodosso russo nato nei "villaggi orientali" della municipalità ed evacuato da lì in Carelia settentrionale con la sua famiglia dopo la seconda guerra mondiale, mi disse che «le malattie di cuore sono 'malattie dei finlandesi'». Anche se lui e la sua famiglia erano sempre stati finlandesi, egli faceva una sottile distinzione etnica tra i careliani e i finlandesi. «Noi non le conoscevamo [le malattie cardiache] qui a Porajärvi [il nome del villaggio in cui era nato e cresciuto]». Inoltre alla questione di "etnicità", egli aggiungeva la religione come proprio bagaglio teorico. Secondo alcuni informatori ortodossi, la loro religione poteva avere tre elementi di condizionamento in grado di far diminuire il tasso di morbilità per infarto. Anche se le persone con cui parlavo non erano attive nella parrocchia ma la loro religiosità era in qualche modo incastrata nella vita quotidiana. Un elemento importante era il significato della speranza e della fiducia, che essi ritenevano fosse più forte fra di loro. Il secondo era una più intensa interazione sociale e una maggiore capacità di fare rete fra gli ortodossi, e questo li teneva più in salute. In effetti un'attiva interazione poteva davvero essere causa di buona salute. In aggiunta alla religiosità essa aveva a che fare con la posizione di minoranza sociale della gente. La terza causa era la dieta. Fra gli ortodossi il pesce era usato più che tra i luterani. In passato, venerdì e mercoledì erano giorni di digiuno. Il pesce era servito anche nei giorni di alcuni santi. Ora non era più così, tranne che, forse, per pochi anziani.

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 144 02/11/2010, 16.15

4. De Martino e la società moderna

Tornando al punto di partenza per quanto riguarda i significati di certezza e di buona morte all'interno di un'area endemica, e ripensando agli esempi della mia ricerca etnografica in Carelia settentrionale, l'idea demartiniana della costruzione di significato intorno alle malattie rivela domini di sofferenza nei quali la questione centrale è *avere una presa sul proprio mondo*. La domanda da me posta era: è possibile studiare le complesse società e culture secolari moderne con gli strumenti teoretici che furono sviluppati un tempo per la ricerca sulla vita religiosa rurale nell'Europa meridionale? Per comprendere le possibilità dell'agentività secolare ho incominciato a concettualizzare i miei dati etnografici nei termini della teoria demartiniana, per esempio focalizzando l'attenzione sui tentativi delle persone, messi in opera a livello micro, di *conservare la propria presa sul mondo*. La gente sembrava far questo adattando i propri concetti di tempo e spazio: agendo nella vita quotidiana, memorizzando il passato condiviso, creando continuità e radicamento.

Secondo de Martino (DE MARTINO E. 1955: 21) la religione è in grado di fornire *presenza* alla politica e alla tecnica: queste non si originano nell'altro mondo, ma nascono dalla società e dalla presenza sociale e storica delle persone che la compongono. In vista di obiettivi politici e tecnici la gente costruisce forme culturali e tesse la sofferenza nelle trame della storia. Gli obiettivi sono dipendenti da regole culturali che la società riconosce e applica. I miti danno possibilità alla fantasia, per esempio nelle situazioni dove si corre il rischio di perdere la presenza. Per rendere i miti propositivi le persone aggiungono ad essi parti di altri miti e riti che forse stanno perdendo il loro originario significato religioso o che ora, probabilmente, traggono il loro potere da istituzioni totalmente altre come il lavoro o ancora, per quanto riguarda le interpretazioni della malattia, la biomedicina. Il concetto demartiniano di agentività è poco radicato nella società e molto più strettamente connesso alla religione. Questa è la ragione per la quale l'applicazione della teoria demartiniana all'interpretazione della società attuale nordcareliana incontra non poche difficoltà.

Nella teoria sociale il concetto di agentività è dicotomico: esso si riferisce sia all'agentività razionale sia al suo opposto, l'agentività abituale. La dicotomia è caricata di valore perché secondo tali vedute solo gli atti razionali costituiscono l'agentività pura, in riferimento al cambiamento sociale. Anche nella ricerca femminista l'agentività abituale tende ad assumere una connotazione repressiva, caratterizzata com'è da un'inerzia conservativa che non la connette alle innovazioni sociali e culturali. Le donne sono

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 145 02/11/2010, 16.15

collegate alla ripetitività in un ampio numero di studi sociali, e questo è un dato che gli studi femministi hanno cercato di problematizzare (FELSKI R. 2000). Diversi fattori favoriscono tale connessione, ad esempio la presupposta maggiore connessione delle donne alla "natura biologica" con i suoi ritmi, col tempo pre-industriale, o, negli studi marxisti sulla vita quotidiana, con il consumo. Eppure tutti gli studiosi della vita quotidiana guardano agli atti ripetitivi e abituali come ad atti creativi, capaci di dare luogo al mondo (SMITH D. 1997, GARDINER M. 2000). Secondo Felski, è un errore guardare agli atti abituali come se fossero intrinsecamente reazionari; atti ripetitivi e abituali nella vita quotidiana costituiscono una parte essenziale della nostra implicazione nella vita quotidiana e della nostra esistenza come esseri sociali. Ciò si avvicina all'interpretazione della routine proposta da Giddens (GIDDENS A. 1991: 39). Ritengo che il punto più vicino alla lettura demartiniana dell'agentività sia nel seguente pensiero di Giddens: la routine aiuta a «costituire una forma che possa incorniciare l'esistenza e consentire di coltivare il senso dell' "essere" nella sua separazione dal "non essere", che è un dato elementare di una sicurezza ontologica». Il rapporto dell'agentività minimale con il rituale non potrebbe allora essere espresso in virtù di obiettivi e poteri simbolici paralleli?

Per atti abituali Berger e Luckmann intendono le basi della attività umana (BERGER J. - LUCKMANN T. 1966: 66-67). Il processo di abitualizzazione fornisce gli elementi di base nella genesi di strutture, contesti e possibilità nuove. L'abitualizzazione, infatti, è la fase che precede ogni istituzionalizzazione. Ciò emerge fin dai primi studi sociali sull'abitudine. William James ha definito l'abitudine come una fonte di potere della società: «L'abitudine è l'enorme volano della società, è il più precario agente conservativo. Esso da solo costituisce ciò che ci tiene tutti nei legami dell'ordine [...]. Da solo impedisce che le più dure e repulsive condotte di vita vengano abbandonate da coloro che vi ci sono invischiati» (JAMES W 1890, 1950: 1, 121). Nella tradizione pragmatica, C. S. Peirce compie l'ultimo passo e guarda all'abitudine come al «logico sviluppo della tua natura germinale», come un requisito indispensabile per pensare e apprendere. Peirce enfatizza il fatto che l'abitudine e il pensiero non debbano essere separati in quanto sono due aspetti intrecciati dell'azione umana. L'agentività non è una successione di azioni individuali discrete, ma un *modello* per il quale l'abitudine gioca il ruolo più significativo (PEIRCE C.S. 5.487, KALPINEN E. 2000).

In tutti i modi di concettualizzare la routine o l'agentività ripetitiva sopra menzionati, una cosa manca ed è invece chiaramente tematizzata nel pensiero di Arendt. Anche se i pragmatici come Peirce e James parlano di riflessività dell'agentività abituale, essi non spiegano il contenuto innova-

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 146 02/11/2010, 16.15

tivo dell'agentività umana. Arendt invece lo fa, sostenendo che la metafora di questa dimensione inattesa sia la *natalità*. Come nella nascita, anche nell'agentività qualcosa di nuovo sta sorgendo, come un miracolo: «L'azione ha la più stretta connessione con la condizione umana della natalità; il nuovo inizio implicito nella nascita può darsi nel mondo solo perché il neonato possiede la capacità di iniziare qualcosa di nuovo, cioè di agire» (ARENDT H. 1958: 9).

Gli elementi che le madri usavano per radicare la loro agentività minimale, traevano origine dalla loro vita e dalla loro visione del mondo immediate. Gli strumenti per afferrare il mondo erano potenti perché i loro significati si originavo in un mondo ben noto, condiviso e interpretato collettivamente. In questo senso torna alla mente l'idea di de Martino di simboli e miti condivisi con i quali le persone costruiscono nuove totalità nelle situazioni minacciose di "crisi della presenza".

Ritengo che la natalità risieda nella capacità delle madri di modellare solidi appigli con questi elementi della loro vita quotidiana. E l'idea che l'ordine sociale giungerà anche domani è precisamente l'inatteso miracolo per la mia mente etnografica.

Note

(1) Il progetto di ricerca, intitolato *Espressioni della sofferenza. Etnografie della esperienza di malattia nei contesti finlandesi contemporanei* (finanziato dalla Accademia di Finlandia negli anni 1992-2004), studia le esperienze di malattia e le loro rappresentazioni in termini culturali. Il progetto di ricerca interdisciplinare da me diretto, si basa sulla cooperazione di nove studiosi (si veda la nostra pagina web http://medanthro.kaapeli.fi e, per ulteriori dettagli, cfr. HONKASALO M.L. - UTRIAINEN T. - LEPPO A. curr 2004).

(2) Ho svolto la ricerca etnografica in Carelia settentrionale, l'estrema parte orientale della Finlandia. Si tratta di un'area periferica dal punto di vista socioculturale, che si è andata costituendo attraverso stratificazioni storiche di atti politici. Un'area da sempre diversa da quei luoghi più agiati del Paese, in termini di mancanza di ricchezza, tasso di disoccupazione ecc., ma anche per morbilità e mortalità, con alti tassi di svariate malattie. In particolare è nota l'incidenza di malattie cardiache e di depressione, ma anche di morte violenta. Secondo gli storici (per esempio TURPEINEN O. 1986) e alcuni studiosi della salute (KANNISTO V. 1947), gli abitanti della Carelia settentrionale sono morti sempre prima che in ogni altra parte del Paese, e questo dato ha una profondità storica pari alla introduzione delle prime statistiche affidabili. In tal modo l' "eccesso orientale di mortalità" – che corrisponde circa al 50% per le malattie cardiache fra gli uomini di mezza età – si innesta in quella che definisco la "questione orientale" del mio Paese, la Finlandia. Nel corso dei secoli, le aree orientali sono state più o meno influenzate dall'impero russo, mentre quelle occidentali hanno avuto relazioni più intense con la Svezia. Qui erano combattute le tante guerre intercorse fra i due imperi. Dopo le guerre, queste aree furono concesse per un periodo alla Russia, poi alla Svezia. Nel 1809 l'intero Paese fu ceduto alla Russia. La religione ortodossa proveniente dalla Russia caratterizzò le aree orientali mentre le aree occidentali furono influenzate in una prima fase dal cattolicesimo romano, poi a partire dal XVI secolo da quello luterano,

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 147 02/11/2010, 16.15

provenienti dalla Svezia. A seconda di chi vinceva la guerra, la prima conseguenza consisteva nel ribattezzare in massa la popolazione (BJÖRN I. 1991, HÄMYNEN T. 1993). Talora i Finlandesi luterani erano costretti a convertirsi alla religione ortodossa, altre volte avevano solo una possibilità, quella di dare il loro consenso alla chiesa luterana. Alcuni fuggirono, molti invece morirono. In tal modo le guerre continue produssero povertà, la perdita della casa e della propria identità. In seguito, la Finlandia occidentale si è andata evolvendo in un contesto di pace e in tal modo è diventata più ricca. Essa è ancora abitata in parte sa una minoranza di lingua svedese. Le risorse di vita si sono quindi storicamente differenziate fra est e ovest. A differenza dell'occidente, la parte orientale del Paese si è strutturata sul'agricoltura, attraverso la tecnica del tagliare e incendiare (*kaskiviljely*). Nei secoli precedenti, le aree orientali si basavano sul lavoro nei boschi e sull'agricoltura in fattorie di piccola scala.

(3) [*in italiano nel testo, N.d.T.*]. Cfr. DE MARTINO E. 1958, 1959.

(4) Il concetto di agentività storica trae origine dallo storicismo italiano, in particolare da Benedetto Croce. Nel quadro di una operatività antropologica, il senso dell'agentività storica può essere quello di "storicizzare l'Altro"; ad esempio fornendo alle classi subalterne una possibilità autoriale e agentiva.

(5) *Il rischio di non esserci* (DE MARTINO E. 1975 [1958]: 3). L'altra faccia del *non-esserci* è uno stato di nullità, di non-essere. La minaccia di non essere è un elemento essenziale della sofferenza umana.

(6) De Martino interpreta i rituali come pratiche simboliche aventi lo scopo di proteggere le persone e la loro presenza e agentività nel mondo. I miti sono importanti in questo contesto perché con essi è possibile trascendere il tempo. Per de Martino, religione e magia sono la stessa cosa: alta e bassa magia. Ci sono terreni etnografici per tale categorizzazione, poiché i rituali italiani nel Sud sono storicamente stratificati e contengono elementi provenienti sia dalla religione popolare sia dal cattolicesimo.

[*traduzione dall'inglese di Giovanni Pizza*]

Bibliografia

ALEXANDER Jeffrey (1982), *Theoretical logic in sociology*, vol. 1: *Positivism, presupposition on current controversies,* University of California Press, Los Angeles.

ARENDT Hanna (1958), *The human condition*, University of Chicago Press, Chicago [ediz. italiana: *Vita activa: la condizione umana*, traduz. dall'inglese di Sergio FINZI, introduzione di Alessandro DAL LAGO, Bompiani, Milano, 2001].

BERGER Peter L.-LUCKMANN Thomas (1966), *The social construction of reality*, Doubleday, London [ediz. italiana: *La realtà come costruzione sociale*, traduz. dall'inglese di Marta SOFRI INNOCENTI e Alessandra SOFRI PERETTI, Bologna, Il Mulino, 1969].

BJÖRN Ismo (1991), *Suur-Ilomantsin historia*, Pieksämäki.

DE MARTINO Ernesto (1975 [1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Boringhieri, Torino [prima ediz.: *Morte e pianto rituale nel mondo antico. Dal lamento pagano al pianto di Maria*, Edizioni scientifiche Einaudi, Torino, 1958].

DE MARTINO Ernesto (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano.

DI NOLA Annalisa (1998), *How critical was De Martino's "critical ethnocentrism" in Southern Italy?*, pp. 157-176, in SCHNEIDER Jane (curatore), *Italy's "Southern question": orientalism in one country*, Berg, Oxford - New York.

DOUGLAS Mary (1991), *The idea of home: a kind of space*, "Social Research", vol. 58, 1991, pp. 287-307.

FELSKI Rita (2000), *Doing time. Feminist theory in postmodern culture*, New York University Press, New York.

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 148 02/11/2010, 16.15

GARDINER Michael E. (2000), *Critiques of everyday life*, Routledge, London.

GIDDENS Anthony (1979), *Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis*, Macmillan, London.

GIDDENS Anthony (1984), *The constitution of society: outline of the theory of structuration*, Polity Press, Cambridge [ediz. italiana: *La costituzione della società: lineamenti di teoria della strutturazione*, traduz. dall'inglese di Gianni RIGAMONTI, Edizioni di Comunità, Milano, 1990].

HALBWACHS Maurice (1981 [1950]), *The collective memory*, Chicago University Press, Chicago [ediz. italiana: *La memoria collettiva*, a cura di Paolo JEDLOWSKI, traduz. dall'inglese di Paolo JEDLOWSKI e Teresa GRANDE, postfazione di Luisa PASSERINI, Unicopli, Milano, 1996 / ediz. orig.: *La mémoire collective*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950].

HERVIER-LEGER Daniele (2000), *Religion as a chain of memory*, Polity Press, London.

HONKASALO Marja-Liisa - HINKKANEN Reea (2002), *Boundaries and continuities. A genealogical approach to some illness representations in Finland*, pp. 167-190, in Josep M. COMELLES - Els van DONGEN (curatori), *Themes in medical anthropology. Medical anthropology at home contributes to health studies*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 13-14, ottobre 2002.

HONKASALO Marja-Liisa (2003a), *I confini, i corpi* [intervento al convegno dell'Associazione internazionale "Ernesto de Martino", Roma, 29 gennaio 2003].

HONKASALO Marja-Liisa (2003b), *Brutalités de l'histoire et mémoire du corps*, "Ethnologie Française", vol. XXXIII, n. 2, 2003, pp. 287-293.

HONKASALO Maja-Liisa - UTRIAINEN Terhi - LEPPO Anna (curatori) (2004), *Arki satuttaa-kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä* [La sofferenza nella vita quotidiana in Finlandia], Vastapaino, Helsinki.

HÄIMYNEN Tapio (1993), *Liikkeellä leivän tähden*, Societas Historica Finlandae, Helsinki.

JAMES William (1950 [1890]), *Principles of psychology*, 2 voll., Dover, New York [ediz. italiana: *Principi di psicologia*, traduz. dall'inglese con aggiunte e note di Giulio Cesare FERRARI diretta e riveduta da Augusto TAMBURINI, Società Editrice Libraria, Milano, 1901].

JOKINEN Eeva (1996), *Väsynyt äiti. Äityden omaelämäkerrallisia esityksiä*, Gaudeamus, Helsinki.

KANNISTO Väinö (1947), *The causes of death as demographic factors in Finland*, (Kansantaloudellisia tutkimuksia [Economic Studies], XV), Helsinki.

KILPINEN Erkki (2000), *The enormous fly wheel of society. Pragmatism's habitual conception of action and social theory*, University of Helsinki, Helsinki (Department of sociology, publication 235).

KLEINMAN Arthur (1995), *Writing at the margins*, University of California Press, San Francisco - Berkeley.

KLEINMAN Arthur - DAS Veena - LOCK Margaret (1996), *Introduction*, pp. XI-XX, in KLEINMAN Arthur - DAS Veena - LOCK Margaret (curatori), *Social suffering*, "Daedalus", vol. 125, inverno 1996.

KOSKINEN Seppo (1994), *Origins of regional differences in mortality from ischemic heart diseases in Finland*, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.

LOMBARDI SATRIANI Luigi Maria (1974), *Foklore as culture of contestation*, "Journal of the Folklore Institute", vol. XI, 1974, pp. 99-121 [una più ampia ediz. italiana in volume: *Il folklore come cultura di contestazione*, Peloritana, Messina, 1966].

MERLEAU-PONTY Maurice (1962 [1945]), *Phenomenology of perception*, London, Routledge [ediz. orig.: *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, 1945 / ediz. italiana: *Fenomenologia della percezione*, traduz. dal francese di Andrea BONOMI, Il Saggiatore, Milano, 1965].

OBEYESEKERE Gananath (1990), *The work of culture. Symbolic transformation in psychoanalysis and anthropology*, University of Chicago Press, Chicago.

PASSERINI Luisa (1996), *Introduction*, pp. 1-34, in LEYERSDORFF Selma - PASSERINI Luisa - THOMPSON Paul (curatori), *Gender and memory*, Oxford University Press, Oxford ("International Yearbook of Oral History and Life Stories", vol. IV).

PEIRCE Charles Sanders (1982), *Writings of Charles Sanders Peirce. A chronological edition*, Indiana University Press, Bloomington [ediz. italiana: *Opere*, a cura di Massimo A. BONFANTINI con la collaborazione di Giampaolo PRONI, Bompiani, Milano, 2003].

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 149 02/11/2010, 16.15

SAFRAN William (1991), *Diasporas in modern societies: myths of homeland and return*, "Diaspora", vol. 1, 1991, pp. 83-99.
SCOTT James (1985), *Weapons of the weak: everyday world as problematic*, Yale University Press, New Haven - London.
TURPEINEN OSMO (1986), *Nälkä vai tauti tappoi?*, Societas Historica Finlandiae, Helsinki.

Scheda sull'Autore

Marja-Liisa Honkasalo è medico e antropologa, professore di Antropologia medica presso la Division of health and society, all'Università di Linköping (Finlandia). Ha studiato all'Università di Harvard nel 1996-1997 ed è stata visiting professor in Italia, alla Università degli studi di Roma "La Sapienza".

I suoi primi interessi si sono rivolti alla semiotica della malattia e la sua ricerca di PhD si è incentrata sullo studio dei significati culturali del malessere femminile. Ispirandosi alla fenomenologia del corpo, ha pubblicato importanti saggi su vari temi fra i quali il dolore cronico, il rapporto fra il genere e la morte, il suicidio. Più recentemente si è occupata di "*social suffering*", dedicandosi allo studio etnografico delle malattie cardiache in Carelia settentrionale. Autrice di oltre cento pubblicazione fra articoli, capitoli di libri, antologie e monografie, è *editor* europeo della rivista statunitense "Medical Anthropological Quarterly".

Insieme ad altri colleghi della Division of health and society, è impegnata in una nuova ricerca sulle tecnologie mediche e le malattie croniche, con particolare attenzione alle forme di costruzione della malattia nel contesto tecno-medico e nelle pratiche quotidiane di genere. Attualmente i suoi principali interessi teorici sono focalizzati sulle teorie dell'azione e dell'agentività in rapporto alle pratiche corporee e biomediche.

Fra le sue recenti pubblicazioni: *Chronic pain as a posture towards the World*, "Scandinavian Journal of Psychology", 41, 2000, pp. 197-208 / *Vicissitudes of pain and suffering: chronic pain and liminality*, "Medical Anthropology", vol. 19, 2001, pp. 80-115 / *Pain, self and the body*, "The American Journal of Semiotics", vol. 17, 2003, pp. 9-41 / *Brutalités de l´histoire et mémoire du corps*, "Ethnologie Française", XXXIII, 2003, pp. 287-293 / *Fragilities in life and death*, "Health Risk & Society", vol. 8, 2006, pp. 27-41. Per "AM" ha pubblicato, con Reea HINKKANEN, *Boundaries and continuities. A genealogical approach to some illness representations in Finland*, pp. 167-190, in Josep M. COMELLES - Els van DONGEN (curatori), *Themes in medical anthropology. Medical anthropology at home contributes to health studies*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 13-14, ottobre 2002.

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 150 02/11/2010, 16.15

Riassunto

Costruire continuità. Agentività, presenza e vita secolare nella Carelia settentrionale (Finlandia)

L'articolo offre un resoconto teorico ed etnografico di una più ampia ricerca, tuttora in corso, in Carelia settentrionale (Finlandia), area riconosciuta come endemica per le malattie cardiache. Centrando l'attenzione su questioni quali l'incertezza della vita, i livelli di agentività degli attori sociali e la nozione demartiniana di "crisi della presenza", l'Autrice sviluppa una interpretazione antropologica del rapporto fra la produzione della continuità storica e l'esperienza di sofferenza sociale, osservate nelle pratiche quotidiane, specialmente femminili. La riflessione teorica concerne le tematiche dell'azione e dell'agentività, sia nel quadro della fenomenologia sia nell'orizzonte antropologico di Ernesto de Martino.

Résumé

Construire la continuité. Agency, presenza *et vie séculière en Carélie du Nord (Finlande)*

Cet article offre un compte-rendu théorique et ethnographique d'une recherche plus ample, encore en cours, en Carélie du Nord (Finlande), zone connue comme endémique pour les maladies cardiaques. En centrant notre attention sur des questions telles que l'incertitude de la vie, les niveaux d'agentivité des acteurs sociaux et la notion demartinienne de «crise de la présence», l'Auteur développe une interprétation anthropologique du rapport entre la production de la continuité historique et l'expérience de souffrance sociale, observées dans les pratiques quotidiennes, en particulier celles féminines. La réflexion théorique concerne les thématiques de l'action et de l'agentivité, que ce soit dans le cadre de la phénoménologie ou dans l'horizon anthropologique d'Ernesto de Martino.

Resumen

Construir la continuidad. Agency, presenza *y vida secular en la Carelia septentrional (Finlandia)*

El artículo ofrece un informe teórico y etnográfico de una investigación más amplia, todavía en curso, en Carelia septentrional (Finlandia), área reconocida como endémica por las enfermedades cardíacas. Poniendo la atención en cuestiones como la incertidumbre de la vida, los niveles de agentividad de los actores sociales y la noción

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 151 02/11/2010, 16.15

demartiniana de “crisis de la presencia”, la Autora desarrolla una interpretación antropológica de la relación entre la producción de continuidad histórica y la experiencia de sufrimiento social, observadas en las prácticas cotidianas, especialmente femeninas. La reflexión teórica trata las temáticas de la acción y de la agentividad, sea en el marco de la fenomenología como en el del horizonte antropológico de Ernesto de Martino.

Abstract

Making continuities. Agency, presenza *and secular life in Finnish North Karelia*

This article gives a theoretical and ethnographic account of an ongoing research in North Karelia (Finland), which is an area of endemic heart disease. Focusing on topics such as uncertainty of life, agency levels of social actors, and Demartinian notion of *crisi della presenza*, the Author develops an anthropological interpretation of the rapport between the production of historical continuity and the experience of social suffering, observed in everyday life practices, in particular female ones. Theoretical reflection focuses on action and agency both within the phenomenological approach and Ernesto de Martino’s anthropological frameworks.

06-(Ricerche) Honkasalo.pmd 152 02/11/2010, 16.15

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 153-182

*Stato delle ricerche sulle origini della medicina cinese: proposta di uno sguardo di sintesi**

Anna Tung Chang

professore associato di Sinologia nella Facoltà di lettere e filosofia, Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia
[atchang@unipg.it]

Alla cara memoria di Piero Corradini
mio primo Maestro in Italia, con riconoscenza e affetto

1. Premessa

Oggetto di questo articolo è un pur breve bilancio generale sulle evidenze attualmente disponibili intorno alle rappresentazioni e alle pratiche di una nascente medicina nelle comunità umane della Cina arcaica e antica.

Il periodo di riferimento copre in sostanza un arco di tempo che dalle culture neolitiche fiorite intorno al VI millennio a.C. [(1)] giunge ad attraversare, con la civiltà del bronzo, l'intero periodo delle cosiddette Tre Dinastie: la Xia (tra la fine del III millennio e il 1750 a.C., circa), la Shang (circa 1750-1122 a.C.) e la Zhou (1122-221 a.C.).

I materiali documentari dai quali è possibile ricavare le evidenze che ci interessano sono molto numerosi e in effetti assai eterogenei, come peraltro le discipline e gli studiosi coinvolti nelle attività dirette al loro reperimento e alla loro interpretazione. In questo sommario bilancio ci riferiremo in particolare alle fonti e ai contributi di maggior rilievo e più ricchi di informazioni per noi pertinenti.

(*) *Avvertenza*. Le indicazioni relative alle fonti e alle pubblicazioni scientifiche cinesi vengono date qui in base alla traslitterazione *pinyin* seguita dai caratteri cinesi e, tra parentesi quadre, dalla traduzione in italiano.
Per evitare equivoci relativi alla posizione di nomi e cognomi nelle diverse tradizioni culturali, i cognomi vengono sempre dati qui in maiuscoletto. Nei rinvii bibliografici tra parentesi, nel corso del testo, sono indicati normalmente soltanto i cognomi: vengono aggiunti i nomi solo nei casi di una pluralità di autori con il medesimo cognome.
Le traduzioni italiane dalle fonti antiche e dalle pubblicazioni scientifiche cinesi sono state direttamente effettuate dall'Autrice [A.T.C.].

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 153 02/11/2010 16.28.17

2. La tipologia dei materiali documentari

Si tratta appunto di materiali di varia natura, di differente provenienza e di diversa collocazione cronologica, riferibili tuttavia a cinque grandi tipologie: (*a*) materiali ossei, (*b*) corredi funebri e altri materiali archeologici, (*c*) iscrizioni su "ossa oracolari", (*d*) riferimenti in testi scritti coevi o di poco successivi e (*f*) forme rituali documentate in Cina in epoca recente presso alcune "minoranze etniche". Di tali tipologie è bene dare fin d'ora partitamente conto.

2.1. Materiali ossei

Anzitutto, i resti scheletrici umani ritrovati nel corso degli scavi paleontologici e archeologici sviluppatisi in misura crescente, in Cina, a partire dai primi decenni del Novecento: da questi materiali, come vedremo, si sono potute desumere numerose informazioni concernenti (*a*) talune patologie (e lesioni) e taluni loro andamenti, (*b*) probabili evidenze di interventi umani di tipo proto-ortopedico e proto-chirurgico, e (*c*) informazioni "statistiche" sulla mortalità infantile, ad esempio, e sulla durata della vita.

2.2. Corredi funebri e altri materiali archeologici

Un secondo gruppo di oggetti sui quali occorrerà fermare la nostra attenzione consiste nei corredi funebri e in altri manufatti provenienti dalle campagne di scavo relative a siti di epoca neolitica e di prima età del bronzo.

Si tratta di grossi ciottoli a forma semi-sferica, di frammenti di bambù o ossa o denti di animali lavorati a formare "coltellini" o "falcetti" o lunghi aghi, e anche di contenitori in ceramica e più tardi in bronzo, per i quali, come vedremo, sono state avanzate ipotesi di un utilizzo nell'ambito di pratiche in vario modo terapeutiche.

2.3. Le iscrizioni su "ossa oracolari"

Sulla natura di queste fonti è necessario soffermarci più a lungo non solo per la ricchezza delle evidenze che ne sono risultate ma anche per la complessità delle loro funzioni e delle loro modalità di preparazione e utilizzo nonché dei problemi interpretativi che esse comportano.

La "storia" della loro scoperta è abbastanza nota. Queste vecchie "ossa", con o senza iscrizioni, rinvenute con una certa frequenza dai contadini nelle campagne prossime ad Anyang – antica capitale della dinastia Shang – venivano vendute nei mercati come preziose "ossa di drago", da

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 154 02/11/2010 16.28.55

utilizzare nella preparazione dei farmaci della medicina tradizionale cinese. Nel 1899, tuttavia, alcuni frammenti di queste grosse "ossa" finirono nelle mani di un erudito (WANG Yirong), il quale si accorse che sulla loro superficie erano incisi dei segni nei quali si poteva ravvisare una certa analogia con la scrittura ideografica corrente. Da allora, nel corso di successive campagne di scavo sono stati raccolti circa centosessantamila esemplari di queste "ossa", via via largamenti studiati e attentamente catalogati [(2)].

Si tratta in realtà di scapolari bovini o di altri grossi erbivori e, soprattutto, di piastroni di tartaruga. Questi materiali – la cui massima concentrazione risale alla tarda epoca Shang, il cosiddetto periodo Yin – venivano usati a scopo divinatorio. Dopo un complesso trattamento preparatorio essi venivano sottoposti a una fonte di calore e in base alla disposizione delle screpolature che ne risultavano, gli officianti interpretavano i responsi resi dagli antenati, dagli spiriti o dalle divinità interrogate. Prima della loro conservazione negli archivi reali, sulle superfici così utilizzate venivano non di rado incise le iscrizioni che davano conto dei "quesiti" e, spesso, anche delle "risposte", nonché dei nomi degli officianti e della data in cui era avvenuta la pratica oracolare. Naturalmente, occorre tener conto del fatto che ignoriamo una componente fondamentale del rituale e cioè quella verbale, per quanto riguarda non solo le invocazioni alle entità superiori ma anche le consultazioni che intercorrevano sicuramente fra i protagonisti prima, durante e dopo il rituale.

A officiare il rituale dovevano essere figure (*wu* 巫) con ruolo e poteri di tipo sciamanico. Dobbiamo alle iscrizioni sulle ossa oracolari un buon numero di nomi di questi officianti. Verso la fine dell'epoca Shang, e in particolare con il re Wuding, sempre più spesso è lo stesso sovrano a officiare il rito. Ed è significativo che talora fosse una delle mogli del re a condurre personalmente le pratiche oracolari (*Henan Anyang* ...1994: p. 143). In epoca Shang e ancor più nella successiva dinastia Zhou, il re era infatti ritenuto il tramite fra la terra e il cielo, fra gli uomini e le entità superiori, dalle quali egli riceveva il mandato a governare. Dal suo comportamento dipendeva la benevolenza del cielo e di conseguenza il benessere sulla terra o, viceversa, l'invio di calamità, scarsi raccolti, inondazioni, sconfitte militari, rivolte, epidemie, segni tutti della collera delle entità superiori e della possibile perdita, da parte del re, del "mandato celeste": lo ricorda anche Confucio attribuendone la consapevolezza agli stessi sovrani:

> «Se avrò una colpa non lascerò che essa ricada sui popoli dei diecimila paesi. Se i popoli dei diecimila paesi avranno una colpa, che essa ricada solo su di me» (*Lunyu zhu shu, Huiyao*, vol. 70, p. 188).

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 155 02/11/2010 16.28.56

Si è trattato dunque – almeno per tutto il periodo Yin, tarda fase dell'epoca Shang, in particolare ai tempi del re Wuding – di re-sciamani, una delle forme storiche della cosiddetta "regalità sacra" [3], e fra i compiti primari del sovrano stavano il potere e il ruolo di interrogare le entità superiori e di decifrarne le risposte. Peraltro, come vedremo più avanti (*capitolo 8*), a questi compiti saranno dedicati poi, durante la dinastia Zhou, numerosi "servizi" nella struttura organizzativa di governo.
Appunto dall'esame delle "domande" incise sulle ossa oracolari siamo oggi in grado di arguire quali fossero le tematiche intorno alle quali più frequentemente le entità superiori venivano interrogate e dunque quali fossero, in concreto, le occasioni/funzioni in cui le ossa oracolari erano utilizzate. In merito, sintetizziamo qui quanto delineato da David N. Keightley in un testo ormai classico negli studi sulle ossa oracolari: (*a*) data, modalità ed entità dei sacrifici e a chi era opportuno offrirli, (*b*) pronostici e consigli relativi a campagne militari, (*c*) successo nelle spedizioni di caccia, (*d*) direzioni, tempi e durata di un viaggio da intraprendere, (*e*) possibili disastri nei successivi dieci giorni, (*f*) opportunità di svolgere un'operazione di giorno o di notte, (*g*) questioni relative ai lavori agricoli (pioggia, cosa e quando piantare, ...), (*h*) pronostici sulla nascita di un bimbo nella famiglia del re, (*i*) preoccupazioni o fastidi di un membro della famiglia reale o di un re alleato, (*j*) significato di sogni e entità che li ha inviati, (*k*) pronostici relativi alla costruzione e alla ubicazione di nuovi insediamenti, (*l*) valutazione dell'opportunità di aver affidato a qualcuno un particolare compito, (*m*) pronostici sulla quantità e la tipologia delle offerte che il re avrebbe ricevuto, (*n*) possibile approvazione e assistenza divina in vista di una certa iniziativa, (*o*) tipologia e denominazioni dei sacrifici, e a quale entità superiore offrirli, in vista di ottenere uno specifico beneficio; e, per quanto qui più direttamente ci riguarda (come vedremo meglio più avanti), appunto diagnosi e prognosi relative a malattie [4].

2.4. Riferimenti in testi scritti coevi o di poco successivi

Si tratta di testi di autori o compilatori, per una parte ignoti, prodotti appunto fra metà periodo dell'epoca Zhou fin oltre la dinastia Han, cioè grosso modo tra il VI secolo a.C. e il III secolo d.C., giunti sino a noi talora mutilati o rielaborati, via via arricchiti in genere dai commenti e dalle interpretazioni degli studiosi di periodi successivi. Tali testi, che concernono assai diverse tematiche, attestano tuttavia in vario modo, per la loro epoca o come memoria di epoche precedenti, il configurarsi di rappresentazioni e di pratiche riferibili alla difesa della salute, alla

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 156 02/11/2010 16.28.56

interpretazione dei mali e alle risposte nei confronti di talune patologie (si veda in merito la *Bibliografia A.*, ma desidero anticipare, qui, che per questi antichi testi ho fatto principalmente riferimento alla pregiata ristampa anastatica della collezione Si ku quan shu huiyao, pubblicata in 500 volumi dalla casa editrice Shijie, Taipei, 1986-1987, citata d'ora in poi semplicemente Huiyao) (5).

2.5. Forme rituali documentate in Cina in epoca recente presso alcune "minoranze etniche"

È ormai da tempo acquisito che nessuna cultura di epoca contemporanea, per quanto "tradizionale" o "primitiva", ripropone tali e quali rappresentazioni o pratiche caratteristiche degli antichi esordi delle attuali civiltà che chiamiamo "evolute". Ogni società ha la sua storia e non esistono, in sostanza, veri e propri "fossili viventi". E tuttavia non vi è dubbio che le comunità ancora significativamente attestate su forme di produzione e organizzazione sociale agricolo-pastorali manifestano schemi culturali che in qualche misura ci consentono di meglio comprendere – esaminandone le espressioni in vivo – alcuni aspetti del nostro lontano passato.

In questa prospettiva, l'analisi etnografica di alcuni aspetti delle cosiddette "minoranze etniche", in Cina, fornisce una utile documentazione per una migliore comprensione di alcuni elementi "medici" – specie l'uso di talune erbe e, soprattutto, le forme rituali di guarigione sciamanica o in generale magico-religiosa – attestati per la Cina arcaica dalla documentazione che stiamo ora delineando.

Tra queste "minoranze etniche" (6) è opportuno citare qui almeno i Naxi (cioè i Moso, di religione Dongba) nella provincia di Yunnan e parte della provincia di Sichuan, e in un tempo non molto lontano anche i Mancesi, in riferimento alle loro cosmologie e alle loro usanze rituali – formule e pratiche coreutico-musicali contro i mali, scongiuri, maledizioni, ... – costitutive appunto di un orizzonte culturale sciamanico o comunque magico-religioso.

3. Le patologie e la loro rappresentazione culturale

Prima di affrontare la questione delle patologie, nella Cina arcaica, per quanto riguarda *la loro proiezione culturale* – le relative rappresentazioni e caratterizzazioni, le concezioni eziologiche, le modalità prognostiche,

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 157 02/11/2010 16.28.56

le pratiche preventive e terapeutiche –, è forse utile dedicare una rapida attenzione alle *evidenze "oggettive" che ci vengono, soprattutto, dall'esame dei materiali umani ossei*, non solo peraltro di epoca neolitica ma anche di assai più antica provenienza paleolitica.

Per il Paleolitico faremo riferimento a due soli esempi. Il primo risale ad almeno 500.000 anni fa, ancora in pieno Paleolitico inferiore. Si tratta di una mandibola femminile rinvenuta a Chenjiawo (provincia di Shaanxi), in cui l'assenza del primo molare destro accompagnata da un notevole ingrossamento alveolare è stata interpretata come la probabile evidenza di un caso di periodontite cronica (Wu 1964). Al Paleolitico tardo risale invece una mascella femminile rinvenuta a Ziyang (provincia di Sichuan), priva dei tre molari sinistri, i cui alveoli evidenziano anch'essi un'antica e grave infiammazione cronica gengivale (Pei 1957).

Per il Neolitico, come è ovvio, i resti umani sono assai più numerosi. In merito, faremo solo alcuni brevi riferimenti esemplificativi di evidenze che consentono qualche conclusione relativa a specifiche forme patologiche.

È da dire subito che una casistica significativa concerne, accanto alla diffusione della carie, un generale fenomeno di usura dei denti, con un anticipo di circa dieci anni rispetto alla situazione attuale. Esso si manifesta chiaramente già nei crani infantili prima del completamento della dentizione definitiva, mentre spesso gli adulti, specie le donne, a quarant'anni risultano privi o quasi dei loro denti (*Yuanjunmiao* ... 1983). Può avere un certo interesse il fatto che il fenomeno risulti nella Cina centrale meno grave che nelle aree orientali costiere, dove sembra fossero frequenti il costume della estrazione degli incisivi laterali e quello di rivoltolare continuamente in bocca una piccola sfera litica o di ceramica.

Frequenti anche le evidenze ossee di reumatismi, gli spostamenti di vertebre lombari, le deformazioni del femore, la mancata o imperfetta sutura delle ossa della volta cranica e i casi di rachitismo, mentre la diversità, da territorio a territorio, degli esiti di ricomposizione delle ossa fratturate sembra testimoniare di una diversa abilità tecnica nelle varie aree culturali e, in generale, di un progressivo raffinarsi dei procedimenti "ortopedici" nel corso del tempo.

Le ricerche evidenziano, infine, una scarsa durata media della vita e, in particolare, una frequente precoce mortalità femminile, correlata peraltro con la alta frequenza della mortalità infantile (*Zouxian* ... 1985).

Di contro, già con l'*Età del bronzo* e l'apogeo della dinastia Shang emerge dalle iscrizioni sulle ossa oracolari una assai significativa documen-

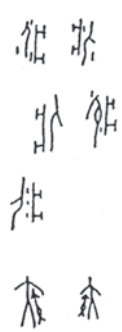
07-(Ricerche) Tung Chang.indd 158 02/11/2010 16.28.56

tazione concernente la patologia *sul terreno delle sue rappresentazioni culturali*.

L'inizio degli studi scientifici, in questo campo, può farsi riferire a un ormai classico testo pubblicato nel 1930 da Ding Shan come *Appendice 1* a un suo lavoro edito dall'Istituto di storia e filologia della Academia Sinica e dedicato appunto alla decifrazione dei caratteri incisi sulle ossa oracolari (Ding 1930).

In questo testo Ding Shan ha per la prima volta proposto la interpretazione del carattere 疒 individuandone tre simboli grafici costitutivi – i segni di un letto, di un uomo, e di gocce (di sudore?) che escono dal corpo dell'uomo – a rappresentare nel loro insieme il significato di "malattia" [attuale *ji* 疾]. In merito, la *tavola 1*, qui ripresa e semplificata da un lavoro di Xu Jinxiong (Xu Jinxiong 1988: p. 394), propone la ricostruzione dell'itinerario grafico di tale carattere nelle successive dinastie, in Cina, dalle iscrizioni sulle ossa oracolari alla sua attuale configurazione fra gli ideogrammi moderni.

Tav. 1: *Evoluzione grafica del segno "malattia", in Cina, nei vari periodi*

epoca Shang	epoca Zhou	dinastia Qin	dinastia Han	epoca attuale
				疾

Fonte: XU Jinxiong 1988: p. 394

Sempre per quanto qui ci interessa, nel suo testo del 1930, lo stesso Ding Shan interpretò anche un altro carattere ricorrente nelle iscrizioni sulle ossa oracolari: il segno di una bara con un uomo e dunque il simbolo della morte. Più tardi, nel 1944 – dopo quasi mezzo secolo dalla scoperta delle ossa oracolari e proseguendo il prezioso lavoro di altri eminenti studiosi (Liu E 刘鹗, Dong Zuobin 董作宾, Guo Moruo 郭沫若, Luo Zhenyu 罗振玉, Rao Zongyi 饶宗颐, Yu Shengwu 于省吾, Li Xiaoding 李孝定, ...) – Hu

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 159 02/11/2010 16.28.57

Houxuan verificò la presenza di numerosi caratteri compositi in cui l'ideogramma *ji* rappresentativo di "malattia" appare volta a volta associato a differenti ideogrammi al fine di specificare, evidentemente, differenti specifiche malattie. Peraltro, egli diede poi un fondamentale contributo, sotto la direzione di Guo Moruo, all'opera collettiva pubblicata fra il 1978 e il 1983, la magistrale e monumentale raccolta e schedatura di 41.956 esemplari ossei con iscrizioni, opera di riferimento in tredici volumi per tutte le ricerche successive (*Heji* 1978-1983). Alcuni studiosi hanno poi continuato a lavorare sui caratteri volta a volta associati, nelle ossa oracolari, a quello di "malattia", individuando ulteriori riferimenti a malattie specifiche. Una prima sintesi di questi lavori (Yan Yiping, Li Zongkun, ...) fu realizzata nel 1994 da Song Zhenhao (Song Zhenhao 1994), che giunse poi nel 2004 a enumerare schematicamente in un suo successivo lavoro di sintesi sullo stato della ricerca più di cinquanta caratteri compositi, rappresentativi di altrettanti tipi di malattie (Song Zhenhao 2004).

Si tratta in genere di caratteri compositi che associano il segno di "malattia" a quello della zona corporea colpita dal male e/o a quello che ne indica una qualche particolare specificità. Così, il carattere ji viene associato a "testa" (perciò probabilmente emicrania), a "orecchio", a "orecchio che suona" (probabilmente acufene), agli "occhi", agli "occhi e puntura" (accecato?), a "naso", a "bocca" (infiammazione?, difficoltà a inghiottire? o a parlare?), a "denti" (Keightley 1978: fig. 15), a "collo", a "schiena", a "torace", a "pancia", a "gomito" (reumatismi?), alle "gambe", a "gambe arcuate" (il cosiddetto *ginocchio varo*), alle "dita dei piedi", al "cuore" (nel probabile senso di angoscia, di depressione). E ancora altre associazioni: ad esempio tra "malattia" e una specifica stagione, probabilmente un'epidemia stagionale. Un certo segno è stato interpretato come figurazione di una donna che sta per partorire (Li 1965: p. 282 / Keightley 1978: fig. 12). Altri segni sono tuttora oggetto di ipotesi: ad esempio la apparente rappresentazione di un recipiente brulicante di piccoli animali (riferimento a vermi o altri animaletti? alla possibile estrazione di un potente rimedio? forse al rituale per un maleficio?...).

4. Le interpretazioni eziologiche

Le iscrizioni sulle ossa oracolari e anche altre fonti consentono, in modo diretto o indiretto, di ricostruire a grandi linee le principali cause cui venivano attribuite le malattie. E, come in molte altre culture, emergono due ordini di attribuzioni.

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 160 02/11/2010 16.28.57

Da un lato, il verificarsi di una malattia, e ancor più di una vera e propria epidemia (come in effetti di altre calamità), veniva considerato il risultato dell'intervento di entità sovrannaturali: le anime dei defunti, gli spiriti, le divinità. Il castigo di antenati del re, ad esempio, per errori da lui commessi nei rituali sacrificali. La malattia costituiva in questo caso una più o meno grave punizione. «[...] la divinità fa scendere la malattia» si legge in una iscrizione su un osso oracolare (*Heji* 1978-1983: scheda 18756).

In un'altra iscrizione vengono indicati i nomi dei re defunti che hanno inviato un'epidemia o altro male (*Heji* 1978-1983: schede 2123 e 5480, riportate da Song Zhenhao 1994: p. 416). Altre ancora si riferiscono agli antenati del sovrano che tornano ad importunarlo (*Heji* 1978-1983: schede 13697, 13666, 2521, 13682, riportate da Song Zhenhao 1994: p. 424). La credenza che da Cielo scendano le malattie è peraltro ricordata, per l'epoca Zhou, nel capitolo *Ji gong jie* dello *Yi Zhou shu* [I Libri perduti degli Zhou]. Del resto, si tratta di uno schema interpretativo sulle origini dei mali che in qualche modo persiste nella cultura popolare cinese (e non solo cinese) fino ai tempi nostri.

Dall'altro lato, numerose evidenze rinviano ad attribuzioni eziologiche legate allo stile alimentare e di vita o a cause ambientali. Così, anche successivamente, numerose prescrizioni sui cibi, ad esempio, testimoniano di un collegamento culturale tra alimentazione e salute. E talune pratiche fanno anch'esse pensare a una concezione "igienica": ad esempio la scrupolosa separazione dei luoghi di collocazione dei rifiuti dalle aree abitative, già in epoca neolitica; o i canali di scolo per drenare le acque luride, documentati dagli scavi archeologici; o i sistemi di purificazione delle acque attraverso particolari processi di filtrazione (uso delle conchiglie, ad esempio).

È evidente, peraltro la consapevolezza di un collegamento culturale fra le stagioni e talune malattie. Negli *Zhou li* [*I riti degli Zhou*], steso in epoca Zhou, a ogni stagione vengono attribuite particolari patologie: alla primavera il "mal di testa", all'estate i pruriti, le infezioni cutanee e la scabbia, all'autunno infreddature e febbri e una patologia interpretata come malaria, all'inverno i problemi respiratori (tosse, asma ...) (*Zhou li zhu shu, Huiyao*, vol. 46: p. 91).

Anche altre circostanze documentano l'associazione culturale fra condizioni ambientali e minacce alla salute. E in effetti, almeno cinque volte nel corso della dinastia Shang la capitale venne spostata in altra località molto probabilmente anche a causa di un tal tipo di interpretazione.

In taluni testi, invece, il rapporto fra interpretazioni eziologiche magico-religiose e interpretazioni naturalistiche è più sfumato. Lo *Shan hai jing*

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 161 02/11/2010 16.28.57

[*Libro dei monti e dei mari*], compilato tra l'epoca Zhou e gli Han e dedicato a una sorta di descrizione mitico-geografica di un territorio la cui definizione non è ancora del tutto chiarita, è pieno di riferimenti a fantastici animali il cui ruolo sembra oscillare fra quello di effettivi *portatori naturali* di malattie e quello invece di semplici *annunciatori* o *messaggeri* di epidemie o di altri disastri (*Shanhai jing*, ediz. ital. curata da Fracasso 1996). Alcuni esempi:

> «[...] C'è un animale simile all'istrice e rosso come un fuoco di cinabro. Il suo nome è *li*, e la sua comparsa significa grandi epidemie nello stato» [p. 108].
>
> «[...] C'è un animale simile ad una volpe alata. Il suo verso ricorda l'oca selvatica ed è chiamato *bibi* [...]. La sua comparsa significa grande siccità nel Tianxia» [p. 64].
>
> «[...] C'è un uccello simile al fagiano, ma di colore rosso. Si chiama *xingyu* e si nutre di pesci. Il suo verso ricorda quello di un cervo. La sua comparsa significa inondazione dello stato» [p. 32].

Peraltro, sempre nel medesimo libro, alcuni animali "annunciatori" sembra possano invece svolgere un ruolo positivo:

> «[...] C'è poi un animale simile al cane ma con un manto di leopardo e corna bovine. Si chiama *jiao* e abbaia come un cane. La sua comparsa significa abbondanti raccolti nello stato» [p. 32].

Esistono alcune evidenze, inoltre, in base alle quali si può ritenere che all'epoca Yin fosse ormai consolidata l'idea del contagio fra le persone. La "risposta" a un quesito posto nelle ossa oracolari è stata interpretata come la indicazione di "non entrare" (*Heji* 1978-1983: schede 22390 e 22392, riportate da Song Zhenhao 1994: p. 441). E nel *Zhou yi jingzhuan* [Libro dei mutamenti], compilato anch'esso fra la dinastia Zhou e gli Han, ci si riferisce a "entrare" o "non entrare" in vista di eventi di malattia (*Zhou yi jingzhuan, Huiyao*, vol. 2: pp. 118 e 121).

5. Quesiti e responsi sulle malattie attraverso le ossa oracolari

Anche in base a quanto già anticipato, le iscrizioni sulle ossa oracolari sono una preziosa fonte di informazioni sui processi in base ai quali, all'epoca, venivano interrogate le entità superiori sulle malattie e sulle loro implicazioni.

In merito, il quesito più antico finora noto concernente una malattia e la descrizione puntuale del suo decorso risale al periodo del re Wuding, cioè intorno al XII secolo a.C. Si tratta del caso di un uomo malato alle ossa

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 162 02/11/2010 16.28.58

(probabilmente un tumore) per il quale, ricorrendo al rituale delle ossa oracolari, venivano appunto consultate le divinità superiori. In base alle iscrizioni prodotte dagli officianti, dopo 12 giorni dal manifestarsi della malattia si era verificata una crisi del male e dopo altri 175 giorni l'uomo era stato colpito da una seconda crisi con forte peggioramento delle sue condizioni, fino a che, dopo altri 5 giorni, egli morì all'alba (significativa la precisione delle registrazioni concernenti i momenti salienti del decorso del male fino all'ora del decesso) (*Heji* 1978-1983: scheda 13753, riportata da Song Zhenhao 1994: pp. 421-422).

Nel complesso – a quanto risulta dai lavori qui esaminati (si veda in merito la *Bibliografia B*. –, i quesiti oracolari sulle malattie sembrano concentrarsi in larghissima misura proprio nel lungo periodo di regno del re Wuding.

In merito, i responsi richiesti concernono un'ampia tipologia di situazioni: il perché si è prodotta una malattia, la sua gravità, la possibilità che essa possa venir superata, previsioni sulla eventuale data del decesso. Ma anche previsioni su un parto rischioso o sulla data di nascita di un bimbo reale.

6. Come fronteggiare le malattie

Evidenze significative di una risposta sociale alle malattie emergono già in riferimento al Neolitico. In siti della cultura Hemudu, fiorita nel V millennio a.C., sono stati rinvenuti resti di animali e di vegetali ancora oggi utilizzati nella farmacopea cinese: animali come il pangolino (*Manis pentadactyla*) o la piccola tartaruga acquatica con il carapace molle (*Trionya sinensis* o, in una nomenclatura più aggiornata, *Pelodiscus sinensis*); o di frutti come il jujube o giuggiola selvatica o "dattero cinese" (*Ziziphus jujuba*); o di foglie di canfora (*Cinnamomum camphora*) (Song Zhaolin 1983: p. 436).

D'altronde, l'attenzione ai possibili effetti dei differenti vegetali veniva attribuita già ai "mitici fondatori" (gli eroi culturali) della civiltà cinese. Lo ricorda lo *Huainanzi*, testo degli inizi del II secolo d.C., narrando di Shennong:

> «Provava ogni giorno cento erbe e il sapore delle varie acque per conoscerne l'effetto sugli uomini. Avvenne che egli ne individuò settanta tossiche» (Liu, *Huiyao*, vol. 277, p. 230).

Con l'Età del bronzo, e dunque dell'epoca Shang, le evidenze sulle procedure di intervento contro le malattie si fanno sempre più diffuse. In alcuni casi si tratta ancora di resti vegetali: materiali immagazzinati a scopo conservativo. Ad esempio il sito *Gaocheng Taixi Shang dai yizhi* [Rovine della dinastia Shang a Taixi presso Gaocheng] nella provincia di Hebei.

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 163 02/11/2010 16.28.58

Anche qui sono stati rinvenuti resti di vegetali ancora oggi utilizzati nella farmacopea cinese: noccioli di pesca (*Persica vulgaris*), frutti di noce (*Juglans regia*), nocciole (*Semen pruni*), jujube o giuggiola selvatica o "dattero cinese" (*Ziziphus jujuba*), trifoglio odoroso (*Melilotus suaveolens*), e anche *Cannabis sativa* cioè marijuana (*Gaocheng* ...1977: pp. 79-82).

In altri casi si tratta, evidentemente, di strumenti utilizzati nelle cure. Ne diamo qui tre esempi con le relative interpretazioni proposte dagli studiosi:

- Il sito *Gaocheng*, nella provincia di Hebei, nel quale è stata rinvenuta una "falcetta" in pietra, di circa 20 centimetri, custodita in un contenitore laccato nero con pitture in rosso, interpretata come uno strumento per incidere le tumefazioni e poi sospingerne il pus per farlo fuoriuscire (Ma 1979: pp. 54-56 / *Gaocheng*...1977: pp. 82-85).
- Il sito *Zaoshi*, presso Shimen, provincia di Hunan, nel quale è stato rinvenuto un "bastoncino" lavorato, interpretato come uno strumento per percuotere la superficie del corpo e cioè compiere una sorta di massaggio (Zhou 1962: p. 145).
- Una tomba nel sito *Yin* (termine che indica, come già anticipato, la fase ultima della dinasta Shang, tratto dal toponimo della località in cui ebbe luogo l'ultimo trasferimento della capitale) a *Dasikong*, provincia di Henan, nella quale sono stati rinvenuti due punteruoli in osso, uno dei quali infilato nella gabbia toracica del defunto: testimonianza evidente di un intervento curativo di tipo agopunturale e del suo evidente fallimento (*Yin xu fajue* ...1987).

In altri, ancora, le evidenze derivano da iscrizioni su ossa oracolari. In merito, riportiamo anzitutto tre esempi di caratteri compositi interpretati da Hu Houxuan nel 1984 in uno scritto dedicato alle testimonianze sui possibili inizi dell'agopuntura tratte dai reperti archeologici e dai testi classici antichi (Hu 1984):

- un uomo con una pancia pronunciata e una mano con una "freccia": l'interpretazione è che si tratti di una sorta di agopuntura [p. 27];
- un letto e un uomo con una pancia pronunciata e, sopra di essa, un segno che sembra alludere a un intervento di moxibustione (probabilmente utilizzando artemisia) [p. 29];
- un letto e un uomo sdraiato con una pancia pronunciata e, sopra di essa, una mano: l'interpretazione è che si tratti di massaggio [p. 29].

Complessa è peraltro la questione degli inizi dell'agopuntura, che potrebbero anch'essi risalire al Neolitico. Tale questione è stata abbastanza recentemente sintetizzata da Lu Gwei-Djien e Joseph Needham nel loro ampio testo sull'agopuntura e la moxibustione:

«Disponiamo di prove convincenti [...] che i più antichi riferimenti all'agopuntura oggi esistenti risalgono alla metà del periodo Chou [Zhou], attorno al -600 [600 a.C.], ed è interessante osservare come essi precedano di uno o due secoli la fioritura della tec-

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 164 02/11/2010 16.28.58

nologia del ferro e dell'acciaio in Cina. Può darsi tuttavia che siano stati costruiti aghi in bronzo[...], o verosimilmente anche in rame o in stagno, per non parlare dell'oro e dell'argento finemente forgiati, metalli preziosi ch'erano senza dubbio disponibili, seppure in quantità limitate, ai tempi della dinastia Shang. Non siamo del tutto certi che gli Shang praticassero l'agopuntura, ma nel caso che questo sia avvenuto, molto probabilmente avranno utilizzato anche materiali deteriorabili, praticamente ubiquitari in Asia, come ad esempio spine di svariate piante, schegge di bambú (molto resistenti) o strumenti appuntiti di osso o di corno. Si potrebbe avanzare la congettura che i loro predecessori neolitici facessero uso della pietra: è stupefacente ritrovare nella tradizione cinese successiva l'unanime convinzione che i più antichi agopuntori si servissero proprio di questo materiale» (Lu - Needham 1984 [1980]: pp. 85-86).

Tornando alle cure di malattie (o anche a interventi sullo psichismo e la personalità) realizzate a partire da elementi "naturali", è forse opportuno ricordare come nel già citato *Libro dei monti e dei mari* (*Shanhai jing*, ediz. ital. curata da Fracasso 1996), compaiono un gran numero di "animali", "piante" e "minerali", dai cui materiali si riferisce che derivino appunto tali benefici. Così, nelle sole prime pagine della *Parte prima* del libro troviamo fantastici animali i cui materiali curano, ciascuno, «calli e duroni» [p. 10], «tumefazioni e gonfiori» [p. 10], «gonfiori e emorroidi» [p. 14], «la scabbia» [p. 11], oppure fanno sì che «non si dorme» [pp. 10-11], o «non si hanno timori» [p. 10], «non si hanno indecisioni» [p. 11], «non si diventa gelosi» [p. 10], «si è immuni da veleni e malefici» [p. 11]; una pianta che mangiandola «non si ha fame e si vince l'ansia» [p. 16]; erbe che «mangiandone si guariscono i problemi cardiaci» [pp. 19-20], che «mangiandone si guarisce la scabbia» [p. 20], che «usandone per lavarsi si guarisce la scabbia» e anche «gonfiori e tumefazioni» [p. 21], che «portandone alla cintura si possono guarire le infezioni» [p. 21]; e una terra rossa trascinata dalle acque di un fiume «che va spruzzata su buoi e cavalli per non farli ammalare» [p. 20].

Vedremo più avanti (*capitolo 8*) come già in epoca Zhou si fosse ormai costituita, in Cina, una qualche forma di "professionalità medica" riconosciuta. Ma vale la pena, qui, ragionando sugli interventi di tipo farmacologico, riferire un parere tratto dal *Shang shu* [*Libro dei documenti*] (*Shang shu zhu shu, Huiyao*, vol. 16, p. 210), le cui radici risalgono all'epoca Shang:

> «[...] il farmaco che non abbatte il paziente non cura la sua malattia».

Opinioni analoghe sono peraltro formulate dal filosofo Mengzi (*Mengzi zhu shu, Huiyao*, vol. 71: p. 144) e nel *Guo yu* [Narrazione degli Stati], in particolare nel *Chu yu* [Narrazione dello Stato di Chu] (*Guo yu: Chu yu, Huiyao*, vol. 203: p. 166).

In effetti, una precisa concezione della professione medica, dei suoi obbiettivi, delle sue strategie e dei rapporti con il paziente, appare già

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 165 02/11/2010 16.28.58

chiaramente descritta nelle due sezioni – *Suwen* [Le domande semplici] e *Lingshu* [Il perno dell'anima *ovvero* La psiche] – del *Huangdi neijing*, compilato fra l'epoca Zhou e la dinastia Han ma idealmente riferito, come memoria, ai tempi fondativi della società cinese [7]. Vi si narrano le domande formulate dal mitico Imperatore Giallo (Huangdi) al maestro di medicina Qi Bo e le risposte che egli ne ricevette. L'imperatore chiede ad un certo punto di chiarirgli quali fossero le idee dei grandi predecessori nel prendersi cura dei loro pazienti. Cosa intendevano con "assecondare" chi soffriva di qualche male? La risposta è ben chiara: al fine di poter decidere come meglio intervenire per curare una persona, occorre prima di tutto conoscerla con precisione, capire ciò che le dà gioia e ciò ha in odio, farla parlare, aprirsi nei suoi confronti prima ancora di sentirgli il polso. Capire il paziente è come entrare per la prima volta in un paese: occorre informarsi sui suoi costumi; o in una casa: cosa non è opportuno dire o fare; o in una sala pubblica: quali le regole cerimoniali da rispettare (Fu - Wu 1987: p. 9).

Nel *Huangdi neijing*, in sostanza, l'approccio al paziente è chiaramente "olistico": «Nel curare un paziente occorre, come principio, integrare numerosi fattori: la costituzione fisica, il contesto ambientale, le abitudini di vita, le circostanze della malattia. Di tutto ciò il medico deve tener conto per provocarne un superamento dialettico» (Fu - Wu 1987: p. 9).

D'altronde, la frequente tematizzazione della malattia nei responsi richiesti alle entità superiori, tramite le ossa oracolari, e peraltro la logica stessa su cui queste pratiche si radicavano, testimonia del peso, nella cultura della Cina antica, della componente magico-religiosa.

Riportiamo qui, in merito, altri due esempi di caratteri compositi esaminati nel *Heji* e riportati da Song Zhenhao:

- il re mentre compie un sacrificio di animali e comunica con i suoi antenati per ottenere la guarigione dal suo acufene (*Heji* 1978-1983: scheda 22099, riportata da Song Zhenhao 1994: p. 429);
- una donna (sciamana?) che prega davanti a un letto (*Heji* 1978-1983: scheda 5652, riportata da Song 1994: p. 429).

E in effetti, in coerenza con le interpretazioni cosmologiche ed eziologiche dell'epoca, e con la conseguente concezione delle malattie, la risposta magico-religiosa sia "preventiva" sia "terapeutica" non poteva non avere un forte peso. Le iscrizioni sulle ossa oracolari e i testi antichi testimoniano di numerosi rituali di questo tipo e della attiva presenza di figure sciamaniche – per cacciare ad esempio i cattivi spiriti dal corpo del malato – nelle pratiche della corte e probabilmente anche ad altri livelli sociali: talora

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 166 02/11/2010 16.28.59

testimoniano come si è detto – specie nel periodo Yin – dell'esercizio di funzioni sciamaniche anche da parte del sovrano.

Ci sembra importante sottolineare, a questo punto, che le due concezioni – quella "naturalistica" e quella "magico-religiosa" –, e gli orientamenti operativi che ne derivano, risultano effettivamente coesistere, in questo lungo arco di tempo, talora intrecciandosi ma talora collidendo e dando luogo a figure professionali ben distinte. Sembra significativo, in proposito, sempre nel *Huangdi neijing* ma nella sezione *Suwen*, la traccia di una polemica in certo senso "laica" nei confronti delle concezioni magico-religiose e dei conseguenti affidamenti a entità superiori:

> «Non si può parlare della suprema virtù a chi si è vincolato con gli Spiriti. Non si può parlare della suprema abilità a chi prova avversione per gli aghi di metallo o di pietra. Chi non accetta il trattamento non guarirà mai. Anche cercando di curarlo non avrà alcun giovamento» (*Neijing suwen, Huiyao*, vol. 254: p. 49).

7. Prevenzione, ambiente e stili di vita

Sembra di poter dire che – almeno nei suoi ceti colti – un elemento di notevole continuità nella storia della medicina e del costume cinese sia la consapevolezza delle connessioni fra lo stile della alimentazione e della vita, l'ambiente e il benessere e l'equilibrio somatico e psichico. In questo orizzonte ciò che noi chiamiamo oggi "prevenzione" sfuma nella cultura cinese con la saggezza filosofica e la prescrizione di regole etico-pratiche, e si manifesta in una costante e poliedrica attenzione alla cultura corporea: una attenzione che risulta peraltro funzionale non solo alla salute ma anche a un gran numero di ruoli che gli individui sono stati via via chiamati a svolgere, nel corso della storia, in vari ambiti della vita sociale.

Di questo orientamento troviamo evidenze già in epoca Shang e, per certi versi, ancor prima, in alcune culture neolitiche. Ne daremo qui solo qualche rapido cenno.

L'attenzione al mantenersi di un contesto ambientale positivo. Abbiamo già fatto cenno (*capitolo 4*) alla scrupolosa separazione dei luoghi di collocazione dei rifiuti dalle aree abitative, già diffusa in epoca neolitica, ai canali di scolo per drenare le acque luride, ai sistemi di purificazione delle acque attraverso particolari processi di filtrazione e di successiva protezione. E abbiamo anche fatto cenno (*capitolo 6*) all'uso delle foglie di canfora: che venivano bruciate per liberare l'ambiente da insetti e altri animali nocivi o fastidiosi.

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 167 02/11/2010 16.28.59

L'attenzione allo stile alimentare. Sembra abbastanza costante una certa regolamentazione della dieta ed è documentata, in epoca Shang, una generalizzata regola di soli due pasti al giorno, la mattina e il pomeriggio.

Le bevande alcoliche – ottenute dalla fermentazione di cereali e forse anche di prugne – venivano usate, oltre che a scopo voluttuario, per scioglierv taluni farmaci naturali e, assai probabilmente, anche nella produzione degli stati di coscienza funzionali allo svolgimento di pratiche rituali. Esse sembrano rispondere, nel costume del tempo, anche alla protezione da climi non sempre facili.

Più in generale risultano da differenti fonti con una notevole frequenza indicazioni relative al rapporto fra le scelte alimentari e il benessere nonché alla stessa tipologia dei contenitori volta a volta idonei per i vari cibi e le varie occasioni. E a corte Zhou, come emerge da *I riti degli Zhou* furono dedicati alle scelte e alla preparazione dei cibi interi "servizi" sia per il consumo quotidiano sia in relazione ai ricevimenti e ad altre circostanze, nonché alla gestione delle ritualità (*Zhou li zhu shu, Huiyao*, vol. 46: pp. 71-88 e 313-318).

L'attenzione all'igiene personale e alle prestazioni corporee. Significativa la frequenza, nelle ossa oracolari, di segni indicativi del lavarsi le mani, le orecchie, i denti, e anche del lavaggio di stoviglie. E numerosi reperti archeologici documentano – come abbiamo potuto vedere anche nelle numerose mostre sulla civiltà cinese succedutesi in Italia nell'ultimo trentennio – una oggettistica connessa a questa attenzione: pettini, specchi, stuzzicadenti, "cucchiaini" per estrarre il cerume dalle orecchie.

Ma soprattutto è costantemente documentato sin dall'epoca Zhou un complesso di pratiche che per certi versi si configuravano come "ginnastica", come musica e danza (*Zhou li zhu shu, Huiyao*, vol. 46: pp. 423) o come addestramento per il tiro dell'arco, e per altri versi si svolgevano come vere e proprie attività pratiche, sempre funzionali a un corpo ben addestrato, forte e psichicamente vigile ed equilibrato, impegnato in un gran numero di compiti, dalla caccia alla guerra e al lavoro.

A questo proposito, una importante documentazione è emersa negli scavi relativi alla scoperta delle sepolture di epoca Han occidentale, a Mawangdui, in provincia di Hunan, dove è stata rivenuta una vivace pittura su seta con la rappresentazione di un gran numero di figurette umane in differenti posizioni di movimento corporeo, in qualche modo mimetiche rispetto alla scioltezza di movimento tipica di alcuni animali (*Hunan Changsha* ...1994: pp. 128-129 e 142-143). Così, per le epoche qui analizzate ci troviamo di

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 168 02/11/2010 16.28.59

fronte agli inizi di un corpus di esercizi fisico-respiratori e di arti marziali che caratterizzeranno tutta la storia della civiltà cinese.

La formulazione di *prescrizioni per il mantenimento della salute fisica e psichica* è peraltro centrale, in Cina, nelle elaborazioni dei filosofi classici, sin dall'epoca Zhou, e poi della dinastia Han. Nello *Shangshu zhu shu* [Libro dei Documenti] (*Shang shu zhu shu, Huiyao*, vol. 16: pp. 250-252) vengono indicate «cinque *fu* 福: longevità, ricchezza, benessere del corpo e serenità della mente, amore per la virtù, coronare la vita con una buona morte». E «sei *ji* 极: sfortuna che abbrevia la vita, malattie, preoccupazioni, povertà, malvagità, debolezze».

E peraltro, pensatori come Confucio o i taoisti Laozi e Zhuanzi (Laozi ..., *Huiyao*, vol. 275 / Zhuanzi, *Huiyao*, vol. 275) attestano diffusamente e puntualmente una precisa attenzione a ciò che è opportuno per "nutrire la virtù" e cioè per garantire un perfetto equilibrio psichico-fisico, appunto nell'orizzonte di una concezione etica e "olistica" dei processi di salute/malattia.

Fra le numerose fonti, citiamo qui solo qualche massima contenuta nelle *Conversazioni di Confucio* (*Lunyu zhu shu, Huiyao*, vol. 70):

> «Egli [il Maestro] preferisce il riso di qualità, le pietanze le preferisce tagliate sottilmente. Se il riso cotto è rancido e maleodorante e il suo aspetto è mutato, e il pesce e la carne sono avariati, egli non ne mangia. [...] Se il cibo non è ben cucinato e di stagione, non ne mangia. Se non è tagliato in modo giusto e non ha il giusto condimento, non ne mangia. Anche se la carne è abbondante egli non ne consuma più del necessario. Fa eccezione per le bevande alcoliche ma mai esagera. Non consuma alcolici di bottega né carne essiccata acquistata al mercato. Non rifiuta lo zenzero. Non raggiunge mai la piena sazietà» [p. 96].
>
> «Il Maestro disse: "Sul sovrano Yu [mitico fondatore della prima delle cosiddette Tre Dinastie, la dinastia Xia], non vi é nulla da eccepire. Era frugale nel mangiare e nel bere. Era devoto e prodigo nel culto alle divinità. Indossava abiti dimessi, ma vesti e copricapo sontuosi ed eleganti nelle cerimonie. Viveva in una dimora umile ma non si risparmiava nella costruzione dei canali d'irrigazione. Sul sovrano Yu, non vi è nulla da eccepire"» [p. 79].
>
> «L'uomo di animo nobile, nel mangiare non cerca di saziarsi e nella sua dimora non vive negli agi. È pronto nell'agire, accorto nel parlare. Cerca la compagnia dei virtuosi per perfezionare sé stesso; invero si può affermare che egli ama imparare» [p. 14].

8. Il ruolo medico e l'organizzazione sanitaria

Quanto abbiamo fin qui delineato pone evidentemente alcuni quesiti per quanto riguarda la definizione e l'identità di una figura "medica" nella Cina antica, la sua commistione con i ruoli sciamanici e con altre possibili figure,

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 169 02/11/2010 16.28.59

e, di contro, la sua possibile articolazione in ruoli specialistici (e quali, eventualmente), la sua formazione e le modalità di valutazione del suo lavoro, la possibile esistenza di una organizzazione sanitaria complessa.

In merito, avanzeremo qui solo qualche puntualizzazione.

Anzitutto, per l'epoca Shang e forse anche prima in epoca neolitica, la presenza di un ruolo sciamanico, legato alle concezioni eziologiche e cosmologiche del tempo, configura certamente una funzione con valenze *anche* diagnostico-terapeutiche, e procedure coerenti con tale funzione, cui accudivano officianti di corte e talora, come abbiamo visto, lo stesso sovrano. Ma possiamo ipotizzare che l'evidente utilizzo terapeutico di sostanze naturali, e anche di strumenti, configurasse – in analogia a molte altre culture – anche figure con un più "terreno" ruolo di diretto intervento sulla sfera corporea.

È peraltro probabile che sia in epoca Shang che nella successiva epoca Zhou operassero fuori dalla corte figure sciamaniche "più popolari" sia maschili sia femminili, come peraltro andò verificandosi anche molto più tardi.

Del resto, lo *Huainanzi*, cui abbiamo già fatto riferimento (*capitolo 6*) traccia una precisa distinzione tra le due figure:

> «Il medico utilizza aghi e pietra e lo sciamano (*wu*) ricorre al riso sacrificale [da interpretare nel senso ampio di una cura attraverso un rituale magico-religioso» (Liu, Huiyao, vol. 277: p. 200).

Ma per l'epoca Zhou disponiamo di chiare evidenze di una organizzazione molto più complessa, in gran parte descritta ne *I riti degli Zhou*, che risale sostanzialmente alla medesima epoca.

Nella descrizione delle strutture di governo, *I riti degli Zhou* (*Zhou li zhu shu, Huiyao*, vol. 46) è estremamente dettagliato, e configura un modello organizzativo assai complesso e articolato. Vi risulta descritto con precisione un "servizio" guidato da "Capo dei medici" [juan 1, p. 21 / juan 5, pp. 89-90] che sovrintendeva a tutte le attività curative e assegnava i compiti relativi ai vari trattamenti:

> «tutti coloro che abitano nel nostro territorio e che soffrono di "malattie ordinarie", di "mal di testa" o di ferite vengono da lui. Allora egli ordina ai vari medici di dividersi [in base a criteri di competenza e di disponibilità?] il trattamento di queste affezioni» [juan 5, p. 89].

Di notevole interesse è il sistema di controllo della perizia e dell'impegno dei singoli medici così inquadrati, da parte del loro "Capo":

> «a fine anno egli esamina l'attività dei medici per valutarne la qualità e fissarne gli emolumenti. Il primo [più alto] livello corrisponde a dieci guarigioni

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 170 02/11/2010 16.29.00

> complete o a dieci trattamenti completi. un errore su dieci corrisponde al secondo livello. Poi, due errori su dieci; poi tre errori su dieci; quattro errori su dieci costituisce il gradino più basso» [juan 5, p. 90].

In effetti, dai testi emerge anche l'idea che la perizia di un medico si possa constatare in base al fatto che le persone che gli si affidano non giungono ad ammalarsi (Liu, *Huiyao*, vol. 277: p. 193).

Peraltro, sull'impegno e la necessaria attenzione richiesti a chi era addetto alle cure, disponiamo anche – sempre in riferimento all'epoca Zhou, tra il VI e il V secolo a.C. –, di un aforisma (se pur variamente interpretato) contenuto nelle *Conversazioni di Confucio*:

> «Il Maestro disse "vi è un adagio degli uomini del sud: chi non ha costanza non può fare lo sciamano o il guaritore"» (Lunyu zhu shu, Huiyao, vol. 70: p. 128).

Al "Capo dei medici" erano legati, nella complessa organizzazione descritta ne *I riti degli Zhou* (*Zhou li zhu shu, Huiyao*, vol. 46), altri quattro servizi più specifici.

Primo, il "Servizio dei medici addetti alla alimentazione", che sovrintendeva, per il sovrano (e in vista della sua miglior salute), a sapienti e articolate combinazioni dei nutrienti, delle loro proprietà e dei loro sapori, tenendo in rigido conto l'alternarsi delle stagioni e l'integrazione fra cibi di origine vegetale, tra cui i vari cereali, e cibi di origine animale [juan 1, p. 21 / juan 5, pp. 90-91].

Secondo, il "Servizio dei medici generici", che sembra fosse incaricato di curare solo la gente comune, giacché alla cura del sovrano e degli alti funzionari provvedeva direttamente il "Capo dei medici" [juan 1, p. 21 / juan 5, pp. 91-93].

Terzo, il "Servizio dei medici per le tumefazioni di vario tipo" [juan 1, p. 21 / juan 5, pp. 93-95].

Quarto, il "Servizio dei medici per gli animali" [juan 1, p. 21 / juan 5, p. 95].

Di ognuno di questi servizi vengono descritte con molti dettagli le varie patologie cui essi si riferivano e le sostanze e le procedure usate nei trattamenti. A conclusione del testo relativo ai "medici per gli animali" viene ribadito il criterio di una valutazione a posteriori della perizia e dell'impegno degli operatori: «In caso di morti, si conta il numero degli animali perduti, al fine di promuovere o retrocedere i responsabili» [juan 1, p. 21 / juan 5, p. 95].

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 171 02/11/2010 16.29.00

Questi, i quattro gruppi di lavoro o "servizi" collegati, che insieme a quello del "Capo dei medici" costituivano la ossatura strettamente medica della compagine governativa, e dipendevano insieme a molti altri "servizi" dal "Grande ministro", responsabile del cosiddetto "Ministero" del Cielo (o dell'amministrazione generale). Ma esistevano altri servizi e altre figure che avevano a che fare con la salute in quanto svolgevano compiti finalizzati ai rapporti con le "entità superiori" e dipendevano invece dal cosiddetto Terzo "ministero" o "Ministero" della primavera: in particolare gli àuguri e gli addetti alle tartarughe (essenziali per i pronostici connessi alle ossa oracolari) [juan 24, pp. 465-473], gli interpreti dei sogni e gli invocatori [juan 26, pp. 478-496], gli sciamani (maschili e femminili) e il loro capo [juan 26, pp. 503-506]. E altri ancora.

Appunto una organizzazione estremamente articolata e complessa, in cui si esprimeva l'intero orizzonte di rappresentazioni e di pratiche connesse a una salute concepita in termini che oggi chiameremmo "olistici" o meglio "sistemici", sullo sfondo delle concezioni eziologiche e cosmologiche della Cina antica.

9. Una conclusione e un inizio

Siamo giunti così alla fine di questo esame del primo lungo arco costitutivo della medicina cinese: uno sviluppo che a partire dalle culture neolitiche giunge fino ai primi secoli d.C., su un ampio territorio, in un impero altamente istituzionalizzato.

Abbiamo cercato di ricostruire questo percorso selezionando, fra le tante fonti e il gran numero dei contributi scientifici di molte discipline, ciò che allo stato attuale ci è parso più significativo, o comunque rappresentativo, delle conoscenze finora raggiunte.

Abbiamo potuto constatare, così, in quell'arco storico, lo sviluppo e l'intreccio, ad un tempo distinto e integrato, fra orientamenti, saperi e pratiche di tipo magico-religioso, e più specificamente sciamanico, e orientamenti, saperi e pratiche più vicine a un approccio che definiremmo oggi naturalistico, fondato sulla attenzione e l'utilizzo di quanto fornito dall'ambiente: due orientamenti talora integrati, appunto, e talora in contrasto, strettamente legati, comunque, a una concezione unitaria del corpo umano e del suo rapporto con l'intero contesto. Un approccio, in sostanza, fondato sull'idea di una necessaria armonia fra l'uomo e la natura: natura che è interna a lui e, senza discontinuità, costitutiva del cosmo. In questa concezione del

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 172 02/11/2010 16.29.00

mondo – spesso definita "olistica" – dal verificarsi di possibili squilibri nasce appunto la malattia e ne risulta definito l'obbiettivo di riequilibrio da perseguire per il suo superamento.

Abbiamo anche visto come in questo lungo periodo si sia andata via via delineando una figura professionale di tipo medico, con una sua area di competenze, strumentazioni, riconoscimenti e regole deontologiche: una professionalità connessa a precise esperienze empiriche e, ad un tempo, a un complesso orizzonte filosofico-cosmologico e istituzionale.

L'ultima fase dell'epoca Zhou segna appunto il più netto delinearsi di questa figura medica e la sua integrazione in quello che possiamo correttamente definire come un vero e articolato sistema sanitario.

Un articolato sapere e saper-fare, dunque, che è stato progressivamente codificato, fra l'epoca Zhou e la dinastia Han, nel già citato e ben noto testo *Huangdi neijing*, idealmente proiettato all'indietro dai suoi compilatori, come abbiamo detto, verso l'epoca ancora mitica del costituirsi della civiltà cinese.

E questo "tornare alle origini" segna, come spesso è avvenuto nella storia cinese, il fermento di nuovi sviluppi.

Note

(1) Sono ormai molto numerosi i siti che testimoniano dello sviluppo di culture neolitiche, sin dall' VIII millennio a.C., in molte aree dell'attuale territorio cinese. Tra quelle che più direttamente interessano il nostro discorso possiamo citiamo qui solo: (*a*) nella provincia di Shaaxi i siti di Banpo, di Yuanjunmia (cultura Yangshao), e di Jiangzhai (cultura Yangshao), (*b*) nella provincia di Henan il sito di Xiawanggang, (*c*) nella provincia di Shandong i siti di Xixiahuo e di Dawenkou, (*d*) nella provincia di Jiangou il sito di Dadunzi, (*e*) nella provincia di Zhejiang il sito di Hemudu.

(2) Nell'arco storico degli studi relativi alle iscrizioni su ossa oracolari va sottolineato, come vedremo più avanti, che una parte consistente di tali iscrizioni – 41.956 tavole corrispondenti ad altrettante ossa, per esattezza – furono attentamente schedate sotto la direzione del curatore-capo Guo Moruo, e pubblicate in 13 volumi dall'Istituto di studi storici dell'Accademia delle scienze sociali, a Pechino, fra il 1978 e il 1983, costituendo così una monumentale e preziosa opera di riferimento per tutti gli studi successivi (Guo 1978-1983). Per altri riferimenti a questi studi si veda via via più avanti e nella *Bibliografia B*.

(3) Nell'ampio quadro dell'istituto della "regalità sacra" – diffuso in un gran numero di società antiche e persistito, anche in Occidente, fino alle soglie della modernità - una figura come quella cinese del re-sciamano si colloca tra quelle in cui il sovrano, al contrario ad esempio dei faraoni egizi, non riveste, di per sé, un carattere divino, ma assume invece il ruolo di "tramite" privilegiato fra il mondo terreno degli uomini e quello delle entità superiori: egli rappresenta la comunità e può dialogare con gli antenati, con gli spiriti, con le divinità.

(4) David N. Keightley, *Sources of Shang history. The oracle-bone inscriptions of Bronze age China*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, 1978, XVIII+281 pp., cfr. pp. 33-34. Sempre

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 173 02/11/2010 16.29.00

in merito a una tipologia delle occazioni/funzioni in cui si faceva ricorso alle ossa oracolari, in una ormai vasta letteratura scientifica va ricordato il contributo precedente e più sintetico formulato quasi un quarto di secolo prima da Joseph NEEDHAM, *Scienza e civiltà in Cina*, vol. I. *Lineamenti introduttivi*, traduz. dall'inglese, Einaudi, Torino, 1981, XXXVI+411 pp. [ediz. orig.: 1954], cfr. p. 101.

(5) La collezione *Si ku quan shu huiyao* costituisce la selezione e la sistemazione, in un unico complesso editoriale, della immensa eredità scritta conservata in Cina dall'antichità. Essa è stata prodotta verso la fine del XVIII secolo. Nel 1773, infatti, l'imperatore Qianlong (della dinastia Qing), che regnò fra il 1736 e il 1795, diede la sua approvazione a una ambiziosa proposta che gli veniva da un alto funzionario, JI Yun, responsabile delle questioni culturali della provincia di Anhui: quella, cioè, di organizzare in un'unica grande collezione di testi tutto ciò che di significativo era stato scritto sin dagli inizi della lunga storia della civiltà cinese (a partire, dunque, dal I millennio a.C.). Furono a tale scopo messi all'opera centinaia di studiosi e di copisti per dare mano ad un enorme lavoro di individuazione, selezione e revisione filologica di testi talora di antichissima fattura, reperibili non solo nella biblioteca imperiale della Città Proibita ma anche nelle accademie e nelle residenze di eruditi e funzionari sparse sull'intero territorio dello Stato. Seguendo la tradizione intellettuale cinese, questa collezione doveva articolarsi nelle quattro classi in cui era uso suddividere le opere scritte: (*a*) gli antichi classici o opere "canoniche", (*b*) le opere storiche, (*c*) le opere filosofiche, (*d*) le opere letterarie. Essa prese perciò il nome di Si ku quan shu, appunto "collezione delle quattro classi". In realtà, i testi selezionati coprono l'intero ambito della storiografia sociale, religiosa e politica, la riflessione filosofica, le scienze umane e naturali e le loro molteplici applicazioni (dalla medicina all'agricoltura alle tecnologie), le tematiche linguistiche e filologiche, la produzione letteraria, per un totale di circa 3460 titoli. Ben presto questa grande impresa ebbe inizio. L'Imperatore tuttavia, avendo ormai raggiunto i sessantatre anni di età e il trentottesimo anno di regno, temendo di non poter vedere la conclusione dell'opera, ordinò che gli venisse anticipata per suo uso esclusivo un'ampia scelta dei testi più significativi, una sorta di accurata selezione all'interno del vasto materiale già selezionato. Nacque così la Si ku quan shu huiyao, con 463 titoli (circa un settimo dei titoli inseriti nella collezione completa) organizzati in 11.178 juan (pari a un terzo di quelli in cui risultò organizzata la collezione completa). Una edizione "ridotta" rispetto al numero delle opere accolte nell'altra, e tuttavia filologicamente più precisa, graficamente più accurata e, sempre perché destinata al solo uso dell'Imperatore, integra nei suoi testi, praticamente privi di ogni intervento censorio. Nel 1778 la prima copia della Huiyao fu terminata e collocata nella sala Chi zao del palazzo Kun Ning Gong all'interno della Città proibita. L'anno successivo ne fu prodotta una seconda copia, che venne collocata nella residenza estiva imperiale Yuan Ming Yuan, progettata in stile occidentale da gesuiti europei (fra i quali il pittore milanese Giuseppe Castiglione, su incarico dello stesso imperatore Qianlong) e considerata a quel tempo, insieme all'intero complesso, una delle quattro più splendide e imponenti residenze del mondo. Sfortunatamente, ottant'anni dopo (1860) questa seconda copia fu distrutta insieme all'intero palazzo in un grande rogo provocato dall'esercito invasore anglo-francese. Solo nel 1924, nel tredicesimo anno della Prima repubblica in Cina, quando l'ultimo imperatore, Puyi, lasciò la Città proibita, e fu data mano all'inventario di tutti i beni imperiali contenuti, si scoprì che la prima copia della Huiyao era ancora lì, salva e perfettamente integra e conservata. È questa la collezione riprodotta anastaticamente in 500 volumi, a Taipei, nel 1986-1987: e a questa, appunto, ho fatto riferimento per la maggior parte delle citazioni delle antiche fonti.

(6) Le ricerche storico-etnografiche sulle cosiddette "minoranze etniche" ancora esistenti in Cina – stimate oggi in cinquantacinque oltre alla maggioranza Han – sono assai numerose. Per un lavoro di sintesi si può vedere *Zhongguo shaoshu minzu* [Minoranze etniche in Cina], Renmin, Beijing, 1981, II+596 pp. In riferimento a quanto qui ci interessa, cfr. per i Naxi (Moso) la p. 382 e per i Mancesi la p. 29.

(7) Per una recente ricostruzione della storia del *Huangdi neijing* (delle sue due sezioni *Neijing suwen* e *Neijing lingshu* ma sostanzialmente della prima) e per una attenta disamina di questa più antica "sistemazione" della medicina cinese – la sua dottrina di fondo, le rappresentazioni anatomico-fisiologiche, le concezioni eziologiche, le principali patologie caratterizzate, le pratiche diagnostiche e terapeutiche – è opportuno vedere UNSCHULD Paul U. 2003. Il *Huangdi neijing* è in certo senso un punto di arrivo rispetto al lungo periodo che abbiamo cercato di delineare, e di

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 174 02/11/2010 16.29.00

ciò va tenuto conto. Ma dal punto di vista tematico, per quanto qui ci interessa, sono soprattutto da vedere nel capitolo V. *A survey of the contents of the Su wen* i paragrafi 7. *Pathogenic agents* [pp. 180-198], 8. *Diseases* [pp. 198-241], 9. *Examination* [pp. 241-265], e i paragrafi 10-12 [pp. 265-318] dedicati alle varie tipologie terapeutiche.

Bibliografia A. Fonti cinesi antiche

Avvertenze. Per le edizioni delle fonti ho fatto principalmente riferimento alla ristampa anastatica della collezione *Si ku quan shu huiyao* pubblicata in 500 volumi dalla casa edtrice Shijie, Taipei, 1986-1987, qui citata (come è uso convenzionale) semplicemente *Huiyao*, seguita dalle indicazioni del volume e delle pagine in cui la singola opera è collocata. Per le indicazioni degli autori e dei testi ho sempre adottato, insieme alla traslitterazione *pinyin*, gli attuali caratteri cinesi semplificati (anziché i caratteri tradizionali usati nei testi antichi e dai successivi annotatori).

Guo yu 国语 [Narrazioni degli Stati] / in particolare: *Chuyu* 楚 语 [Narrazione dello Stato di Chu], *Huiyao*, vol. 203, pp. 1-198.

Laozi dao te jing 老子道德经 [Il Libro della Via e della Virtù di Laozi], *Huiyao*, vol. 275, pp. 199-248 [ediz. ital.: *Tao Tê Ching. Il Libro della Via e della Virtù*, seguito dal testo cinese, a cura di Duyvendak J.J.L., traduz. di Devoto Anna, dalla versione francese (*Tao tö king. Le livre de la Voie et de la Vertu*, Livrairie d'Amérique et d'Orient Adrien-Maisonneuve, Paris 1953), Adelphi, Milano, 1973, 266 pp.].

Li Fang 李昉 - Li Mu李穆 - Xu Xuan 许铉, *Taiping yu lan*太平御览 [Enciclopedia imperiale del regno Taiping], nella moderna edizione: Hebei Jiaoyu, Shijiazhuang, 1994, ristampa 2000, 8 voll. / in particolare: vol. VI, juan 738-743, pp. 744-799 [malgrado questo trattato enciclopedico sia stato prodotto nel X secolo d.C., in un'epoca cioè posteriore a quella qui esaminata, è per noi interessante perché fornisce, in base a numerose e tematicamente eterogenee compilazioni precedenti una ampia sistemazione concernente le differenti malattie conosciute].

Liu Xiang 刘向, *Huainan honglie jie* 淮南鸿烈解 (meglio conosciuto come *Huainanzi*) [Il Libro del principe di Huainan], *Huiyao*, vol. 277, pp. 1-262.

Lunyu zhu shu 论语注疏 [Conversazioni di Confucio. Testo annotato da successivi commentatori], *Huiyao*, vol. 70, pp. 1-194 [ediz. ital.: *Confucio. Dialoghi*, traduz. e cura di Lippiello Tiziana, con testo cinese a fronte, Einaudi, Torino, 2003 e 2006, XXXVIII+245 pp.].

Mengzi zhu shu 孟子注疏 [Mencio. Testo annotato da successivi commentatori], *Huiyao*, vol. 71, pp. 1-337.

Neijing suwen 内经素问 [Le domande semplici dell'Imperatore Giallo], *Huiyao*, vol. 254, pp. 1-464 [ediz. italiana parziale: *Huangdi neijing. Suwen. Le domande semplici dell'Imperatore Giallo. I primi undici capitoli*, a cura di Rochat de la Vallée Elisabeth e Larre Claude, traduz. dalla versione francese (*Su wen. Les 11 premiers traités*, Institut Ricci, Paris, 1993), Jaca Book, Milano, 1994, 406 pp. / il *Neijing suwen* costituisce la prima sezione del *Huangdi neijing*: la seconda sezione, il *Neijing lingshu* [Il perno dell'anima *ovvero* La psiche] non è compresa nella collezione *Huiyao* e ne indichiamo qui la edizione italiana, anch'essa parziale, *Dal "Huangdi Neijing. Lingshu". La psiche nella tradizione cinese. Capitolo otto*, a cura di Rochat de la Vallée Elisabeth e Larre Claude, traduz. dalla versione francese (*Les mouvements du coeur*, Institut Ricci, Paris, 1992), Jaca Book, Milano, 1994, 224 pp.].

Shan hai jing 山海经 [Libro dei monti e dei mari], *Huiyao*, vol. 180, pp. 1-707. [ediz. ital.: *Libro dei monti e dei mari (Shanhai jing). Cosmografia e mitologia nella Cina Antica*, a cura di Fracasso Riccardo, Fondazione Giorgio Cini - Marsilio, Venezia, 1996, XXXVIII+284 pp.].

Shang shu zhu shu 尚书注疏 [Libro dei Documenti], *Huiyao*, vol. 16, pp. 1-472. [ediz. ingl.: *The Chinese Classics*, a cura di Legge James, 5 voll., vol. III. *The Shoo King*, II ediz., Oxford University Press, ristampa: Taipei, 1966, XII+208+735 pp.].

Yi Zhou shu 逸周书 [I Libri perduti degli Zhou] / in particolare il capitolo *Ji gong jie* 祭公解.

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 175 02/11/2010 16.29.01

Zhou li zhu shu 周礼注疏 [I riti degli Zhou. Testo annotato da successivi commentatori], *Huiyao*, vol. 46, pp. 1-834. [ediz. franc.: *Le Tcheou-Li ou Rites des Tcheou*, a cura di Biot E., Imprimérie Nationale, Paris, 1851, 3 voll.].

Zhou yi jingzhuan 周易经传 [Libro dei mutamenti. Testo annotato da successivi commentatori], *Huiyao*, vol. 2, pp. 1-332 [ediz. ital.: *I King (Il libro dei mutamenti)*, traduz. di Veneziani Bruno e Ferrara E. G. dalla versione tedesca (curata da Wilhelm Richard), prefazioni di Jung Carl Gustav, Astrolabio, Roma, 1950, 619 pp.].

Zhuangzi 庄子 [Zhuangzi], *Huiyao*, vol. 275, pp. 287-489. [ediz. ital.: *Zhuang-zi*, a cura di Liou Kia-hway, traduz. di Laurenti Carlo e Leverd Christine, dalla versione francese (Unesco - Éditions Gallimard, Paris, 1980), Adelphi, Milano, 1982, 412 pp.].

Bibliografia B. Pubblicazioni scientifiche moderne

Avvertenze. Come è uso convenzionale, i rinvii nel testo a "Guo Moruo (curatore capo)..." vengono abbreviate in *Heji*.

Allen Sarah, *The shape of the turtle. Myth, art and cosmos in early China*, State University of New York Press, Albany (New York), 1991, XII+230 pp.

Bodde Derk, *Essays on Chinese civilization*, edited and introduced by Charles Le Blanc and Dorothy Borel, Princeton University Press, Princeton (New Jersey), 1981, XVIII+455 pp.

Cai Lianzhen 蔡莲珍 - Chou Shihua 仇士华, *Tan shisan ceding he gudai shipu yanjiu* 碳十三测定和古代食谱研究 [Uno studio sulla alimentazione nella Cina arcaica mediante la tecnica del ^{13}C], "Kaogu", n. 10, 1984, pp. [annuali] 949-955.

Chang Kwang-chih, *Early Chinese civilization: anthropological perspectives*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London, 1976, XVIII+229 pp.

Chang Kwang-chih, *Art, myth, and ritual. The path to political authority in ancient China*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London, 1983, XII+142 pp.

Chang Kwang-chih, *La civiltà cinese antica: origini e caratteristiche*, pp. 27-44, in *7000 anni di Cina. Arte e archeologia cinese dal Neolitico alla dinastia degli Han* [catalogo della mostra, Venezia], Silvana Editoriale, Milano, 1983, 213 pp.

Chen Bangxian 陈邦贤, *Zhongguo yiyxue shi* 中国医学史 [Storia della medicina cinese], Shangwu, Taipei, 1965 XXVIII+406 pp. [I ediz.: Shanghai, 1937] / in particolare: pp. 1-61.

Creel Herrlee Glessner, *Studies in early Chinese culture. First series*, Porcupine Press, Philadelphia (Pennsylvania), 1978, XXII+266 pp. [I ediz.: Waverly Press, Baltimore, 1937].

Dai Yingxin 戴应新, *Jiefang hou kaogu faxian de yi yao zhiliao kao shu* 解放后考古发现的医药治疗考述 [Sulle cure mediche in base alle scoperte archeologiche dopo la Liberazione], "Kaogu", n. 2, 1983, pp. 180-186.

Ding Shan 丁山, *Shi* 𣪊 释 𣪊 [*Appendice 1. Sul carattere* 𣪊], pp. 243-245, in *Shuo* .说 𤔔 [Sul carattere 𤔔], "Zhongyang Yanjiuyuan Lishi Yuyan Yanjiusuo Jikan" [Bollettino dell'Istituto di Storia e Filologia della Academia Sinica] (Beijing), vol. I, fasc. 2, 1930, pp. 233-250 [L'intero articolo con le sue appendici è stato ripubblicato in una riedizione del Bollettino a Taipei nel gennaio del 1967].

Fracasso Riccardo, *The Shanhai jing. A bibliography by subject*, "Cina", n. 23, 1991, pp. 81-104 / in particolare: *H. Natural sciences and medicine*, pp. 98-100, e per certi versi *G. Religion, mythology and divination*, pp. 93-98.

Fu Weikang - Wu Hongzhou 傅维康 - 吴鸿洲, *Huangdi neijing daodu* 黄帝内经导读 [Huangdi neijing: una guida alla lettura], Bashu, Chengdu, 1987, VIII+330 pp. / in particolare: p. 9 e p. 11.

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 176 02/11/2010 16.29.01

Gaocheng Taixi Shang dai yizhi 藁城太西商代遗址[Le rovine della dinastia Shang a Taixi presso Gaocheng], Hebei Sheng Bowuguan [Museo della Provincia di Hebei], Wenwu, Beijing, 1977, 91 pp. / in particolare: pp. 17-27 e 79-86.

Guo Moruo 郭沫若 (curatore capo), *Jiaguwen heji* 甲骨文合集 [Raccolta delle iscrizioni sulle ossa oracolari], Zhongguo Shehui Kexueyuan Lishi Yanjiusuo [Istituto di Studi Storici dell'Accademia di Scienze Sociali], Beijing, 1978-1983, 13 voll.

Han Kangxin 韩康信, *Jiangsu Pixian Dadunzi xin shiqi shidai ren gude yanjiu* 江苏邳县大墩子新石器时代人骨的研究 [Uno studio sulle ossa umane nel Neolitico a Dadunzi presso Pixian nella provincia di Jiangsu], "Kaogu Xuebao", n. 2, 1974, pp. 125-141.

Han Kangxin 韩康信 - Pan Qifeng 韩其风, *Dadunzi xin shiqi shidai renlei hangu de yichang bianxing* 大墩子和王因新石器时代人类颌骨的异常变形 [Deformazioni della mandibola umana nel Neolitico a Dadunzi e Wangyin], "Kaogu", n. 2, 1980, pp. 185-191.

Henan Anyang Fuhao mu 河南安阳妇好墓 [La tomba di Fuhao presso Anyang nella provincia di Henan], Wenwu, Beijing, 1994, 182 pp. / in particolare: pp. 141-144.

Henan Wenwu Yanjiusuo 河南文物研究所, *Zhechuan Xiawanggang* 浙川下王岗 [Xiawanggang presso Zhechuan], "Wenwu", Beijing, 1989 / in particolare: p. 426.

Hunan Changsha Mawangdui Xi Han mu 湖南长沙马王堆西汉墓 [Le tombe Han Occidentali a Mawangdui presso Changsha in provincia di Hunan], Wenwu, Beijing, 1994, 186 pp. / in particolare: pp. 128-129 e 142-143.

Hu Houxuan 胡厚宣, *Yin ren jibing kao* 殷人疾病考 [Uno studio sulle malattie degli Yin], Qilu Daxue Guoxue Yanjiusuo [Istituto di Sinologia della Università Qilu], Chengdu, 1944, 15 pp. / ristampa nella Raccolta di studi dell'Autore sulle ossa oracolari nella storia Shang, prima sezione, vol. I, Hebei Jiaoyu, Beijing, 2002, 2 voll., 1021 pp.

Hu Houxuan 胡厚宣, *Lun Yin ren zhiliao jibing zhi fangfa* 论殷人治疗疾病之方法 [Sui metodi per curare le malattie degli Yin], "Zhongyuan Wenwu", n. 4, 1984, pp. 27-30.

Jia Lanpo 贾兰坡, *Shandingdongren* 山顶洞人 [L'Uomo della caverna superiore], Longmen Lianhe Shudian, 1950.

Keightley David N., *Sources of Shang history. The oracle-bone inscriptions of Bronze age China*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, 1978, XVIII+281 pp.

Li Xiaoding 李孝定, *Du qi shi xiao lu zhi er* 读契识小录之二 [Note sulle iscrizioni su ossa oracolari. II], "Zhongyang Yanjiuyuan Lishi Yuyan Yanjiusuo Jikan" [Bollettino dell'Istituto di Storia e Filologia della Academia Sinica] (Taipei), vol. XXXVI, parte I, 1965, pp. 279-287 / in particolare: p. 282.

Li Xiaoding 李孝定, *Jiagu wenzi jishi* 甲骨文字集释 [Raccolta di interpretazioni sui caratteri di scrittura delle ossa oracolari], Zhongyang Yanjiuyuan Lishi Yuyan Yanjiusuo [Istituto di Storia e Filologia della Academia Sinica] (Taipei), V ristampa: 1991, 8 voll., 4765 pp.

Li Zongkun 李宗焜, *Cong jiaguwen kan shangdai de jibing yu yiliao* 从甲骨文看商代的疾病与医疗 [Osservazioni sulle malattie e sulle cure mediche nell'epoca Shang in base alle iscrizioni su ossa oracolari], "Zhongyang Yanjiuyuan Lishi Yuyan Yanjiusuo Jikan" [Bollettino dell'Istituto di Storia e Filologia della Academia Sinica] (Taipei), vol. LXXII, fasc. 2, 2001, pp. 339-391.

Liu Dunyuan 刘敦愿, *Han huaxiang shi shang de zhen jiu tu* 汉画像石上的针灸图 [Immagini dell'agopuntura sui rilievi in pietra della dinastia Han], "Wenwu", n. 6, 1972, pp. 47-51, in particolare: le 4 illustrazioni a p. 48.

Liu Yuan 刘源, *Yin xu Huayuanzhuang Dongdi jiaguwen yanjiu gaikuang* 殷墟花园庄东地甲骨文研究概况 [Introduzione alla ricerca sulle iscrizioni su ossa oracolari nelle rovine Yin a Dongdi presso Huayuanzhuang], "Lishi Yanjiu"), n. 2, 2005, pp. 180-184.

Lu Gwei-Djen - Needham Joseph, *Aghi celesti. Storia e fondamenti razionali dell'agopuntura e della moxibustione*, traduz. dall'inglese, Einaudi, Torino, 1984, XXVII+522 pp. [ediz. orig.: *Celestial lancets. A history and rationale of acupuncture and moxa*, Cambridge University Press, Cambridge, 1980] / in

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 177 02/11/2010 16.29.02

particolare: nel capitolo 3. *Sviluppo storico del sistema*, i paragrafi *a. Origine e natura degli strumenti*, pp. 85-95, e *b. I riferimenti più antichi*, pp. 95-107.

Ma Jixing 马继兴, *Taixi cun Shang mu zhong chutu de yiliao qiju bian lian* 太西村商墓中出土的医疗器具砭镰 [La falce di pietra rinvenuta nella tomba Shang nel villaggio Taixi come strumento sanitario], "Wenwu", n. 6, 1979, pp. 54-56.

Mai Gewen e altri Autori 麦戈文等，山东日照市两城镇遗址龙山文化酒遗存的化学分析－兼谈酒在史前时期的文化意义 [McGovern Patrick E. & Others, *A chemical analysis of the Longshan Culture fermented beverage unearthed from the Liangchengzhen site in Rizhao city, Shangdong: also the cultural significance of fermented beverage in prehistoric times*], "Kaogu", n. 3, 2005, pp. 73-85.

Needham Joseph (con la assistenza scientifica di Wang Ling), *Scienza e civiltà in Cina*, vol. I. *Lineamenti introduttivi*, traduz. dall'inglese, Einaudi, Torino, 1981, XXXVI+411 pp., 2 carte geografiche [ediz. orig.: *Science and civilization in China*, Cambridge University Press, Cambridge, 7 voll., vol. I, 1954 / dei 7 volumi originali solo i primi tre sono stati tradotti e pubblicati in italiano].

Pei Wenzhong 裴文中, *Zhongguo shi qian shiqi zhi yanjiu* 中国史前时期之研究 [Studi sulla preistoria della Cina], Shangwu, Shanghai, 1950, 235 pp.

Pei Wenzhong 裴文中 - Wu Rukang 吴汝康, *Ziyang Ren* 资阳人 [L'Uomo di Ziyang], Kexue, Beijing, 1957, 71 pp.

Qiu Xigui 裘锡圭, *Du Anyang xin chutu de niu jiagu ji qi keci* 读 «安阳新出土的牛胛骨及其刻辞» [Le scapole di bue e le loro iscrizioni nelle nuove scoperte a Anyang: una lettura], "Kaogu", n. 5, 1972, pp. 43-45.

Rao Zongyi 饶宗颐, *Jiguwen tongjian* 甲骨文文通检 [Indici generali delle iscrizioni su ossa oracolari], Hong Kong Chinese University Press, Hong Kong, 1989-1995, 4 voll., vol. I: 1989, XXX+190 pp., vol. II: 1994, XLVI+467 pp., vol. III: 1995, XXXVIII+547 pp., vol. IV: 1995, LII+339 pp.

Sabattini Mario - Santangelo Paolo, *Storia della Cina. Dalle origini alla fondazione della Repubblica*, Laterza, Roma - Bari, 2003, 697 pp. [ediz. orig.: Laterza, Roma - Bari, 1986] / in particolare: cap. I. *La Cina arcaica*, pp. 24-94, cap. II. *Il primo Impero*, pp. 95-215.

Song Zhaolin 宋兆麟, *Zhongguo yuanshi shehui shi* 中国原始社会史 [Storia delle società primitive in Cina], Wenwu, Beijing, 1983, VIII+499 pp.

Song Zhenhao 宋镇豪, *Xia Shang shehui shenghuo shi* 夏商社会生活史 [Storia della vita sociale durante le dinastie Xia e Shang], Zhongguo Shehui Kexue Chubanshe, Beijing, 1994, VI+595 pp.

Song Zhenhao 宋镇豪, *Shang dai de jihuan yiliao yu weisheng baojian* 商代的疾患医疗与卫生保健 [Cura delle malattie e difesa della salute durante la dinastia Shang], "Lishi Yanjiu", n. 2, 2004, pp. 3-25.

Unschuld Paul U., *Huang Di nei jing su wen. Nature, knowledge, imagery in an ancient Chinese medical text*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London, 2003, 536 pp.

Wu Rukang 吴汝康, *Shaanxi Lantian faxian de yuanren xia hangu huashi* 陕西蓝田发现的猿人下颌骨化石 [Mandibola fossile di un pitecantropo scoperta a Lantian nello Shaanxi], "Gu Jizhui Dongwu yu Gu Renlei", n. 1, 1964 [riportato da Song Zhaolin 1983: pp. 20-23].

Xu Jinxiong 许进雄, *Zhongguo gu dai shehui* 中国古代社会 [La società cinese antica], Shangwu, Taipei, 1988, VI+591 pp.

Xu Zhongshu 徐中舒 (curatore capo), *Jiaguwen zidian* 甲骨文字典 [Dizionario delle scritture sulle ossa oracolari], Sichuan Cishu, Chengdu, 1989, CXXX+1614 pp.

Yan Wenming 严文明, *Yaoshao wenhua yanjiu* 仰韶文化研究 [Studi sulla Cultura Yangshao].

Wenwu, Beijing, 1989, VI+358 pp.+12 illustrazioni / in particolare: cap. IV, pp. 243-302.

Yan Yiping 严一萍, *Zhongguo yixue zhi qiyuan kao* 中国医学之起源考 [Sulle origini della medicina cinese], "Dalu Zazhi", n. 8, 1951, pp. 20-22, e n. 9, 1951, pp. 14-17.

Yin xu fajue baogao 1958-1961 殷墟发掘报告 1958-1961 [Rapporto sugli scavi delle rovine Yin 1958-1961], Wenwu, Bejing, 1987, 258 pp.

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 178 02/11/2010 16.29.02

Yu Shenwu 于省吾, *Jiagu wenzi shilin* 甲骨文字释林 [Interpretazioni dei caratteri di scrittura sulle ossa oracolari], Zhonghua, Beijing, 1979, XXXVIII+471 pp. / in particolare: pp. 319-321 [su malattia], pp. 321-323 [su massaggi], pp. 220-223 [su male ai denti e su acufene].

Yu Shenwu 于省吾, *Jiagu wenzi gulin* 甲骨文字诂林 [Un compendio delle interpretazioni dei caratteri di scrittura sulle ossa oracolari], Zhonghua, Beijing, 1996, 4 voll., XL+3599+49 pp.

Yuanjunmiao Yangshao mudi 元君庙仰韶墓地 [Necropoli Yangshao a Yuanjunmiao], Wenwu, Beijing, 1983.

Zhang Xuelian 张雪莲 - Wang Jinxia 王金霞 - Xian Ziqiang 冼自强 - Chou Shihua 仇士华, *Gu renlei shiwu jiegou yanjiu* 古人类食物结构研究 [Uno studio sulla composizione dei cibi uomini nella Cina arcaica], "Kaogu", n. 2, 2003, pp. 62-75.

Zhao Pushan 赵璞珊, *Zhongguo gu dai yixue* 中国古代医学 [La medicina nella Cina antica], Zhonghua, Beijing, 1977, VI+301 pp. / in particolare: pp. 1-18.

Zhejingsheng Bowuguan Zirangzu 浙江省博物馆自然组, *Hemudu yizhi dongzhiwu yicun de jianding yanjiu* 河姆渡遗址动植物遗存的鉴定研究 [Uno studio sulla identificazione dei resti animali e vegetali nelle rovine di Hemudu], "Kaogu Xuebao", n. 1, 1978, pp. 95-107.

Zhongguo shaoshu minzu 中国少数民族 [Minoranze etniche in Cina], Renmin, Beijing, 1981, II+596 pp. / in particolare: pp. 29 e 382.

Zhou Shirong 周世荣, Hunan Shimenxian Zaoshi faxian Shang/Yin yizhi 湖南石门县皂市发现商殷遗址 [Le rovine Shang/Yin scoperte a Zaoshi presso Shimenxian nella provincia di Hunan], "Kaogu", n. 3, 1962, pp. 144-146.

Zhu Fangpu 朱芳圃, *Jiaguxue. Wenzibian* 甲骨学文字编 [Studi sulle ossa oracolari. Sezione iscrizioni], 1931, ristampa: Shangwu, Taipei, 1972 [ciascun capitoletto ha una propria numerazione di pagine] [ediz. orig.: 1931].

Zouxian Yedian 邹县野店 [Yedian presso Zoudian], Wenwu, Beijing, 1985.

Scheda sull'Autore

Anna Tung Chang ha iniziato a lavorare in Italia nel 1969 nel Seminario di yamatologia e sinologia dell'Istituto universitario orientale di Napoli e vi è divenuta addetta alle esercitazioni vincendo poi (nel 1973) il concorso per assistente ordinario poi convertito in lettore ordinario. Dal 1983/84 è professore associato di sinologia nella Facoltà di lettere e filosofia della Università degli studi di Perugia. Qui, nel 1991, ha dato vita al Fondo sinologico, con una propria sede, oggi integrata nella Biblioteca umanistica della Facoltà, che in quella occasione ha ricevuto in dono dal National Palace Museum di Taipei la preziosa ristampa anastatica della collezione di testi classici cinesi selezionati *Si ku quan shu huiyao* pubblicata a Taipei nel 1986-1987.

Ha lavorato in differenti campi della ricerca sinologica e, per quanto qui pertinente, sulle origini della scrittura cinese e su alcuni problemi che vi sono correlati: *Nuove interpretazione sull'origine della scrittura in Cina* (Napoli, 1974) / *Sull'interpretazione del termine* shih (Napoli, 1977) / *Forme "primitive" di memorizzazione e comunicazione in Cina nella società antica e in alcune minoranze etniche. 1. I segni oggettuali* (Perugia, 1985) / *Forme "primitive" di memorizzazione e comunicazione in Cina nella società antica e in alcune minoranze etniche. 2. Le cordicelle annodate* (Perugia, 1989).

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 179 02/11/2010 16.29.03

È co-coordinatore del Master internazionale universitario di secondo livello (biennale) in "Styles of life. Intercultural communications between China and Italy", anni accademici 2006/07-2007/08, organizzato dalla Università degli studi di Perugia in collaborazione con la Beijing University of Technology.

Riassunto

Stato delle ricerche sulle origini della medicina cinese: proposta di uno sguardo di sintesi

In questo saggio – in base a evidenze di assai diversa natura, all'esame diretto dei testi antichi e a quanto risulta dai sempre più numerosi contributi multidisciplinari cinesi e occidentali – si è tentato di fare il punto sullo stato attuale della ricerca intorno alle origini e ai primi sviluppi della medicina cinese. Il periodo di riferimento risulta, in merito, un lungo arco di tempo che dalle culture neolitiche fiorite intorno al VI millennio a.C. giunge fino alle prime sistemazioni mediche scritte, fra l'epoca Zhou e la dinastia Han, e cioè grosso modo tra il VI secolo a.C. e il III secolo d.C.

In questo arco di tempo si intrecciano, nell'orizzonte delle concezioni cosmologiche ed eziologiche via via sviluppatesi, approcci di tipo magico-religioso, con tratti mantici e sciamanici, e approcci sostanzialmente cosmologico-naturalistici, che vanno acquistando sempre più chiaramente una propria relativa autonomia e producendo fin dalla seconda metà dell'epoca Zhou una ben precisa professionalità medica, inserita in un complesso e articolato vero e proprio sistema sanitario e caratterizzata da una definita area di competenze, strumentazioni, riconoscimenti e regole deontologiche.

L'impianto di queste attività può essere definito "olistico" in quanto fondato sulla attenzione al paziente come persona, ai suoi pensieri e al suo stile di vita, e alle sue correlazioni con il contesto naturale, di cui egli è parte costitutiva, in una prospettiva di lavoro largamente orientata sulla prevenzione ancor prima che sulla terapia.

È in questo periodo che nasce quell'attenzione e quella "coltivazione" dell'assetto corporeo, inteso come unità somato-psichica, che caratterizzerà, attraverso specifiche pratiche e forme di costume, la intera storia della società cinese.

Résumé

État des recherches sur les origines de la médecine chinoise: proposition d'une vue d'ensemble

Le but de cet article – fondé sur des évidences de nature très différente, sur l'examen direct de textes anciens et sur le résultat du nombre croissant des contributions pluridisciplinaires chinoises et occidentales – est de tenter de faire le point sur l'état actuel des

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 180 02/11/2010 16.29.03

recherches sur les origines et sur les premiers développements de la médecine chinoise. L'époque de référence, comprend une longue période qui va des cultures néolithiques qui ont prospéré autour du VI millénaire avant JC jusqu'aux premières systématisations écrites des savoirs médicaux, entre les Zhou et la dynastie des Han, soit environ entre le VI siècle avant JC et le III siècle après JC.

Pendant ce laps de temps s'emmêlent, dans l'horizon des conceptions cosmologiques et étiologiques qui se développent progressivement, des approches de type magico-religieux et des approches essentiellement cosmologique-naturaliste, qui acquièrent de plus en plus clairement une relative autonomie et qui produisent jusqu'à la deuxième moitié de la dynastie des Zhou une professionnalisation de la médecine, intégrée dans un véritable système de santé, complexe et articulé, et caractérisé par un ensemble défini de compétences, d'équipements, d'attributions et de règles déontologiques.

Le fondement de ces activités peut être appelé «holistique», car basé sur l'attention au patient en tant que personne, sur ses pensées et sur son style de vie, et sur sa corrélation avec l'environnement naturel, dont il est un élément constitutif, dans une perspective de travail largement axée sur la prévention, avant même le traitement.

C'est dans cette période que naît cette attention et cette «culture» de la bonne forme du corps, conçu comme une unité somato-psychique, qui caractériseront, à travers des pratiques spécifiques et des formes spécifiques de coutume, toute l'histoire de la société chinoise.

Resumen

Estado de las investigaciones sobre los orígenes de la medicina china: propuesta de una visión sintética

En este ensayo – en base a evidencias de índole muy diferente, al examen directo de los textos antiguos y a lo que resulta de los cada vez más numerosos aportes multidisciplinarios chinos y occidentales – se intenta realizar un balance sobre el estado actual de la investigación relacionada con los orígenes y con los primeros adelantos de la medicina china. El período de referencia resulta, en mérito, un extenso arco temporal que va desde el florecimiento de las culturas neolíticas alrededor del VI milenio a.C. y llega hasta las primeras sistematizaciones escrita de los saberes médicos, entre los Zhou y la dinastía Han, o sea, más o menos entre el siglo VI a.C. y el siglo III d.C.

En este lapso de tiempo se entrecruzan, en el horizonte de las concepciones cosmológicas y etiológicas desarrolladas paulatinamente, aproximaciones de tipo mágico-religioso, con rasgos mánticos y chamánicos, y aprochos sustancialmente cosmológicos-naturalistas, que van adquiriendo, cada vez más claramente, una relativa autonomía propia y produciendo, desde la segunda mitad de la dinastía Zhou, una bien precisa profe-

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 181 02/11/2010 16.29.04

sionalidad médica, insertada en un auténtico sistema sanitario, complejo y articulado, caracterizado por una área definida de competencias, instrumentaciones, reconocimientos y reglas deontológicas.

El fundamento de estas actividades puede definirse como "olístico" puesto que centraliza la atención en el paciente como persona, en sus pensamientos y en su estilo de vida, y en las correlaciones con el contexto natural, del cual el mismo es parte contituyente, en una perspectiva de trabajo orientada sobre todo hacia la prevención más que a la terapia.

Es en este período cuando nace la atención y la "cultivación" de la estructura corpórea, entendida como unidad somatopsíquica, que caracterizará, a través de determinadas prácticas y formas de costumbres, toda la historia de la sociedad china.

Abstract

State of research on the origins of Chinese medicine: a proposal for a view of synthesis

In this paper – based on evidence of very different nature, in the direct examination of ancient texts and from the increasing number of multidisciplinary Chinese and Western contributions – is attempted to focus on the present state of research about the origins and early development of Chinese Medicine. The reference era is a long period of time from the Neolithic cultures flourished around the sixth millennium BC till the first systematizations of the medical knowledge in a written form between the Zhou Dynasty and the Han Dynasty, roughly around the sixth century BC and the third century A.D.

During that time on the horizon of cosmological and etiological conceptions, the gradually developed magic-religious type approaches are intertwined, with bellows and shamanic traits, and other approaches which are essentially of cosmological nature, that are becoming increasingly clear of their own relative autonomy producing from the second half of the Zhou Dynasty a precise professional medical practice, embedded in a complex and articulated health care system characterized by a defined area of expertise, equipment, awards and ethical rules.

The foundation of these activities can be called "holistic" as based on concern for the patients as persons, their thoughts and their lifestyle, and their correlation with the natural environment of which they are constitutive elements in a prospect of work largely focused on prevention before therapy.

It is at this time that an attention towards the "cultivation" of the body understood as a corporal – psychic unity is born, which characterizes, through specific practices and forms of habits, the entire history of Chinese society.

07-(Ricerche) Tung Chang.indd 182 02/11/2010 16.29.04

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 183-207

「引きこもり」
Hikikomori, corpi sovversivi in volontaria reclusione

Carla Ricci
antropologa, Università di Tōkyō
[carlaricci2006@yahoo.co.jp]

Avviene in Giappone

In forte contrasto con l'importanza che rappresenta per i Giapponesi l'appartenenza ad un'azienda, come espressione del proprio gruppo sociale, già dalla fine degli anni '70 i giovani sono diventati sempre più riluttanti a prendere impegni sociali. Analizzando le figure lavorative, si nota la tendenza ad una desocializzazione; sono infatti in continuo aumento i giovani che scelgono forme alternative di lavoro o di stile di vita come i Freeter e i Neet o coloro che si ritirano completamente dalla comunità sociale, praticando Hikikomori.

Con il termine "Neet" (*N*ot in *E*mployment, *E*ducation or *T*raining) vengono identificati quei ragazzi che rifiutano il sistema sociale; questo rifiuto si esprime attraverso il "non fare niente": non lavorano, non studiano, non hanno specifiche competenze professionali e vivono con il sostegno della famiglia. Trascorrono la maggior parte della giornata fuori casa, insieme a gruppi di giovani con cui condividono la stessa filosofia di vita e che rappresentano il mondo sociale in cui ognuno di loro si identifica. Fanno uso di internet e di cellulari anche se la comunicazione avviene quasi esclusivamente all' interno del proprio gruppo.

I "Freeter" (Free Arbeiter) sono giovani che non rifiutano il lavoro, ma non vogliono inserirsi in una classica azienda giapponese, all'interno della quale i ruoli sono ben definiti e non possono essere modificati e dove la richiesta di impegno sottoforma di tempo e impiego di energia è elevatissima. I Freeter rifiutano così quella che dovrebbe rappresentare invece un punto di arrivo per la maggior parte dei giovani, cioè un ruolo in una azienda come *sararimen*, impiegato; essi cercano lavori part-time meno vincolanti

08-Ric. C. Ricci.indd 183 02/11/2010 16.29.48

e che possono abbandonare se lo desiderano senza troppe complicazioni. I Freeter hanno una una normale vita sociale e come i Neet amano la comunicazione multimediale.

Neet e Freeter mostrano due diverse espressioni di reazione al sistema sociale giapponese rigido e inflessibile, a questi due modi di porsi nei confronti della società l'opinione pubblica ed i mass-media affiancano anche coloro che praticano Hikikomori: giovani cioè che come gli altri non percepisce il senso di responsabilità sociale e vivono alle spalle della società produttiva e impegnata.

La maggior parte di persone ritiene infatti che il giovane che sceglie di diventare Neet sia probabilmente destinato a finire alla deriva nella autoreclusione in Hikikomori. Questo è il punto di vista anche di coloro che si mostrano più critici nei confronti del sistema sociale e non puntano il dito verso Hikikomori; tuttavia anche queste persone ritengono che una volta che si rifiuta il sistema sociale classico, diventi sempre più complesso rientrarci e finire in Hikikomori è una svolta possibile. Tutte le persone da intervistate, hanno finito per confermare questo punto di vista; riporto l'esempio di Kimiko san, un'insegnante di scuola media inferiore che si è così epressa:

> «Sia Hikikomori che Neet sono diventati un problema grande per la società giapponese. Penso che sia un fenomeno che riguarda solo in Giappone.
>
> Dopo il periodo di grande sforzo fatto nel dopoguerra per seguire i paesi occidentali e l'America, c'è stato un momento in cui in Giappone si è percepito un effetto di ricchezza e di grande euforia ma poi in seguito alla crisi economica degli anni '80 il Giappone ha perso la sua vitalità.
>
> Hikikomori non riflette un problema che deriva dalla responsabilità dei giovani, in realtà i giovani non ne hanno nessuna colpa, la responsabilità è dei genitori che non sapendo assumersi in pieno lea proprie responsabiltà non ha fatto altro che viziarli.
>
> Questo tema è un grande problema che riflette la società contemporanea del Giappone, anche perchè sia i ragazzi Neet che Hikikomori non lavorano e quindi non pagano le tasse e poichè sono in grande aumento, tutto ciò rischia di trasformarsi in un fenomeno non ben controllabile ed è necessario trovarne una soluzione. Neet e Hikikomori sono due situazioni differenti, ma attualmente viene il dubbio se lo siano davvero. La condizione di Neet se dura a lungo non potrebbe diventare forse Hikikomori?»[(1)]

È possibile che Kimiko san e tutti gli altri abbiano ragione, ma il percorso degli eventi non sempre è così scontato e facile da interpretare. Innanzitutto le differenze fra i giovani Neet e Hikikomori sono molte; una fra queste, la più significativa, è l'interruzione volontaria di comunicazione con tutti e con tutto. Se i Freeter e i Neet costituiscono gruppi sociali, si frequentano, si

08-Ric. C. Ricci.indd 184 02/11/2010 16.30.15

sostengono vicendevolmente, amano quindi la socialità e la comunicazione anche se limitata ai loro gruppi, i giovani Hikikomori, invece, chiudono con il mondo, scelgono la solitudine e l'apparente immobilità individuando nella propria stanza il loro unico spazio sociale.

Hikikomori, volontaria reclusione

Fu lo psichiatra Saito Tamaki che negli anni '80 cominciò a rilevare questa tendenza all'isolamento da parte di adolescenti, in prevalenza residenti nell'area di Tōkyō, che per motivi apparentemente legati ad una forma di apatia scolastica si ritiravano nella propria stanza e lì vi rimanevano per un periodo continuativo mai inferiore ai sei mesi ma spesso lungo molti anni e fu lui a coniare il termine di Hikikomori il cui significato è *isolarsi, chiudersi, ritirarsi*.

Ora il fenomeno ha assunto dimensioni allarmanti, i dati ufficiali parlano di circa un milione di casi [(2)], ma altre fonti denunciano un numero pari a circa 1.600.000 [(3)].

Secondo studi attendibili, il 90% di Hikikomori si verifica in una età fra i 18 e i 30 anni [(4)], sesso maschile e estrazione sociale medio-alta; intendendo così il padre laureato con incarichi di lavoro solitamente direttivi e la madre anch'essa laureata, generalmente casalinga. Quando non sono figli unici, Hikikomori è praticato dal figlio maschio maggiore il quale, tradizionalmente, viene investito di maggiori responsabilità. Nella struttura familiare tradizionale giapponese chiamata *ie* il figlio maggiore era infatti il successore ed a lui spettava l'eredità; una volta capofamiglia, egli avrebbe concesso ai fratelli una parte del patrimonio di famiglia ed avrebbe avuto l'impegno di aiutare ciascun familiare diventandone garante in caso di difficoltà. Dopo la Seconda guerra mondiale la legge è cambiata ed è stato abolito il sistema *ie*, ma nella struttura familiare giapponese, il senso di responsabilità e di riconoscenza del figlio maggiore nei confronti della famiglia è tuttora un valore culturale importante. È stato inoltre confermato che praticare Hikikomori non è in relazione a situazioni familiari complesse come divorzio dei genitori o la assenza del padre che non vive in famiglia perché *tannshinfuninn* [(5)]. Sono famiglie apparentemente normali vale a dire con i comuni problemi di ogni famiglia, senza particolari visibili conflitti.

Un elemento rilevante che induce a cominciare il ritiro in Hikikomori è l'assenza scolastica che si verifica a volte senza motivi apparenti, a volte per l'abbassamento dei voti dovuto alla scarso rendimento, oppure in se-

08-Ric. C. Ricci.indd 185 02/11/2010 16.30.15

guito ad un esame scolastico andato male; il sistema scolastico giapponese prevede che ogni qual volta si inizia un percorso scolastico, sia delle scuole elementari, medie, superiori o universitario, si debba superare un esame di selezione estremamente complesso, la cui preparazione richiede lungo tempo e massima concentrazione, tanto che non è raro il verificarsi di casi di forme di grave depressione che a volte culminano con il suicidio. Ma la causa principale che si ritiene induca l'interruzione scolastica è *ijime*, vale a dire bullismo scolastico; un problema che nelle scuole giapponesi si verifica da tempo ma che in questi ultimi anni ha assunto dimensioni inquietanti. Le forme di bullismo sono rivolte a quegli studenti che per un qualche motivo non si uniformano sufficientemente al resto del gruppo o che non hanno le peculiarità per esserne accettati: un esempio è rappresentato da coloro che non amano la competizione sportiva e tendono a non partecipare a quel tipo di attività oppure coloro che sono estremamente introversi o timidi e non socializzano sufficientemente con gli altri. *Ijime* è un fenomeno che non riguarda soltanto l'ambiente scolastico, ma è un elemento costante anche nel mondo del lavoro, dove le forme gerarchiche sono forti e la competizione molto alta. Anche in questo contesto il fatto di superlavoro o di sentirsi inadeguato rispetto ai colleghi può provocare un senso di vergogna tale da decidere il ritiro in Hikikomori.

Effettivamente la situazione Hikikomori evolve in maniera molto repentina, come del resto ogni fenomeno, qui a Tōkyō. Lo stesso prof. Saito Tamaki che continua ad occuparsi a fondo del problema, segnala che Hikikomori attualmente non riguarda soltanto i giovani, ma si riscontra con un certa frequenza anche fra adulti che cominciano il ritiro in seguito a forme di pressioni subite in ufficio o a causa della perdita del posto di lavoro [(6)].

L'interruzione dell'attività scolastica o lavorativa a volte è repentina ma in altri contesti avviene gradualmente: all'inizio può rappresentare semplicemente un bisogno di riposo, una necessità di una sosta meditativa. In realtà la meditazione è un elemento culturale cardine nella tradizione del Buddhismo Zen; in un passato neppure troppo lontano era piuttosto comune che una persona si ritirasse in qualche tempio e lì vi trascorresse un periodo di tempo in solitudine senza necessità di darne spiegazioni o giustificazioni. Anche di recente alcuni uomini da me intervistati mi hanno confidato che sarebbe loro desiderio, una volta raggiunta l'età della pensione, ritirarsi in un tempio buddista per dedicarsi appunto ad una vita meditativa.

Hikikomori potrebbe rappresentare il riaffiorare di questa esigenza come atto di ricerca del sè e di autoriflessione, fortemente giustificato in un luogo come Tōkyō che per alcuni aspetti potremmo definire di totale spaesamento. Anche per questo per chi intraprende il ritiro, il "ritornare

08-Ric. C. Ricci.indd 186 02/11/2010 16.30.15

fuori, in mezzo agli altri" non rappresenta un atto così facilmente attuabile. Riporto le parole di Naoh-san che raccontando il suo Hikikomori rivela molto chiaramente il proprio stato d'animo:

> «[...] Io sono una persona che ama stare da sola. Anche alla scuola elementare non sono mai stato tanto bravo nell'attività fisica e nei giochi di gruppo; allo stare sempre in gruppo con gli altri, preferivo giochi solitarii. E questo era causa di molestie. Anche alle superiori sports come baseball o calcio non mi sono mai piaciuti ed anche questo provocava molte occasioni per essere preso in giro. [...] Per quello che mi riguarda, sono sempre stato un bambino debole, come le bambine. Una volta al mese mi veniva la febbre e non andavo a scuola. Non mi piaceva, nel senso che era per me una vera sofferenza fare quei giochi faticosi e competitivi. [...] Quando ho cominciato a fare Hikikomori forse ho pensato di poter recuperare energie. [...] Il fatto è che si comincia con un breve periodo di Hikikomori, ad esempio ti prendi una giornata in cui fuggi dallo stress, ma dopo ritrovare la strada per ritornare nella società diventa sempre più difficile. [...] All'inizio Hikikomori non è poi così male. Ma poi le cose cambiano; tutti i compagni di Università cominciano a lavorare, si sposano, ecc. Io mi sentivo come un criminale che avendo fatto un grande furto disertasse totalmente la vita. Uno stato di fuga. La solitudine mi faceva impazzire. Sentivo che volevo l'approccio con il mondo esterno ma non riescivo più ad uscire da quella stanza» (Moroboshi N. 2003).

Se per un giovane, l'interruzione scolastica può comunque essere recuperata, per un adulto l'interruzione del lavoro per un periodo piuttosto lungo può creare molte difficoltà nel momento in cui egli si sente pronto per la ricerca di un nuovo posto. Le aziende infatti mostrano enorme diffidenza nei confronti di coloro nel cui curriculum sono presenti spazi bianchi dovuti a inattività lavorativa.

Nella stanza

Ritengo che ogni società si crei i propri Hikikomori, ma la peculiarità qui in Giappone è il fatto che il giovane per esprimere la propria ribellione e per esternare o espiare i propri conflitti scelga la famiglia e nella famiglia individui lo spazio della propria stanza. Se in Europa un giovane per mostrare il suo rifiuto sociale sceglie una azione forte come quella di abbandonare la famiglia, il giovane giapponese, nella famiglia vi rimane compiendo un atto che potremmo definire di "rinuncia". Kuki Shuzo, filosofo giapponese amico di Heidegger e Bergson, sosteneva che l'unicità del Giappone può essere compresa solo attraverso la sua "cultura spirituale" la quale ha uno stretto legame interiore con l'ideale etico del Bushido [7] con l'irrealtà del

08-Ric. C. Ricci.indd 187 02/11/2010 16.30.15

Buddhismo e con la cultura confuciana la quale sostiene l'amore filiale e l'attaccamento alla famiglia. L'ideale etico del Bushido aveva lo scopo di preparare il guerriero al suo destino di morte, ma sotto l'influsso del Confucianesimo si trasformò in etica morale; quello che era addestramento militare diventò un impegno verso lo studio, nel rafforzamento dei valori di saggezza, senso del dovere, spirito di sacrificio. Il legame con l'irrealtà del Buddhismo si manifesta invece attraverso un atteggiamento di stoica rinuncia, cosicché colui che si sente tradito si abbandona alla fatalità di un destino universale e sceglie la rinuncia (Shuzo K. 1992 [1930]). Questa cultura spirituale – se così vogliamo continuare a chiamarla – è tuttora presente nella società giapponese e rappresenta valori culturali forti, soprattutto nel mondo maschile. Sono aspetti evidenti e tangibili ma alimentati da conflittii altrettanto evidenti e tangibili.

L'azione di Hikikomori avviene attraverso un atto di rinuncia. Hikikomori ritrova in se stesso un indebolimento delle sue capacità espressive, all'inizio c'è il desiderio di parlare, di esprimere, ma la pressione sociale silenziosa e invadente che avvolge la sua vita non glielo consente e questo porta scoraggiamento; si attua così una trasformazione del corpo, attraverso un atto di rinuncia. Questo, sostiene若林・ふみ子 (8) [Wakabashi Fumiko] che da oltre 40 anni svolge attività di terapeuta e attualmente si dedica ai giovani Hikikomori; è ciò che avviene anche nel「歌舞伎」[Kabuki]; nelle rappresentazioni delle storie Kabuki, il personaggio principale per raggiungere uno certo scopo effettua una trasformazione del proprio corpo, declassando il proprio livello sociale. Un elemento spesso presente nelle opere Kabuki è appunto「やつし」che significa *il trasformarsi*, e [ｰ] *la verità* : per raggiungere la verità è necessaria una trasformazione del proprio corpo che viene nascosto e camuffato; solo così è raggiungibile l'obiettivo che non sarebbe ottenibile mantenendo la propria originaria identità. Storie classiche Kabuki sono quelle che rappresentano la vita di un Samurai che vuole vendicare l'assassinio del padre anch'esso Samurai ucciso senza ragione; rinuncia alla sua classe sociale, abbandona cioè le sue vesti da Samurai e indossa abiti da uomo della strada, nascondendo la sua identità sarà più facile la ricerca dell'assassino e potrà poi compiere la sua vendetta. Se mantenesse le sue vesti da Samurai sarebbe più individuabile e probabilmente verrebbe ucciso. È uno stato d'animo di risentimento, rancore e vendetta che anima 「やつし」[*la trasformazione*] e la rinuncia e la fuga sono espedienti per raggiungere il proprio obiettivo.

Il giovane Hikikomori, continua Watabashi Fumiko, come il Samurai personaggio del Kabubi, effettua, attraverso la rinuncia, la sua trasformazione corporale, diventa anch'esso [みじめ] [*un miserabile*] e nei confronti dei

08-Ric. C. Ricci.indd 188 02/11/2010 16.30.16

genitori diventa [みっともない] [*ridicolo*]; abbandonandosi a questo atto di rinuncia intraprende sua fuga in un lungo viaggio temporale. Vuole compiere inconsapevolmente la sua vendetta, cerca la sua verità, conclude Watabashi Fumiko.

Perché viene scelta la casa? Perché la propria stanza? Per offrire una traccia di comprensione, occorre ricordare che in Giappone la vita è divisa in 2 sfere: *soto e uchi*, "dentro e fuori", due mondi separati, due differenti ambiti fra i quali i Giapponesi sono ben attenti a mantenere le distanze e lo fanno con norme di comportamento che nessuno mai si sognerebbe di trasgredire. Questo avviene attraverso molti rituali quotidiani come quello del togliersi le scarpe ogni qual volta si varca la scioglia di casa o il rituale del saluto che implica il pronunciare specifiche frasi quando si esce o si ritorna a casa. Ogni qual volta si esce di casa, si dice sempre *ittekimasu* "sto per andare" e rientrando si dirà sempre *itteirasshai* "ora sono qua" e chi è in casa risponderà *okaerinasai*, "bentornato". Questa dicotomia dentro-fuori che simboleggia la distinzione fra "dentro/pulito-fuori/sporco" e fra "dentro/sicuro-fuori/pericoloso" è in stretta relazione alla scelta del luogo per la pratica di Hikikomori che è sempre e solo "*uchi*/dentro". Non è molto immediato per noi comprendere questa necessità così forte di distinzione. Questa è stata per lo meno una mia difficoltà che mi ha portato a decidere di praticare un periodo di Hikikomori: così a Tōkyō nel dicembre 2006 mi sono rinchiusa nella mia minuscola stanza per la durata di un mese; da lì non sono mai uscita tranne le tre volte in cui, in piena notte, per fare scorte alimentari mi sono recata presso un *konbini* [9] a pochi passi dalla mia abitazione. Come i ragazzi Hikikomori ho completamente invertito l'orario giorno-notte ed ho interrotto ogni tipo di comunicazione e forma di contatto. L'intero periodo di clausura non è stato insostenibile, a volte è risultato perfino piacevole, la prima settimana sono stata paradossalmente pervasa da un senso di totale libertà: senza orari, senza televisione, nessuna comunicazione e, anche se rinchiusa, mi sentivo alimentata da un senso di euforia; la sensazione era quella di poter gestire i miei pensieri senza alcun tipo di limite. È probabile che questo stato d'animo sia comune anche ai veri Hikikomori, i quali all'inizio del loro ritiro vogliono godere della distensione a cui la solitudine predispone, molti di loro infatti si immergono nella lettura vivendo l'effervescenza di quel senso di libertà [10], di cui io stessa mi sono alimentata.

Con il trascorrere dei giorni, l'immagine mentale di ciò che mi aspettava fuori diventava sempre più insopportabile; nonostante mente e fisico si fossero indeboliti, l'idea di ritornare nel mondo là fuori mi alimentava un senso di paura. Lo stato di isolamento mi procurava uno stato di prostra-

08-Ric. C. Ricci.indd 189 02/11/2010 16.30.16

zione ma anche una sensazione di riparo, il futon nel quale trascorrevo la maggior parte del tempo, era diventato un caldo grembo materno; la realtà perdeva lentamente i suoi confini e la mente era sempre meno vigile. Naturalmente non potevo percepire lo stato d'animo dei veri Hikikomori, perché le ragioni del mio ritiro non erano le loro, non potevo "diventare come loro" ma potevo "mettermi nei loro panni" e nella mia clausura qualche frammento di comprensione l'ho ottenuto: uno fra tutti è la consapevolezza di come il *fuori*, cioè il mondo fuori dalla propria stanza, possa rappresentare un luogo logorante e incutere una sensazione di paura e come il *dentro*, cioè la propria stanza, possa tranquillizzare l'animo e offrire un senso di libertà individuale, che fuori, è impossibile percepire. Vivendo *soto* [11], fuori, nella quotidianità di una vita normale, questo senso del sé effettivamente non riesce a prendere forma: le persone prendono la metropolitana, lavorano, fanno shopping; ogni attività può essere svolta con la massima facilità poiché tutto è ottimamente efficente, ma non si agisce individualmente, nel senso che l'azione personale avviene soltanto perché è tacitamente richiesta da tutti gli altri, è un agire con gli altri e per gli altri. Tutto questo è ben visibile anche nel contesto di piccoli episodi, ad esempio nel caso in cui una persona venga improssivamente interpellata per una semplice richiesta di informazione, la sua reazione sarà quella di un atteggiamento *sorpreso quasi spaventato*; intendo dire che in quella condizione di assimilazione con gli altri sembra che nessuno si senta mai in uno "stato di all'erta": in quella posizione, cioè, in cui un individuo è tendenzialmente sempre pronto ad agire o a reagire ad un evento con lo scopo di risolvere, da solo, una certa situazione.

Quello che ho provato io, uscendo dal mio ritiro, è stata sensazione di disagio e malessere; lì *fuori* dovevo in fretta farmi riassorbire dagli altri e ricollocarmi velocemente nell'efficienza del gruppo che ora io percepivo anonimo e tutto ciò mi procurava un senso di frustazione. Credo di aver compreso perché in Giappone, e soprattutto a Tōkyō, un adolescente sofferente non sceglierà mai di abbandonare la propria casa e perché Hikikomori si verifica prevalentemente solo in Giappone. Nel *fuori* se stai male non puoi resistere; nessuno ti accetta in quello stato, perché è uno stato privato che appartiene a *uchi*, al *dentro* e non al *soto*, là fuori sei fra *tanin*, sei cioè fra gli *altri* con cui non hai alcun legame profondo, ma con i quali è necessario conformarsi, per il benessere e l'efficienza della società.

Il ragazzo in Hikikomori rimane in famiglia, sta *uchi*, *dentro*, dove non è mai rifiutato, dove la sua rabbia è consentita e perfino la sua violenza è accettata.

08-Ric. C. Ricci.indd 190 02/11/2010 16.30.16

C'è una stanza, quindi, ma c'è qualcosa di diverso rispetto al passato, qualcosa di ereditato dall'Occidente: mi riferisco allla porta e con la porta, la sua chiave. Se per gli Occidentali la porta rappresenta una segno di autonomia e delimitazione di uno spazio personale, in Giappone, nonostante ora sia presente nella abitazioni *di stile occidentale* attualmente tanto alla moda, non è sostenitrice di alcun valore culturale, credo invece che, al contrario, simbolizzi qualcosa di goffo e disarmonico. Nella casa tradizionale giapponese ciò che funge da divisorio non è la porta bensì lo scorrevole che ha anche il pregio di trasformare l'uso degli ambienti, in funzione delle necessità e dei momenti della giornata.

Non è mia intenzione con questo trasformare la porta e la sua chiave nel capro espiatorio di Hikikomori, ma ritengo rappresenti un elemento che fino ad ora avevo sottovalutato, nonostante gli spunti di riflessione che alcune persone intervistate mi avevano suggerito.

Chiudersi a chiave ritengo che rappresenti, qui, un atto forte; non è qualcosa di abituale, che si fa senza pensarci su. *Chiudersi* mostra un atto non del tutto comprensibile, davanti al quale chi sta dall'altra parte non sa cosa fare e così non fa niente. E aspetta che qualcosa succeda.

La stanza non rappresenta solo il luogo dove il giovane trascorre ore di immobilità ma è il luogo dove i conflitti emergono e dove la sofferenza prende una sua forma. E così se prima era riservatezza o timidezza ora, nell'isolamento, prendono corpo vere o proprie ossessioni e sintomi psicotici come il lavarsi continuanemte le mani o il voler ricorrere alla chirurgia plastica per cambiare la propria faccia. Oppure forme di anthrophobia [(12)], sintomi ossessivo-compulsivi, ipocondria, fobia per gli altri e stati depressivi. Inoltre è cosa comune la perdita del sonno e il capovolgimento giorno notte. L'81% di persone in Hikikomori inverte il ritmo giorno notte e il 61% fa ricorso a sonniferi.

Il 46% esprime il desiderio di morire e pianifica il proprio suicidio, anche se la sua realizzazione non si verifica quasi mai. Un altro elemento piuttosto comune è la regressione; la regressione porta al ritorno ad essere bambini, di conseguenza si emette una voce come quella di un bambino e si hanno atteggiamenti infantili. Questo stato include anche il desiderio infantile di possesso che è molto legato alla violenza domestica, da intendersi come violenza che il giovane in Hikikomori pratica nei confronti dei genitori ed in modo particolare verso la madre. Questo rappresenta un aspetto particolarmente drammatico e spesso è quello che induce i genitori a richiedere l'intervento di un medico, poichè le situazioni familiari diventano insostenibili. Le famiglie infatti si vergognano di avere un figlio in Hikikomori e

08-Ric. C. Ricci.indd 191 02/11/2010 16.30.16

se non ci sono situazioni estremamente gravi, come appunto quella della violenza, passano anche anni prima che venga richiesto l'intervento di un medico. La tendenza è infatti quella di risolvere il problema da soli senza ricorrere ad aiuti esterni e spesso proprio la negligenza, i pregiudizi o i timori della famiglia sono i fattori responsabili del fatto che Hikikomori si protragga per anni. Proprio nel periodo di stesura di questo saggio, in occasione di un mio intervento ad una riunione di genitori con figli Hikikomori, una madre ha ammesso per la prima volta di avere una figlia di 28 anni che da dieci anni non le rivolge la parola e comunica con lei solo con brevi messaggi scritti e che non sapendo cosa fare o a chi rivolgersi per chiedere aiuto, non ne ha mai parlato con nessuno. È una forma di omertà alimentata dal senso di vergogna; ma se il problema fosse affrontato in tempi brevi, forse sarebbe sufficiente un periodo di terapia per risolverlo, ma passando anni prima di intraprendere una cura, le ragioni che hanno scatenato la situazione si sono così cristallizzate che neppure il giovane le riconosce più. Capita anche che sia lo stesso Hikikomori a non voler l'intervento del medico, poiché si sente in trappola e teme di essere ricoverato in un ospedale psichiatrico. Parallelamente l'intervento di un medico fa nascere nei genitori delle aspettative assolutamente irrealistiche: essi infatti si aspettano miglioramenti repentini e soluzioni del problema in tempo veloci, ma una volta cominciata la terapia sono necessari anche dieci anni per un recupero da Hiikikomori (Saito T. 2002).

Il valore incorporato di Amae e la sua influenza in Hikikomori

Il concetto di *Amae* è stato studiato a fondo dallo psichiatra Takeo Doi, il quale ha identificato in esso un metodo di comprensione dell'essere Giapponese. *Amae* si può ricondurre allo stretto rapporto che, nei primi mesi di vita, lega il bambino alla madre e che può essere rappresentato come "tutt'uno madre-bambino". Nel momento in cui il bambino comincia a acquisire una certa consapevolezza dell'ambiente e della sua separazione dalla madre, ecco che prende forma *Amae*: il bambino percepisce che è in atto questa separazione ma contemporaneamente sente la sua presenza indispensabile e desidera rimanerle vicino il più a lungo possibile. La dipendenza del bambino dalla madre durante i suoi primi anni di vita è voluta e sostenuta dalla famiglia e dalla struttura sociale giapponese; se in Occidente c'è la tendenza a creare regole per scoraggiare questa attitudine arrivando anche a colpevolizzare il bambino se persiste in questa inclinazione, un esempio è quello di incoraggiare il bambino fin da piccolo a dor-

08-Ric. C. Ricci.indd 192 02/11/2010 16.30.17

mire da solo nella propria stanza – in Giappone dove una abitudine simile è ritenuta una pratica crudele – la tendenza è invece quella di rafforzare l'intimità fra madre e bambino e di non stimolarne l'indipendenza. Questo produce un comportamento materno di totale dedizione che porterà i suoi effetti sul bambino e la consapevolezza del sacrificio materno così come il ricordo della sua bontà si trasformeranno in un sentimento di obbligo che successivamente verrà trasferito in tutte le relazioni sociali e sarà forte e importante per tutta la vita (Pinguet M. 1985).

Amae, in realtà, è da considerare un ideale a cui tendere; da un lato il "desiderio di essere indulgente" e dall'altro quello di "sentirsi dipendente" entrambi sostenuti da 和 *wa*, armonia, elemento essenziale del pathos giapponese. Un equilibrio difficile da raggiungere ma a cui è imperativo tendere (Doi Takeo 1971), poiché per i Giapponesi questo tipo di relazione rappresenta un esempio di legame ideale usato anche come termine di paragone per giudicare tutti gli altri legami sociali, nel senso che il rapporto fra due persone verrà considerato tanto più profondo quanto più si avvicina a quello figliale (Doi Takeo 1971).

La comprensione di questa forma di tolleranza alla dipendenza può rappresentare un buon veicolo anche per la comprensione di Hikikomori, in cui *Amae* ha perduto il suo giusto equilibrio e si è trasformato in una sorta di attaccamento morboso. Attualmente in Giappone, le tante problematiche adolescenziali che trovano la loro massima espressione in Hikikomori e alle quali non si sono trovati rimedi, hanno fatto sì che si parli e si scriva molto di *amae*: lo fanno psicologi, medici e sociologi. Si tenta di mettere in evidenza come il sentimento di *amae* abbia oltrepassato i suoi leciti confini e sia straripato in un rapporto simbiotico fra madre e figlio, rafforzato anche dalla non presenza paterna. Il padre infatti, solitamente totalmente assorbito dal lavoro, rispetto al problema del figlio, che quasi sempre considera un vagabondo, non offre molta collaborazione; questo atteggiamento provoca parallelamente un eccesso di zelo da parte della madre producendo un ulteriore danno poiché il giovane finisce con pensare che non può vivere senza la madre e la madre, da parte sua, è convinta che lui non ce la può fare senza di lei.

Nello stato di Hikikomori, Il legame di *amae* si trasforma in un rapporto a cui il figlio si appoggia e di cui la madre si alimenta. Saito Tamaki sostiene che fra madre e figlio prende forma una sorta di relazione d'amore segreta: segreta perché nessuno ne conosce le profonde dinamiche, nessuno ne ha un vero accesso, neppure il terapeuta. Un sentimento complesso, malato e mai assopito, neppure dagli episodi di violenza; al contrario, succede

08-Ric. C. Ricci.indd 193 02/11/2010 16.30.17

spesso che dopo atti di violenza compiuti sulla madre, il figlio disperato e affranto le chieda scusa e la madre riprenda il suo bambino fra le braccia, coccolandolo e offrendole ancora una volta il suo perdono (Saito Tamaki 1998).

La forza del padre che non c'è

Questo legame "inquinato" di *amae* fra madre-figlio trova una valente connessione con la presenza-assenza della figura paterna.

In Giappone, e soprattutto a Tōkyō, non è difficile capire lo stato d'animo che muove gli uomini, mi riferisco a quello comune, a quello socialmente richiesto; è sufficiente prendere la metropolitana a Tōkyō nelle ore di punta: eleganti, silenziosi, lo sguardo assorto, sono pronti per combattere. La crisi economica, la paura di perdere il posto di lavoro e la competitività hanno prodotto un mondo maschile difficilmente condivisibile; le amicizie sono esclusivamente fra colleghi, la comunicazione è quasi unicamente ristretta all'ambito del lavoro. Per tutto il resto non c'è tempo. C'è la famiglia ma è la moglie che ne assolve tutti i compiti: dal ricevere lo stipendio che integralmente il marito le trasferisce, alla gestione della casa, dei figli e delle relazioni sociali.

Si crea all'interno dell'ambito familiare un circolo vizioso: il marito che non sa niente dei problemi di casa diventa fuori posto e spesso è un estraneo tanto da dar fastidio. C'è un modo di dire in Giappone per i mariti che la sera o i fine settimana ciondolano per casa: li chiamano 粗大ゴミ [*grande immondizia*], che viene spostata da un angolo all'altro della cucina prima di essere buttata.

Rispetto alla crisi degli adolescenti e il conseguente ritiro in Hikikomori, non è soltanto la mancanza fisica del padre a rafforzare il problema: c'è effettivamente una assenza fisica ma che simbolizza una invadente presenza della sua figura patriarcale. Questa non presenza trabocca di una particolare silente violenza di cui la più esemplare espressione è la totale dedizione al lavoro, attraverso cui il padre riconferma lo spirito di sacrificio e senso di responsabilità, aspettandosi che il figlio ne seguirà l'esempio; il giovane potrà rifiutare o condividere il percorso che il padre, la famiglia, la società intera si aspetta da lui; dipenderà dal suo modo di percepire il mondo e dal corso degli eventi. Se non riuscirà a trovare un giusto varco per il *soto*, il *fuori*, rimanendo *uchi*, *dentro* e cominciando il *ritiro*, verrà a mancare l'appoggio del padre e i valori morali che rappresenta. È significativa a

08-Ric. C. Ricci.indd 194 02/11/2010 16.30.17

questo proposito, la dichiarazione di un giovane Hikikomori che sostiene «Mio padre è come un Dio» (13).

Questa frase mi riporta alla mente le parole di Keita-san un giovane da me intervistato che alla domanda «*Vi sentite religiosi, voi Giapponesi?*» ha risposto:

> «In Giappone non c'è la prevalenza del Cristianesimo, non c'è una religione con le sue regole scritte che ti dice quello che devi fare e che non devi fare. In Giappone c'è il Bushido (14). I Samurai non sono stati solo una classe di potere, prima di questo erano guerrieri e hanno creato regole morali senza scriverle, ma con l'azione, con il comportamento. È lo spirito del Bushido che ha creato il senso morale di tutti i Giapponesi; senza alcuna legge scritta è ancora vivo nei nostri nonni e anche nei nostri padri; ma forse molti adolescenti l'hanno perduto. Questo è dimostrato da un senso di "debolezza nel cuore", che sta a significare che si è perso il senso morale del Bushido che sosteneva l'azione davanti alle difficoltà».

Attraverso la figura paterna silenziosa, severa e influente si sviluppa un percorso perverso di aspettative, ognuno si aspetta qualcosa da qualcun'altro: il padre lavora, tutti conoscono le aspettative su di lui; la madre conosce quello che il resto della famiglia si aspetta da lei e il bambino conosce quelle che i genitori hanno su di lui. È un circolo vizioso di co-dipendenza: i membri della famiglia ristagnano in questo tipo di relazione e da questa scala di valori sembra che non ci sia via di scampo. In realtà, il sistema familiare vive all'interno del sistema sociale che opera in maniera identica e che si fonda sullo stesso tipo di aspettative le quali, per essere consolidate, verranno gestite attraverso la pressione sociale. I figli, specialmente i maschi, devono prepararsi a ciò che la società, al momento opportuno, chiederà loro e così si adattano assumendo il ruolo di "bravi bambini"; quello di preparare i bambini al loro percorso sociale è un compito della struttura scolastica ma ancor di più della famiglia, la quale per riuscire in questo intento dovrà procedere in modo non estremamente autoritario, è per questa necessaria una pressione gentile ma invadente, un maltrattamento silenzioso e invisibile (Saitō Satoru 2001).

In Giappone, sono sempre più numerosi gli uomini adulti che a causa del superlavoro e della pressione sociale, non riescono e recuperare energia e vitalità neppure in famiglia, si isolano psicologicamente rinchiudendosi in un mondo di Alexythimia (15), a volte la tensione è tanto forte da condurli alla scelta del suicidio (16); In questo stato di chiusura emotiva che spesso provoca patologia serie, fra cui *la fobia per gli altri e ansietà sociale* alcuni psichiatri (17) hanno individuato una relazione con il giovane figlio in Hikikomori; entrambi cioè scelgono un ritiro in un mondo di annien-

08-Ric. C. Ricci.indd 195 02/11/2010 16.30.17

tamento emotivo. Non condivido pienamente questo approccio o ritengo che comunque debba esserne approfondito lo studio. A mio parere, anche se il giovane ha subito l'influsso del padre, ora attraverso Hikikomori ne esprime il rifiuto: lo fa sicuramente in un modo rischioso per la sua salute psichica, ma stando in quella stanza il suo corpo non accetta passivamente, ma rifiuta, agisce e reagisce.

Fuori dalla stanza

Non esistono cure e terapie specifiche per Hikikomori e probabilmente, come sostiene Sheper-Hughes:

> «Una volta che il messaggio nella bottiglia viene medicalizzato, la disperata e socialmente significativa richiesta di aiuto va perduta per sempre» (Sheper-Hughes N. 2000).

I terapeuti hanno modalità differenti nell'operare. C'è chi consiglia cure farmacologiche, alcuni ritengono che non siano necessarie, altri suggeriscono l'utilizzo di internet che stimolare una forma di comunicazione, altri una terapia di counseling non solo per il giovane ma anche per i genitori. Tutti comunque sostengono che la prima grande fucina dei lavori debba essere la famiglia: un compito molto gravoso per i genitori perché Hikikomori è qualcosa ancora di non socialmente riconosciuto, che in altre parole significa non accettato. È esplicativa la dichiarazione di un padre in occasione di un incontro [18] fra genitori:

> «Quando i miei colleghi mi hanno chiesto che lavoro faceva mio figlio, io ho detto che era un Freeter. Ho detto una bugia, ma avrei dato il mio braccio destro perché quella fosse stata la verità».

Ho intervistato diverse famiglie di giovani Hikikomori, la maggioranza di esse non sa come procedere e non comprende il perchè sia successo proprio a loro ritenendosi genitori come tutti gli altri. Inoltre, in questi ultimi mesi sono avvenuti a Tōkyō diversi episodi di omicidi particolarmente violenti da parte di giovani che avevano avuto esperienze di Hikikomori e questo alimenta l'avvilimento e la vergogna delle famiglie.

Quello che si tenta di fare, per dare supporto, è organizzare incontri fra le famiglie, ma – in base alle mia esperienza – fra i genitori che partecipano sono molto pochi coloro che prendono la parola.

Sono stati anche pubblicati libri e manuali per informare in modo pratico come gestire il problema. Un testo significativo è quello pubblicato da Saito

08-Ric. C. Ricci.indd 196 02/11/2010 16.30.18

Tamaki, che contiene le risposte alle domande che solitamente i genitori pongono al terapeuta. Si tratta di 250 domande che spaziano fra

- La depressione è qualcosa di diverso da Hikikomori?
- Sono passati sei mesi senza una parola. Ma quando dovrebbe cominciare a parlare?
- Fino a che punto può arrivare la regressione?
- Il Prozac può essere utile in Hikikomori?
- Come possiamo respingere la sua violenza?

Nonostante tutto, può comunque arrivare il momento in cui qualcosa di diverso accade. L'effetto di molti eventi può consentire un nuovo tenue slancio verso la vita che sta *soto*, sta fuori. Le circostanze che favoriscono questo momento possono essere di diversa natura: la terapia che comincia a dare i suoi frutti, le relazioni familiari che migliorano, un senso di fiducia che lentamente prende forma producendo il desiderio di riprendere contatto con il mondo. C'è un confine da varcare ed è un atto che non si compie da soli, le parti in causa sono sostanzialmente due: il giovane e la famiglia, a ognuno è richiesto qualcosa: al giovane coraggio, al genitore comprensione e delicatezza. Occorre stimolare curiosità verso la vita ma serve anche attenzione e discrezione; gli strumenti sono vari e da far sperimentare un poco per volta: lavoretti part-time, l'utilizzo di internet, la partecipazione ad eventi culturali, incontri presso centri di recupero; questi ultimi costituiscono momenti particolarmente significativi poiché consentono a questi giovani di condividere il proprio disagio con altri che hanno esperito la stessa esperienza.

In tutto il Giappone questi centri di recupero sono circa un centinaio [19] quasi tutti ubicati nel Kantō [20], un numero irrisorio se rapportato all'entità del problema. Vi lavorano circa 300 persone a cui si aggiunge il volontariato di tante altre fra cui ragazzi usciti da Hikikomori; è facile immaginare quanto sia utile la loro presenza, poichè loro hanno conosciuto le stesse paure e gli stessi conflitti e sanno bene cosa si cela dietro quella apparente apatia per la vita.

All'interno dei Centri oltre agli incontri fra famiglie e ragazzi, si organizzano attività di gruppo, incontri sportivi, corsi professionali, programmi di supporto per chi vuole riprendere gli studi o il lavoro. Lo scopo finale è quello di preparare i ragazzi ad un completo ritorno sociale che potrà definirsi riuscito al momento dell'inserimento nel mondo del lavoro.

Ho visitato alcune di queste strutture all'interno delle quali ho conosciuto persone straordinarie che attraverso fatti concreti privi di retorica sono

08-Ric. C. Ricci.indd 197 02/11/2010 16.30.18

diventati il punto di riferimento di molte famiglie e tanti ragazzi; una di queste è Mamoru-san, responsabile del Centro di recupero di Yokosuka; Mamoru-san, il quale da qualche anno ha deciso di abbandonare il suo lavoro di maestro elementare e di dedicarsi completamente all'attività all'interno del Centro; l'11 settembre 2006, mi ha concesso una preziosa intervista, di cui riporto qui i punti essenziali.

Quali sono le cause principali di Hikikomori?

«Le esperienze personali negative nel momento in cui entri nella società. Ad esempio, molestie scolastiche, difficoltà nell'apprendimento scolastico, fallimenti nell'ambiente del lavoro. In Giappone, il procedere bene nella scuola ed il trovare lavoro è una cosa considerata naturale, le persone che non sono brave a percorrere questa strada, è molto facile che siano escluse dalla società. Di conseguenza, per queste persone che per differenti problemi hanno avuto un tempo moratorio molto lungo, il momento dell'ingresso nella società diventa una fonte di stress e tensione molto forte. Le persone molto timide, ad esempio, e non molto brave nelle relazioni con gli altri possono non rispondere a tutte le magnifiche aspettative che la società e la famiglia pretende da loro. Le aspettative della società e le eccessive aspettative dei genitori diventano le cause di Hikikomori. Le cause di Hikikomori si può così dire derivano dalle deformazioni e dai difetti della struttura della società».

Ci sono alcuni Hikikomori che ogni tanto escono di casa?

«Gli Hikikomori si dividono in tre tipi. Innanzitutto quelli che escono di casa solo se accompagnati dai genitori. Noi abbiamo un uomo di 37 anni che una volta alla settimana viene qui al Centro, lui appartiene a questo primo tipo; non ci sarebbero motivi contingenti a non uscire da solo, ma lui non lo fa mai. Il secondo tipo è colui che è sempre chiuso in camera, non esce mai dalla camera e non ha nessun tipo di comunicazione. L'ultimo tipo è colui che, se spinto ad uscire lo fa ma di sua iniziativa non lo fai mai. Oltre a questi, ci sono persone che sono chiuse in camera perché si sono ammalati fisicamente, in seguito ai lunghi periodi trascorsi in Hikikomori».

Perché sono quasi sempre gli uomini che fanno Hikikomori?

«Per gli uomini, più che per le donne, le aspettative sociali sono molto maggiori. Se le donne sono casalinghe, possono stare a casa, per gli uomini un pensiero simile non è fattibile. E sono proprio le aspettative sociali e la competitività che mettono in crisi il giovane. Inoltre un elemento che contribuisce a Hikikomori è la relazione "madre/bambino maschio" intima, segreta e difficile da comprendere. Nel rapporto "madre/figlia" questo manca; fra madre e figlia ci può essere una forma di competitività, ma non di dipendenza reciproca».

Gli interessati parlano della loro esperienza di Hikikomori?

«Secondo le abitudini; ci si regola secondo il proprio modo di pensare e di sentire. Forzare senza ragione non dà risultati. Se uno decide di parlare di se stesso è come se volesse cominciare a risolvere un problema».

08-Ric. C. Ricci.indd 198 02/11/2010 16.30.18

Gli hikikomori nei confronti della società si sentono colpevoli?

«Queste persone principalmente riflettono su se stesse e non pensano alla società. Pensano alle relazioni con i genitori e con se stessi: questo è il punto di maggiore importanza, in queste situazioni».

Ci sono situazioni in cui si ricade in Hikikomori?

«Nel nostro caso, nel corso di un anno, abbiamo avuto altri dieci Hikikomori; se si supera e si ricomincia a reagire positivamente, si comincia anche a lavorare ma sono tanti anche i casi in cui ci si ricade. Cosa succede, cosa non succede; l'indole e le inclinazioni, se si creano relazioni, se non si creano: tutto influisce. Il problema di una possibile ricaduta è un rischio effettivo, poichè non è dato per scontato che una volta ricominciato l'inserimento sociale attraverso il lavoro tutto venga lasciato alle spalle; dipende dalle aspettative che il ragazzo si è creato e da quello che trova nella realtà, la quale, nonostante lui sia guarito, è sempre la stessa nel bene e nel male. Il rischio della ricaduta implica un altro elemento rappresentato da una lotta contro il tempo; mi riferisco all'età del ragazzi e parallelamente anche quella dei genitori. Fra gli anni passati in Hikikomori, quelli trascorsi in terapia, poi in riabilitazione e le possibili ricadute, spesso i soggetti hanno 35-40 anni e i genitori, che rappresentano l'unico sostegno concreto, oltre 60. È una situazione che mobilita ulteriori quesiti come quelli di anzianità, di pensione, di forze fisiche ed economiche che vengono a mancare. Situazioni che socialmente sono ancora tutte da affrontare».

「座敷牢」 *Zashikiro, la stanza prigione*

«Zashikiro. Tutti i Giapponesi conoscono il significato di questa parola[21]: una camera prigione, buia e chiusa dall'esterno presente in molte case case fino a 60 anni fa, qui veniva rinchiuso un membro della famiglia, qualora fosse ritenuto malato di mente e lì vi restava fino alla sua morte. Dopo la seconda guerra mondiale, con la Nuova Costituzione, la detenzione negli Zashikiro fu proibita e furono attivati gli ospedali psichiatrici, ma l'articolo 33 attualmente in vigore non nega completamente l'autorità dei custodi e consente loro di ridurre la libertà dei malati mentali a favore della protezione e della pace pubblica. L'articolo 33 prescrive che un amministratore di ospedale può accettare il ricovero di una persona diagnosticata malata di mente senza il consenso del malato stesso, ma solo con l'approvazione dei suoi legali custodi (Munakata Tsunetsugu 1986). Anche se gli adolescenti hanno una minore consapevolezza di ciò che avveniva nello Zashikiro, è probabile che la loro stanza di autoreclusione, non rappresenti qualcosa di straordinario come può risultare per un Occidentale, poiché è qualcosa che è già stata e in un passato neppure troppo lontano: una cella nella quale espiare una colpa o ripararsi dagli altri».

Diversamente, per gli adulti giapponesi, quando avvengono episodi come quello sotto riportato, penso che la prima immagine che torna alla memoria sia solo ed esclusivamente quella di Zashikiro.

08-Ric. C. Ricci.indd 199 02/11/2010 16.30.18

引きこもり支援施設で死亡
[ital.: Morte in un Istituto di sostegno per Hikikomori]
朝日新聞、２００６年、5月22日 (22)

«In una struttura privata del comune di Nagoya, l'incidente che ha visto la morte per forti lesioni in tutto il corpo di un uomo di 26 anni, si è concluso con l'arresto di otto responsabili. Non essendoci una legge adatta agli istituti privati di questo tipo che trattano soggetti Hikikomori, ci si trova in una strana situazione senza mai sapere bene cosa sta succedendo all'interno di queste strutture. D'altra parte non si può certo affermare che le misure prese per il problema Hikikomori siano sufficienti e neppure che siano pochi i genitori che usano queste strutture private. La situazione fa pensare che diventerà in futuro un problema davvero grave.

Il ragazzo morto è stato legato con catene ad una colonna in una stanza definita come "la grande stanza". Si tratta di una stanza condivisa da uomini e donne grande circa quindici tatami (23), il cui scopo era quello di far uscire i ragazzi dallo stato di chiusura facendo condurre loro una vita di gruppo. La stanza era collegata con l'esterno da solo due porte, chiuse a chiave dall'esterno, per evitare ogni tentativo di fuga.

Questi istituti privati hanno cominciato ad operare senza bisogno del consenso degli interessati a partire dal 2000. Nel centro di Nagoya l'uso delle catene è cominciato nel 2004, questo perché gli internati scappavano; il responsabile che è stato arrestato ha motivato «poiché arrecavano problemi ai genitori hanno fatto in modo che non si ripetesse».

Il Ministero della Salute definisce il numero di Hikikomori in poche migliaia di persone rispetto alla stima di calcolo che invece fa l'associazione dei genitori KHJ, affermando che siano circa 1.600.000 persone; per quanto riguarda il numero di questi istituti si parla di circa 100. La metà sono privati e le condizioni effettive e i sistemi usati sono praticamente sconosciuti. Rispetto a quanto ha affermato all'intervista stampa, il Capo del Distretto sostiene che bisogna creare situazioni affinché i genitori che hanno figli in Hikikomori possano rivolgersi a qualcuno in caso di bisogno; la cosa non risulta essere però così semplice. innanzitutto non c'è una sola causa che provoca Hikikomori ed inoltre è necessario che sia l'interessato a volerne uscire. In realtà le strutture governative si sono limitate a stampare una guida che indica il nome di queste strutture, redatta tre anni fa dal Ministero della Sanità.

Per quanto riguarda al diritto di essere internati senza la propria approvazione, se i minori di 18 anni sono protetti dalla legge sul Walfare, per tutti gli altri non esistono leggi a riguardo che li tutelano. Al momento della morte del ragazzo, nella stanza c'erano ventuno ragazzi e otto ragazze.

Hikikomori è un problema presente fin dagli anni '90 e sono tanti i genitori che non sanno a chi rivolgersi.

Secondo l'associazione dei genitori, le persone che non si rivolgono ad alcun istituto sono il 30%. C'è chi si rivolge a strutture governative legate al sistema sanitario, ma poiché in pochi le conoscono, la maggior parte si rivolgono a strutture private.

08-Ric. C. Ricci.indd 200 02/11/2010 16.30.19

> Secondo la madre, il ragazzo morto era cambiato dopo essere stato negli Stati Uniti a studiare; dopo il suo ritorno infatti ha cominciato a fare Hikikomori.
>
> La famiglia è venuta a conoscenza di questa struttura tramite Internet.
>
> Secondo le statistiche, la maggior parte di Hikikomori ha più di 30 anni, di conseguenza i genitori hanno pressapoco 60 anni. Hikikomori in questi ultimi dieci anni è quadruplicato. È un problema che deve essere affrontato.
>
> Una altra madre intervistata che subisce violenza domestica dice di sentirsi senza via di uscita ed esprime la sua preoccupazione perché non sa come fare, se ora – dopo questo incidente – alcune strutture, che per lei rappresentavano l'unico rifugio, potrebbero venire chiuse».

Questo fatto è avvenuto il 18 aprile 2006, l'articolo è apparso il 22 maggio 2006. Un ragazzo di 26 anni è stato prelevato dalla propria casa, improvvisamente, e portato a forza in un luogo di cui non conosceva la destinazione. Qui, confinato in una stanza, legato con catene, traumatizzato ed indebolito, incapace di mangiare, dopo quattro giorni è morto.

Corpi sovversivi

> «Quando in un certo contesto sociale avvengono cambiamenti forti e veloci a cui non tutti i soggetti sociali sanno adattarsi con la stessa rapidità, si verificano momenti di sfasatura e tutto ciò può essere l'origine sia del disadattamento che dell'adattamento, della rivolta come della rassegnazione» (Bourdieu P. 1992).

Come possiamo collocare Hikikomori? Io ritengo che Hikikomori rappresenti coloro che in qualche modo sono rimasti intrappolati in una realtà che non sentono propria; le dinamiche che li hanno portati in quella stanza sono tante, ognuno di loro ha la sua storia e una sofferenza unica e personale; ma qualcosa li accomuna ed è l'aspetto sovversivo del loro essere Hikikomori. Questo perchè quei corpi, attraverso la volontaria reclusione, sovvertono una realtà e ne propongono altre che saranno interpretate solo da coloro che, privi di pregiudizi, avranno la capacità di farlo. Quella apparente immobilità è tutt'altro che immobile ed è tanto potente da compiere un perenne ed estremamente significativo processo culturale.

Se il corpo è quel terreno in cui sono iscritte contraddizioni e verità sociali, i corpi in Hikikomori rappresentano il luogo dove quelle contraddizioni esplodono; i loro silenzi parlano forte, raccontano di un disagio proponente,

08-Ric. C. Ricci.indd 201 02/11/2010 16.30.19

di una sofferenza sociale da cui nessuno è immune. Ed è per questo che Hikikomori non rappresenta un problema da confinare al Giappone, ma riguarda tutti noi, anche se dall'altra parte del mondo.

Note

(1) Intervista fatta a Kimiko san il 19 marzo 2006.

(2) Dati ottenuti dai centri di supporto Npo (*Non-Profit Organization*), sovvenzionati dal Ministero della salute, sanità e lavoro.

(3) Si tratta di un dato denunciato da una associazione di genitori chiamata Hkj ed apparso sul quotidiano "Asashi Shimbun" il 22 maggio 2006.

(4) Altre statistiche sostengono che la maggior parte di Hikikomori ha più di 30 anni ("Asashi Shmbun", 22 maggio 2006).

(5) È la situazione in cui il padre per motivi di lavoro trascorre un periodo di tempo all'estero mentre la famiglia rimane in Giappone.

(6) Conferenza del prof. Saito presso l'Università 学芸大学, il 4 marzo 2008.

(7) La traduzione è *Etica del Guerriero*, morale eroica che aveva lo scopo di preparare il guerriero al suo destino di morte o in battiglia o per suicidio rituale.

(8) Wakabashi Fumiko ha presentato la sua teoria della relazione fra Kabubi e Hikikomori in una intervista che mi ha concesso del 19 giugno 2008 ed è in fase di pubblicazione un saggio su questo tema.

(9) Drogheria aperta 24 ore su 24.

(10) È confermato da molti terapeuti che i ragazzi in Hikikomori siano, soprattutto all'inzio del ritiro, avidissimi lettori.

(11) Termine giapponese per indicare il "fuori". Riprenderò questo concetto nelle pagine seguenti.

(12) Paura del proprio odore.

(13) Tratto dall'intervista concessa dal prof. Ogino Tatsushi in data 20 settembre 2006.

(14) *La Strada del Guerriero* anche chiamato *Il Codice Segreto dei Samurai* è il testo più importante che il Giappone medievale ha prodotto per l'etica del guerriero ed è servito da libro-guida per intere generazioni di samurai. Si tratta degli insegnamenti del monaco Yamamoto Tsunetomo (1659-1719) raccolti in undici volumi dal suo allievo Tashiro Tsuramoto.

(15) La mancanza della capacità di esprimere emozioni.

(16) In questi ultimi anni il numero di suicidi in Giappone ha superato i 35mila, di cui oltre 25mila sono di uomini adulti.

(17) Uno fra questi, Saitō Satoru (vedi testo in *Bibliografia*).

(18) Avvenuto in un Centro Npo nel settembre 2002.

(19) Dati ottenuti dal Mamoru-san, responsabile del Centro Npo Yokosuka, in occasione della intervista concessa il giorno 11 settembre 2006.

(20) La regione che include Tōkyō e dintorni.

(21) La traduzione esatta è "Camera prigione in tatami".

(22) Uscito sul quotidiano "Asashi Shinbun" il 22 maggio 2006.

(23) In Giappone, il tatami corrisponde all'unità di misura per le stanze delle abitazioni.

08-Ric. C. Ricci.indd 202 02/11/2010 16.30.19

Bibliografia

Bourdieu Pierre (1992 [1992]), *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Éditions du Seuil, Paris (ediz. ital.: *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Doi Takeo (1971 [1991]), *The Anatomy of Dependence*, Kodansha International, Tōkyō (ediz. ital.: *Anatomia della dipendenza*, Raffaello Cortina Editori, Milano, 1991).

Moroboshi N. (2003) 引きこもりせきららら [ital.: *Hikikomori nudo e crudo*], Tōkyō.

Munakata Tsunetsugu (1986), *Sociocultural background of the mental health system in Japan*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 10, n. 4, dicembre 1986, pp. 351-365.

Pinguet Maurice (1985 [1984]), *La morte volontaria in Giappone*, Garzanti, Milano (ediz. orig.: *La mort volontarie au Japon*, Éditions Gallimard, Paris, 1984).

Saitō Satoru (2001), [男らしさと「引きこもり」, アテイクッションと家族 [ital.: *Virilità e Hikimori*], vol. 18.

Saito Tamaki (1998), 社会的ひきこもり [ital.: *Ritiro sociale*], PHP Shinsho, Tōkyō.

Saito Tamaki (2002), 引きこもる救出マニュアル [ital.: *Come salvare i vostri figli da Hikikomori*], PHP 研究, Tōkyō.

Scheper-Hughes N. (2000), *Il sapere incorporato. Pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, pp. 281-292, in Borofsky Robert (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma.

Shuzo Kuki (1992 [1930]), *La struttura dell'Iki*, Adelphi, Milano, 1992 [ediz. orig.: 「いき」の構造 / *"Iki" no kōzō*, 1930].

Scheda sull'Autore

Carla Ricci ha conseguito la laurea di Antropologia culturale ed etnologia presso l'Università di Bologna. Da anni svolge ricerca di campo in Giappone dove si è letteralmente immersa in tematiche psico-sociali, portando a compimento vari lavori sul suicidio e su espressioni di disagio giovanile fra cui Hikikomori.

Attualmente vive a Tōkyō e svolge attività di ricerca presso il Dipartimento di psicologia clinica dell'Università di Tōkyō, dove ha ottenuto un dottorato di ricerca. Rispetto al tema di Hikikomori, ha pubblicato *Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione* (Franco Angeli, Milano, in corso di stampa).

Riassunto

Hikikomori, corpi sovversivi in volontaria reclusione

La parola Hikikomori significa "chiudersi, ritirarsi" e riguarda oltre un milione di giovani giapponesi, la maggior parte di sesso maschile, che in maniera apparentemente non motivata, si chiude nella propria stanza e vi rimane ininterrottamente per lunghi periodi, spesso molti anni. Contrariamente a tante altre forme di forme di disagio adolescenziale presenti in Giappone ed in tutto il mondo, i giovani Hikikomori si spingono oltre, il

08-Ric. C. Ricci.indd 203 02/11/2010 16.30.19

loro ritiro rappresenta un rifiuto totale: lasciano la scuola, ma abbandonano anche gli amici, interrompono ogni tipo di comunicazione (anche tecnologica) trascorrendo lunghissimi periodi in una sorta di volontaria reclusione.

La società giapponese non approva gli Hikikomori poiché li ritiene fannulloni e spesso finisce per etichettarli come malati, ma non si tratta di malattia. Il giovane Hikikomori spesso comincia il ritiro solo per necessità di risposo o per reazione a episodi di bullismo o ancora per la vergogna di un esame scolastico andato male; ma il trascorrere tanto tempo in quello stato spesso gli procura effettivamente patologie anche gravi come psicosi, fobie, regressioni e violenza domestica, tanto che quando si intraprende la terapia di riabilitazione a volte sono necessari anche 10 anni per il recupero (Saito Tamaki 1998).

Avere un figlio Hikikomori, rappresenta per una famiglia giapponese una vergogna e così si mantiene il fatto segreto e passano anche anni prima che venga interpellato un medico.

Le cause che provocano Hikikomori sono tante e spesso conflittuali: elementi culturali, pressione sociale, situazioni famigliari complicate dove la figura del padre, anche se sempre assente per superlavoro, influisce più di qualsiasi presenza e il legame madre-figlio che deborda da suoi naturali confini creando una dipendenza spesso irreversibile.

Nonostante uno scenario tutt'altro che tranquillizzante, la chiave di lettura che si vuole fare emergere è quella di corpi, corpi sovversivi, che attraverso la loro volontaria reclusione compiono azioni forti, facendo esplodere le contraddizioni e i lati oscuri di ogni società. Ed è per questo che Hikikomori non rappresenta un problema da confinare solo in Giappone ma riguarda tutti i nostri figli, anche se dall'altra parte del mondo.

Résumé

Hikikomori, corps subversifs en reclusion volontaire

Le mot Hikikomori signifie "s'enfermer, se retirer" et concerne plus d'un million de jeunes japonais, pour la plupart de sexe masculin, qui sans raison apparente, s'enferment dans leur chambre et y restent sans interruption pour de longues périodes, souvent pendant plusieurs années. Contrairement à beaucoup d'autres formes des signaux de malaise de l'adolescence au Japon et dans le monde entier, les jeunes Hikikomori vont plus loin, leur retraite représente un refus total : ils abandonnent l'école, mais aussi les amis, ils interrompent tous types de communications (également technologiques) en passant de très longues périodes dans une sorte de réclusion volontaire.

La société japonaise n'approuve pas les Hikikomori car elle les considère comme paresseux et finit souvent par les étiqueter comme des malades, mais il ne s'agit pas d'une maladie. Le jeune Hikikomori commence souvent sa retraite par nécessité de

08-Ric. C. Ricci.indd 204 02/11/2010 16.30.20

repos, ou en réaction à des épisodes d'intimidation, ou encore suite à la honte crée par un échec à un examen scolaire. Mais passer trop de temps dans un tel état, souvent lui provoque effectivement des pathologies parfois graves comme des psychoses, des phobies, des régressions et de la violence domestique, à tel point que lorsqu'il entreprend la thérapie de réhabilitation, cela peut parfois lui prendre jusqu'à 10 ans pour récupérer (Saito Tamaki 1998).

Avoir un fils Hikikomori représente une honte pour la famille japonaise et ainsi cela reste un fait secret. Il peut donc se passer des années avant que l'intervention d'un médecin soit demandée.

Les causes qui provoquent Hikikomori sont diverses et généralement conflictuelles : les éléments culturels, la pression sociale, les situations familiales compliquées où l'image du père, bien que toujours absente en raison de la surcharge de travail, influe plus que n'importe quelle présence et le lien mère-fils, qui déborde de ses limites naturelles, crée une dépendance souvent irréversible.

Malgré un scénario tout autre que tranquillisant, la clé de lecture que nous voulons faire émerger est celle des corps, des corps subversifs, qui à travers leur réclusion volontaire accomplissent des actions fortes, en faisant exploser les contradictions et les côtés obscurs de chaque société. C'est pour cela que Hikikomori ne représente pas un problème limité au Japon, mais regarde tous nos enfants, également de l'autre côté du monde.

Resumen

Hikikomori, cuerpos subersivos en reclusión voluntaria

La palabra Hikikomori significa "cerrarse, retirarse" y tiene que ver con más de un millón de jóvenes japoneses, la mayor parte de ellos de sexo masculino, que de manera aparentemente inmotivada, se encierra en su habitación y allí se queda ininterrumpidamente por largos períodos, a menudo por muchos años. Contrariamente a otras formas de desadaptación experimentada por adolescentes presente en Japón y en todo el mundo, los jóvenes Hikikomori van más allá, sus retiros representan un rechazo total: dejan la escuela, abandonan a los amigos, interrumpen todo tipo de comunicación (incluso tecnológica), transcurriendo extensísimos períodos de tiempo en una suerte de reclusión voluntaria.

La sociedad japonesa no aprueba a los Hikikomori porque los considera holgazanes y frecuentemente termina por etiquetarlos como enfermos, aunque no se trata de enfermedad. El joven Hikikomori, a menudo, empieza el retiro sólo por necesidad de reposo o por reacción a episodios de acoso escolar o también, por la vergüenza que un examen no aprobado provoca; sin embargo, el hecho de pasar tanto tiempo en ese estado le trae aparejadas, efectivamente, patologías graves como psicosis, fobias,

08-Ric. C. Ricci.indd 205 02/11/2010 16.30.20

regresiones y manifestaciones de violencia doméstica, tanto que, cuando se empieza una terapia de rehabilitación, a veces se necesitan hasta 10 años para la recuperación. (Saito Tamaki 1998).

Para una familia japonesa tener un hijo Hikikomori, es una vergüenza y por eso el hecho se mantiene en secreto y pasan años antes de llamar a un médico.

Las causas que provocan Hikikomori son numerosas y conflictuales: elementos culturales, presión social, situaciones familiares complicadas donde la figura del padre, si bien siempre ausente por motivos de exceso trabajo, influye más que cualquier otra presencia y el vínculo madre-hijo que desborda sus confines naturales crea una dependencia frecuentemente irreversible.

No obstante un escenario poco tranquilizante, la llave de lectura que se desea destacar es la de cuerpos, cuerpos subersivos, que a través de su reclusión voluntaria realizan acciones fuertes, haciendo explotar las contradicciones y los aspectos oscuros de cada sociedad. Yes por esto que los Hikikomori no representan un problema circunscripto únicamente en Japón sino que toca a todos nuestros hijos, aunque estén en la otra parte del mundo.

Abstract

Hikikomori, subversive bodies in voluntary imprisonment

The word Hikikomori means "shutting oneself away, withdrawing" and concerns over one million Japanese youths, mostly males, who for no apparent reason lock themselves away in their room and remain there uninterruptedly for very long periods of time, sometimes years. Contrary to many other forms of adolescent unease present in Japan and around the world, Hikikomori youths go even further, as their withdrawal represents total refusal: they drop out of school, but also abandon their friends, they interrupt all types of communication (even technological) thus passing very long periods of time in a sort of voluntary reclusion.

Japanese society does not approve of those who fall into Hikikomori as they are considered idlers and often ends up labeling them ill, though it is not a disease. The Hikikomori youth usually begins withdrawal due to the need to rest or also as a reaction to bullying episodes or to the shame of having failed an exam at school; nonetheless spending so much time in that state causes actual pathologies, even serious ones, such as psychosis, phobias, regression and domestic violence, so much so that when rehabilitation begins, it can take up to 10 years for recovery (Saito Tamaki 1998).

To have a Hikikomori child is considered shameful for a Japanese family, hence it is kept secret and years could go by before a doctor is consulted.

08-Ric. C. Ricci.indd 206 02/11/2010 16.30.20

The causes that bring about Hikikomori are many and often conflicting: cultural elements, social pressure, complicated family situations where the father figure, albeit always absent for overwork, affects more than any presence and the mother-child relationship which overflows from its natural boundaries, creating an often irreversible dependency.

Despite an all but reassuring scenario, the interpretation that emerges here is that of bodies, subversive bodies, which through their voluntary reclusion perform strong actions, causing the contradictions and the obscure sides of every society explode. And it is for this reason that Hikikomori is not a problem to confine only to Japan, but concerns all our children, even if on the other side of the world.

08-Ric. C. Ricci.indd 207 02/11/2010 16.30.21

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 209-231

Il ñak'aq: sindrome culturale o ermeneutica indigena?

Manfredi Bortoluzzi

investigador huésped presso il Centro di investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS-Golfo), Xalapa (México)

Il pensiero indigeno andino attraverso le sue facoltà mitopoietiche, nonostante il massiccio processo deculturativo iniziato con la Conquista, ha continuato a interpretare il mondo e la cangiante realtà circostante risignificandoli ogni volta in relazione ai diversi e spesso traumatici mutamenti storici e socio-culturali.

In un tale contesto fatto di sincretismi, ibridazioni e forme di resistenza il *ñak'aq* appare, all'interno della tradizione orale delle Ande, come una vera e propria risorsa ermeneutica in grado di reinterpretare nei significati della cosmovisione autoctona una serie di fenomeni non-significanti, e per questo potenzialmente pericolosi, prodotti dall'acculturazione con il mondo occidentale.

Etimologia ed etnolinguistica

Il termine *ñak'aq* è la variante etnolinguistica del quechua del sud (Cusco) che si caratterizza per la palatalizzazione della nasale /n/ e la glottalizzazione della velare /k/. Il sostantivo che si usa per indicare il personaggio del racconto deriva dal verbo *ñak'ay* (tagliare la gola, sgozzare). Nella variante ayacuchana del quechua del sud il verbo *nakay* esprime lo stesso concetto, anche se riferito a vittime animali, e il sostantivo derivato è *nakaq*. Nel quechua del centro-nord, invece, si usa il verbo *pishtay* (sgozzare, squartare animali) e il sostantivo *pishtakuq* da cui deriverebbe la più diffusa forma spagnola *pishtaco* (TAYLOR G. 1991).

Per quanto riguarda l'area etnolinguistica aymara [(1)] troviamo almeno due termini che ricoprono lo stesso dominio semantico già trattato per il quechua: *kharisiri* e *lik'ichiri*. In realtà i due lemmi non coincidono completamente, perché se il termine *kharisiri* significa "colui che sgozza in suo

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 209 02/11/2010, 16.16

favore", il suo omologo *lik'ichiri* sembra implicare connotazioni più specifiche indicando "colui che estrae il grasso dalle persone". Questo secondo termine, anche se probabilmente di origine coloniale e quindi più tarda rispetto a *kharisiri*, esplicita l'aspetto più caratteristico di questa figura: quella di essere una sorta di vampiro che estrae dai corpi umani il grasso con diverse modalità e finalità (RIVIÈRE G. 1991).

Tuttavia questo personaggio, che di notte assale i viandanti lungo i sentieri solitari, a differenza del vampiro europeo non è un essere sovrannaturale e non si nutre della sostanza estratta, ma la rivende a diversi compratori che la utilizzeranno per i loro particolari scopi commerciali.

Gli elementi del racconto

Il racconto pur mantenendo inalterata la sua struttura nucleare (un essere che assale la gente per sottrargli la sostanza vitale) presenta un alto numero di varianti che possono fargli assumere connotazioni completamente diverse. Sarà pertanto necessario analizzarne ogni elemento separatamente [(2)].

- Il personaggio generalmente viene descritto come uno straniero: un *gringo*, un prete o un frate, un uomo barbuto, alto e robusto; spesso però può essere anche *mestizo* o addirittura *indio*. In quest'ultimo caso quasi sempre esiste una relazione con il mondo esterno alla comunità indigena di appartenenza, solitamente di tipo economico, che circonda il soggetto di un'aura particolare, di un'identità incerta, quasi liminale. Nella seconda metà del Novecento è stato spesso identificato con il militare e in generale con uomini legati al governo, con il medico, l'antropologo e più recentemente con il trafficante d'organi.
- Lo strumento utilizzato può essere un coltello ma anche una macchina speciale per l'estrazione del grasso o una siringa. Spesso il *degollador* è munito di altri oggetti che gli servono per soggiogare le sue vittime prima di "operarle": una campanella, polveri magiche ottenute da ossa di lama o poteri straordinari come l'ipnosi.
- Il modus operandi dell'aggressore presenta tre fasi tipiche non sempre compresenti: a) la circonvenzione della vittima attraverso poteri ipnotici e arti magiche, come l'uso di polveri e preghiere, che la riducono all'impotenza e in totale balia dell'aggressore facendola sprofondare nel sonno; b) il rapimento della vittima e il suo trasferimento al nascondiglio del *ñak'aq*, generalmente una grotta; c) l'estrazione del grasso. Quest'ultima fase, essendo quella centrale nel racconto, pre-

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 210 02/11/2010, 16.16

senta ulteriori varianti che vanno da un'apertura su un lato dell'addome al taglio della gola, dalla suzione attraverso macchine speciali allo smembramento del corpo.

- La vittima è quasi sempre il *campesino*, ma dopo la grande migrazione dai villaggi della cordigliera alle periferie di Lima, a partire dagli anni cinquanta, il fenomeno si è diffuso anche in ambiente urbano tra gli strati più poveri della popolazione. Lo stesso si può dire per il caso boliviano.
- Il luogo dell'azione è generalmente un sentiero solitario nelle zone rurali, le zone marginali della città e perfino, come a La Paz, l'autobus di linea.
- Il *pishtaco* agisce prevalentemente di notte, durante il mese di agosto o nei periodi di crisi politica, economica, sociale e sanitaria.
- La materia estratta dall'organismo è il *sebo* (grasso) che riveste le interiora, ma in alcune varianti può essere anche il sangue. Ad ogni modo si tratta sempre di una sostanza che nella cosmovisione indigena viene associata alla forza vitale. Negli ultimi anni, col diffondersi della pratica dei trapianti d'organo, anche gli occhi sono diventati uno degli oggetti prediletti dal "vampiro" andino che proprio per questo ha assunto il titolo di *gringo sacaojos*.
- Il destinatario dell'azione è sempre un rappresentante del potere politico o economico appartenente al mondo esterno rispetto alla comunità indigena, come il governo, la Chiesa, la città o le grandi imprese straniere.
- La destinazione finale del grasso estratto è la sua trasformazione in un prodotto utile e spesso ritenuto indispensabile al mondo dei bianchi. La sostanza ottenuta serve così alla produzione di campane per migliorarne il suono, viene impiegata nella lubrificazione di macchinari e missili spaziali oppure in ambito farmaceutico come pomata per la cura di malattie della pelle. Nel caso del *gringo sacaojos* evidentemente lo scopo finale è quello di fornire organi per i trapianti. In alcuni casi è la carne stessa ad essere venduta ai ristoranti della città con finalità alimentari.
- Tra i più diffusi sistemi apotropaici usati per evitare di essere assaliti dal *degollador*, che presentano molte varianti regionali, troviamo l'aglio, il sale, il pane, gli escrementi di asino, l'uso di coprirsi con il *poncho* o di orinarvi sopra, di coprirsi il collo con uno strofinaccio umido o di sistemare una scodella di legno piena d'acqua fuori della porta di casa (KAPSOLI W. 1991). In Bolivia, per proteggersi dal *kharisiri* è utile masti-

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 211 02/11/2010, 16.16

care coca, portare con sé un *wayruru* (un seme di color rosso e nero) avvolto nel cotone o mangiare aglio per rendere il grasso fetido ed inutilizzabile (SPEDDING A. 1995).

- Infine per coloro che non trovano subito la morte inizia una lenta agonia che presenta una sintomatologia simile a certe malattie culturalmente determinate come il *susto*[3]. Al suo risveglio la vittima dell'aggressione non ricorda nulla di quanto successo, la ferita infatti non ha lasciato traccia, e comincia a cadere in uno stato di profonda prostrazione presentando sintomi depressivi quali apatia, inappetenza e dimagrimento. L'esito finale della malattia, dopo qualche giorno o settimana, è inevitabilmente la morte, determinata dalla perdita della sostanza vitale.

Le fonti storiche

La prima ricostruzione storicamente documentata del *degollador*, che ancor oggi costituisce una tra le interpretazioni più valide, è quella di MOROTE BEST (1951). Il folclorista peruviano relaziona le prime apparizioni del *ñak'aq* con l'arrivo a Cusco dei padri betlemmiti intorno al 1690.

L'ordine dei frati ospedalieri venne fondato nel 1652 in Guatemala da padre Pedro de San José de Bethancourt. Al principio i betlemmiti avevano il compito di curare solo i cristiani, ma Innocenzo XI con una bolla papale datata 26 marzo 1667 modificò lo statuto dell'ordine disponendo che si curassero anche gli indigeni e che i frati dovessero apprendere i rudimenti della botanica e della medicina, mentre al tempo stesso gli veniva tolto il diritto di officiare il culto dato che le loro umilianti mansioni non erano compatibili con la sacralità dell'altare. La regola imponeva inoltre che ogni sabato dal calar del sole alla mezzanotte uno dei fratelli andasse per le strade della città suonando una campanella per chiedere suffragi per le anime del purgatorio e per la conversione dei peccatori (PALMA R. 1896).

L'abito dei *barbones*, come venivano chiamati per la lunga barba, che si componeva di una tunica di color scuro, sandali e una corda che stringeva i fianchi, costituisce una delle immagini più ricorrenti, quasi archetipica, nella descrizione del *ñak'aq* che viene fornita in molti racconti. Tuttavia è soprattutto il commercio di questi religiosi con la malattia, il corpo e la morte che valse loro l'appellativo di *ñak'aqkuna*. Proprio a Cusco, infatti, si sparse rapidamente la voce tra gli indigeni che questi uomini dediti alla cura dei malati nello spirito del loro fondatore, che aveva fama di umiliarsi al punto di ripulire con la propria bocca la putredine dalle ferite infette degli infer-

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 212 02/11/2010, 16.16

mi, erano in realtà degli spietati carnefici che sgozzavano i degenti per asportarne il grasso e rifornire così le farmacie del re di Spagna [4].

Una prima generica identificazione di questa figura con il bianco, lo straniero e il prete era già avvenuta intorno al 1570 durante il movimento messianico del *Taqui Oncoy* che, parallelamente all'ultima strenua difesa inca a Vilcabamba, profetizzava l'imminente ritorno delle *huacas*, le divinità andine sconfitte da quelle spagnole. In questo periodo di profonda crisi, secondo quanto riferisce CRISTOBAL DE MOLINA (1574), gli indigeni quechua rifiutavano di portare la legna a casa degli Spagnoli per paura che gli venisse estratto il grasso che gli europei usavano per curare le loro malattie.

Benché nella descrizione che ci ha lasciato l'estirpatore di idolatrie Pablo Joseph DE ARRIAGA (1621) siano evidenti le influenze della demonologia medievale europea, anche le informazioni sul *runapmicuc* (mangiatore di uomini) risultano di estremo interesse nello studio del *ñak'aq* per le evidenti analogie che vi si possono riscontrare. Questi *brujos* o *hechiceros*, cioè maghi e stregoni come vengono definiti dal gesuita spagnolo, agivano di notte penetrando nelle case delle vittime che addormentavano spargendo una polvere ottenuta da ossa di morto. Immediatamente praticavano un taglio sulla pelle della vittima per succhiarne il sangue. Una parte di questo veniva raccolta in una bacinella e portata quella stessa notte ad un ritrovo convenuto con altri *runapmicuc*. Durante quello che viene descritto come una specie di sabba, per opera del demonio in persona sottospecie di felino, il sangue veniva trasformato in carne per essere divorato dagli astanti, mentre la vittima a cui era stata asportata la sostanza vitale moriva nel giro di qualche giorno.

Un'ultima testimonianza storica, che in realtà è cronologicamente la prima, è quella dell'Anonimo gesuita che oggi molti peruvianisti tendono a identificare con il padre Blas Valera. Questi fa esplicito riferimento al *nacac* descrivendo ed elencando i vari ministri del culto e del sacrificio degli Incas. Questa figura di sacrificatore sarebbe stata preposta all'uccisione rituale di animali mediante scorticatura.

Le fonti iconografiche

Altre fonti non meno importanti per l'interpretazione di questo complesso fenomeno culturale ci vengono offerte dal materiale iconografico di epoca sia precolombiana che coloniale.

Nella cultura mochica, sviluppatasi tra il 200 e il 700 d.C. sulla costa nord del Perù, era diffusa la pratica del sacrificio umano e in particolar modo

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 213 02/11/2010, 16.16

l'uccisione rituale per sgozzamento e scorticamento. Il sacrificatore mochica veniva rappresentato con attributi zoomorfi, come un essere in grado di mediare, attraverso la sua funzione cerimoniale, tra il mondo degli uomini e quello degli dei. Parte della elite sacerdotale, era investito di un potere ambiguo e terribile quello di dare la vita mediante la morte. Il sangue estratto dalle vittime e offerto alle divinità era infatti simbolicamente relazionato con il ciclo dell'acqua che doveva assicurare la fertilità dei campi (BELLIER I. - HOCQUENGHEM A.M. 1991).

Un'altra forma piuttosto comune di uccisione rituale tra i Mochica, che ci hanno lasciato numerosissime testimonianze fittili di tanti aspetti della loro cultura, era lo scorticamento della pelle della faccia che veniva così ridotta a una vera e propria maschera di pelle umana. Uno dei nomi sotto cui si conosce oggi il *ñak'aq*, nelle regioni della selva peruviana, è proprio *pela cara*, "spella faccia" (BELLIER I. - HOCQUENGHEM A.M. 1991).

In epoca coloniale questo personaggio sembra confondersi con le rappresentazioni religiose di San Bartolomeo. Dal punto di vista iconologico gli attributi principali del santo sono il coltello e la pelle. San Bartolomeo infatti, durante il suo apostolato in Armenia, venne scorticato vivo e poi decapitato per aver convertito al cristianesimo la sorella del re (GISBERT T. 1980). Nel calendario cattolico la festa di questo santo si celebra il 24 di agosto, che sulle Ande corrisponde al mese della semina in cui la *Pachamama*, la madre terra, si apre per ricevere le offerte sacrificali, ma è anche il mese durante il quale le apparizioni del *ñak'aq* diventano più frequenti. Inoltre, secondo la tradizione popolare, proprio la notte di San Bartolomeo il *degollador* si reca alla messa per accendere una candela: se la luce della fiamma è rossa l'anno sarà buono, se invece la fiamma è di colore bianco non ci saranno vittime (MOROTE BEST E. 1951).

Ad Ayacucho, infine, la rappresentazione del *ñak'aq* può confondersi addirittura con quella di Gesù Bambino. Questa figura viene invocata dai fedeli soprattutto per aiutare i malati nell'ora dell'agonia, affinché il loro trapasso sia meno doloroso. Tuttavia il *Niño Nakaq* presenta interessanti caratteristiche di vendicatore e carnefice quando il fedele non mantiene i suoi voti (ANSIÓN J. 1989).

Trasformazioni contemporanee

Nella seconda metà del Novecento i termini *ñak'aq* o *nakaq* e *pishtakuq*, ma soprattutto la forma spagnola *pishtaco*, sono stati usati in differenti circostanze per definire fenomeni alquanto diversi tra loro e tuttavia evi-

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 214 02/11/2010, 16.16

dentemente riconducibili, secondo un punto di vista emico, ad un denominatore comune.

Durante gli anni ottanta, per esempio, venivano chiamati così i militari del governo García che operavano nelle zone di emergenza per opporsi al terrorismo di Sendero Luminoso, mentre in anni recenti fa la sua apparizione il *gringo sacaojos*, che rapisce la gente dalle periferie più povere di Lima per asportare occhi e altri organi che poi verranno venduti agli ospedali stranieri per i trapianti.

Spesso gli stessi antropologi sono stati considerati *pishtacos* per le loro caratteristiche fisiche, gli strumenti tecnici (macchine fotografiche e registratori) e la loro provenienza da una realtà esterna alla comunità.

Se il *pishtaco* rappresenta quasi sempre il potere può al tempo stesso diventare realmente uno strumento al servizio di questo, che se ne serve per scaricare tensioni sociali durante periodi critici come le elezioni o le epidemie, oppure, all'inverso, per creare tensione, identificare un capro espiatorio o addirittura per liberarsi di testimoni scomodi come gli operatori sociali (BELLIER I. - HOCQUENGHEM A.M. 1991).

La realtà del mito

Fin qui il personaggio descritto sembra appartenere solo alla sfera della tradizione orale, del mito o della leggenda urbana e rurale, tuttavia la realtà è ben diversa e le sue manifestazioni concrete assumono spesso caratteristiche e toni drammatici.

L'11 settembre 1987 la popolazione di un quartiere marginale di Ayacucho, sobillata dai rumori di un imminente attacco di 5000 *degolladores* inviati dal governo per estrarre grasso umano con cui pagare il debito estero, linciò un giovane commerciante di Huancayo pensando che si trattasse di un *nakaq*. Il 29 agosto dello stesso anno il Ministro dell'Interno peruviano aveva proclamato lo stato di emergenza nella regione piagata dal terrorismo (GRANDA ORÉ J. 1989).

La mattina del 30 novembre 1988 centinaia di madri di famiglia fecero irruzione nelle scuole di Villa El Salvador, nella periferia di Lima, per portare in salvo i propri figli. Era corsa la voce che gruppi di *gringos* armati di mitragliette avevano rapito dei bambini da un collegio per asportargli gli occhi e venderli al mercato degli organi. Il giorno dopo era previsto lo sciopero nazionale (ZAPATA G.A. 1989).

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 215 02/11/2010, 16.16

Durante la crisi economica, in quello stesso novembre 1988, la voce sull'arrivo dei *gringos sacaojos* armati si sparse un po' ovunque a Lima, forse ad opera dello stesso governo che avrebbe così tentato di distogliere l'attenzione delle masse dallo sciopero nazionale. La notizia causò grande sgomento nella popolazione delle zone più marginali della capitale che diede vita a gruppi di difesa e persecuzione dei trafficanti d'organi stranieri. Nell'Asentamiento Humano José Carlos Mariátegui un gruppo di turisti francesi, scambiati per *sacaojos*, sfuggì miracolosamente ad un linciaggio (ROJAS RIMACHI E. 1989).

Nel novembre 1978 nel dipartimento di Oruro, in Bolivia, quattro catechisti vennero detenuti dalle autorità indigene locali con l'accusa di aver provocato la morte di numerose persone dopo aver estratto loro il sangue per venderlo all'estero. Dopo vari maltrattamenti, la confisca dei beni e un mese di carcere finalmente gli accusati furono rimessi in libertà, ma gli venne impedito di fare ritorno alla comunità (RIVIÈRE G. 1991).

Nel 1983, nella stessa zona, durante un periodo di forte crisi economica, un uomo convertito ad una setta evangelica e proprietario di un furgoncino [(5)] venne accusato dai compaesani di essersi arricchito grazie al suo lavoro di *lik'ichiri*. Dopo essere stato imprigionato ed aver tentato la fuga venne picchiato a morte e poi bruciato. Il caso fu archiviato dalla Prefettura come «*cosa de indios*» (RIVIÈRE G. 1991).

Nello stesso anno, nella zona di Potosí, alcuni contadini accusarono i cooperanti stranieri dell'Instituto Politécnico Tomás Katari di essere *lik'ichiri* mandati dal governo per rifornirsi di grasso da vendere per pagare il debito estero. La situazione degenerò in accuse verbali e aggressioni fisiche; i bambini non vennero più mandati a scuola e a pascolare gli animali; di notte si organizzarono ronde armate; finalmente la residenza dell'istituto venne assalita e saccheggiata con la convinzione che lì si nascondesse un vero e proprio centro di formazione di *lik'ichiri*. I cooperanti dovettero riparare nei centri urbani fino alla fine della crisi (RIVIÈRE G. 1991).

Nel febbraio del 1983 la stampa boliviana segnalò alcuni avvistamenti di UFO nel dipartimento di Potosí. La popolazione locale chiese rinforzi alla polizia per l'arrivo dei *lik'ichiri*. Anche in questo caso due giovani rischiarono di essere linciati, un teologo tedesco venne espulso e alcuni sacerdoti vennero molestati (RIVIÈRE G. 1991).

Queste esplosioni periodiche di violenza associate a momenti di crisi politica, economica e sociale, che spesso hanno esiti drammatici, sono originate da un vero e proprio terrore che, almeno nel contesto aymara, trova una

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 216 02/11/2010, 16.16

sua giustificazione nel fatto che le vittime del *kharisiri* si ammalano davvero e a volte muoiono.

Per quanto riguarda il *ñak'aq*, nonostante venga citato da Valdizán e Maldonado nel loro *La medicina popular peruana* come «*ser imaginario*», non si conoscono casi accertati di persone che si siano ammalate o siano morte in conseguenza di un attacco. In Bolivia invece il folclore medico riconosce le conseguenze di un'aggressione del *kharisiri* come malattia che può essere curata solo dallo *yatiri* [6], mentre qualunque terapia di tipo biomedico risulta inutile.

Alison SPEDDING e Angela RIVEROS (1995), in collaborazione con alcuni studenti delle Facoltà di Antropologia e Sociologia dell'Universidad Mayor San Andrés di La Paz, hanno condotto un'indagine su 92 casi diagnosticati come vittime di *kharisiri* a La Paz e in provincia, di cui 22 sono risultati letali. Secondo i risultati verrebbero colpiti soprattutto gli uomini tra i 20 e i 50 anni, di classe popolare ed etnicamente considerati come indigeni.

L'attacco avviene prevalentemente di notte, in zone rurali e isolate, in occasione di viaggi su mezzi pubblici e di pernottamenti in compagnia di persone sconosciute. La vittima dice di non ricordare nulla e di essersi addormentata o di essere svenuta all'improvviso.

I sintomi cominciano qualche giorno dopo e la diagnosi viene effettuata da qualche familiare attraverso la sintomatologia, il racconto della vittima, la ricostruzione degli eventi e in alcuni casi la risposta alla somministrazione di determinati medicamenti. Generalmente la malattia si manifesta con dolori addominali, alla schiena e alle costole (intorno quindi alla zona dove sarebbe stato praticato il taglio), febbre, vomito, debolezza e svogliatezza. Caratteristica sembra essere la posizione assunta da alcuni malati: accucciata e senza guardare nessuno direttamente di fronte.

La medicina tradizionale prevede come terapia l'uccisione di una pecora nera e l'applicazione del grasso sullo stomaco della vittima, tuttavia oggi è più utilizzata la *pacha qulla*, una bevanda che dovrebbe contenere carne umana secca e il grasso di altre vittime. Due cose risultano inoltre di fondamentale importanza per il buon esito della cura: che il paziente non sappia di essere stato vittima del *kharisiri* e soprattutto che riesca a rimettersi prima che il grasso venga venduto, in caso contrario per il malato non ci sarebbero speranze.

Nelle loro conclusioni Spedding e Riveros cercano di trovare qualche corrispondenza con la nosografia occidentale avanzando fondamentalmente due ipotesi: che si tratti di un problema organico (epatite, sindrome post-

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 217 02/11/2010, 16.16

epatica, colera) o piuttosto di carattere psicosomatico legato all'ansia generata dalla vicinanza di sconosciuti in momenti pericolosi come la notte, il viaggio ed il sonno.

La difficoltà di presentare un quadro clinico coerente e la necessità di ulteriori ricerche di tipo antropomedico è evidente per un tema così complesso, ciononostante l'analisi di Spedding e Riveros ha il pregio di aver fornito un primo approccio epidemiologico a questa figura dell'immaginario indigeno.

Crisi dell'attività simbolica e ipertrofia della funzione segnica

A questo fenomeno così vario e complesso sono state date diverse interpretazioni che hanno insistito volta a volta su di un aspetto differente del tema, ciononostante si può dire in generale che quasi tutte individuano nel *ñak'aq* una rappresentazione andina dell'Altro [7].

Qui si vuole invece dimostrare, analizzando alcune di queste interpretazioni, che nonostante il concetto di alterità, in relazione a quello di costruzione dell'identità, sia certamente presente ed essenziale non è tuttavia possibile ridurre ad un'opposizione Io/Altro una figura che affonda le sue radici in un contesto tutto andino e precedente l'incontro con la cultura europea. Affermare ciò non significa che nel contesto storico coloniale non ci siano stati prestiti, ma semplicemente che questi, sicuramente presenti, non fanno parte del nucleo duro del racconto e che costituiscono invece un corpus di attributi variabili e permutabili ma non sostanziali.

Il *ñak'aq* è stato spesso identificato o con lo straniero, estraneo alle relazioni di reciprocità che reggono la società andina, o, nel caso si tratti di un membro della comunità, con qualcuno che ha rotto queste relazioni e che presenta un comportamento antisociale. Questa ed altre considerazioni sulla natura del personaggio hanno spinto la maggior parte degli antropologi a caratterizzarlo come un essere contraddistinto da qualità essenzialmente negative [8], trovandosi così di fronte ad una prima grande contraddizione: la sua originaria funzione sacrificale è eminentemente sociale e dunque incompatibile con un essere negativo e antisociale.

Infatti, se già l'analisi linguistica del termine ci indica che la sua radice, nelle due varianti regionali *naka-* (centro-sud) e *pishta-* (centro-nord), fa riferimento ad un contesto di sacrificio cruento (sgozzamento, scorticamento, squartamento) (TAYLOR G. 1991), la tesi sull'origine religiosa e

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 218 02/11/2010, 16.16

cultuale di questa figura viene rafforzata oltre che dalle fonti storiche soprattutto dall'iconografia precolombiana e coloniale.

Nella maggior parte dei racconti citati dai ricercatori l'aspetto del *degollador* è prevalentemente quello di un prete o di un frate, comunque di un religioso appartenente alla confessione cattolica [9]. Possiamo identificare questo primo elemento ricorrente come nucleare, mentre le altre rappresentazioni (medico, antropologo, militare, trafficante di organi ecc.) sarebbero varianti di tipo contestuale. Se infatti la figura del prete appare a distanza anche di secoli e non necessariamente in relazione a contesti specifici, le altre manifestazioni sono sempre il prodotto di una situazione critica o perturbante sul piano dell'identità, della sicurezza sociale, sanitaria ma soprattutto ontologica.

La scelta del religioso come maschera per il *ñak'aq* non è casuale e appare invece evidente se la si relaziona con le origini sacrificali del personaggio. Questi era probabilmente un sacrificatore, un ministro del culto, in fin dei conti un sacerdote e cioè il corrispettivo indigeno del prete cattolico. Questa sostituzione, con la conseguente trasformazione delle caratteristiche socialmente positive del personaggio in attributi negativi, può trovare una spiegazione nel contesto storico e sociale andino tardo cinquecentesco dominato dalla resistenza inca di Vilcabamba e dal sorgere del movimento millenarista *Taqui Onqoy* [10].

Sviluppatosi tra il 1565 e il 1570 nella zona di Huamanga, questo movimento messianico profetizzava il ritorno delle *huacas*, le ancestrali divinità andine, che avrebbero finalmente riportato l'universo all'antico ordine, precedente l'arrivo degli Spagnoli, sconfiggendo il Dio cristiano. Mentre gli ultimi eredi di Manco Inca asserragliati a Vilcabamba, nella selva alta peruviana, sostenevano l'estrema difesa contro l'invasore europeo, nelle regioni andine di Apurimac, Cusco, Ayacucho e Huancavelica risorgeva segretamente il culto alle divinità autoctone attraverso riti estatici di possessione e soprattutto il rifiuto di tutto ciò che era espressione del mondo dei bianchi. Gli adepti del *Taqui Oncoy* vietavano agli indigeni di utilizzare vestiti e nomi di origine europea, di consumare il cibo degli Spagnoli e ovviamente di assistere al rito cattolico per non incorrere nell'ira delle *huacas* che, offese per l'abbandono del loro culto, li avrebbero altrimenti trasformati in animali [11].

La conquista spagnola dell'impero incaico venne metabolizzata dal pensiero andino e immediatamente inserita all'interno di una precisa cosmovisione. La destrutturazione delle istituzioni sociali, l'annichilimento del culto locale e il flagello continuo delle epidemie caratterizzarono subito,

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 219 02/11/2010, 16.16

nell'immaginario indigeno, l'arrivo degli Spagnoli come una catastrofe di dimensioni apocalittiche. Secondo la cosmovisione andina, infatti, ogni 500 anni avviene un *Pachacuti* (rivolgimento), un cambiamento nella struttura dell'universo che dà inizio a una nuova era (Ossio J. 1973).

Attraverso il ritorno al culto tradizionale promosso dal *Taqui Oncoy* – che letteralmente significa "mal del canto" – gli indigeni quechua si proponevano di ristabilire l'ordine precedente all'invasione europea promettendo l'avvento di un'epoca florida di salute e benessere.

Nel 1590, dopo una terribile epidemia (probabilmente di vaiolo), si sviluppa un altro culto di crisi chiamato *Muru Oncoy* (malattia delle macchie) che, interpretando la malattia come castigo divino per aver abbandonato il culto alle *huacas*, sostiene la necessità di evitare tutti i contatti con il mondo e la religione dei bianchi per superare la crisi e ripristinare l'ordine cosmico (Curatola M. 1977).

In un sistema di credenze dove tutto dipende dalla relazione tra individuo, società e cosmo la malattia era intesa come rottura di questo equilibrio o, più precisamente, la crisi dell'ordine universale era vissuta come malattia. In questo contesto il *Taqui Oncoy* poteva rappresentare un momento di transizione, quasi una forma di terapia coreutica, tra la malattia e la salute.

La destrutturazione della gerarchia sacerdotale e la proibizione dell'esecuzione degli antichi rituali, che dovevano assicurare il mantenimento dell'ordine e dell'equilibrio cosmico, avevano creato una situazione di caos che si rispecchiava nella schiavitù, nelle carestie e nelle pestilenze, ma soprattutto nell'instaurazione di un nuovo ordine divino altrettanto sanguinario di quello preesistente e tuttavia estraneo a qualunque forma di reciprocità con il mondo andino.

In questo contesto storico e culturale trova le sue origini il mito di Incarrí, quando nell'immaginario collettivo indigeno l'esecuzione di Atahualpa, per mezzo della garrota, assume invece le caratteristiche della decapitazione (Castro-Klarén S. 1990). Secondo il mito Españarrí, il dio dei bianchi, ha sconfitto e decapitato Incarrí, il figlio del Sole inca, iniziando così sulla terra un'era di tenebre e terrore, dove regna l'antropofagia e la violenza e il mondo è percorso e dominato dagli *ñak'aqkuna*. Tuttavia i *runa*, gli uomini, non hanno perso la speranza, perché sanno che il corpo di Incarrí sta crescendo dalla sua testa sepolta sotto terra e che quando il corpo sarà completo egli tornerà per combattere e sconfiggere Españarrí e riportare così l'ordine nel mondo (Ortiz Rescaniere A. 1973)[12].

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 220 02/11/2010, 16.16

L'origine degli *ñak'aqkuna* sarebbe dunque legata, secondo il mito, all'istituzione di un nuovo culto sacrificale, conseguente ad un rivolgimento cosmico, alimentato dalla sostanza vitale degli indigeni: il grasso.

La risignificazione di questa credenza contestualmente alle mutate congiunture storiche, economiche e sociali se si identifica con una generica rappresentazione di un'alterità dominante ed estranea al mondo andino mantiene tuttavia la struttura nucleare di una compromessa relazione tra l'uomo e il cosmo che si manifesta, sotto la rappresentazione simbolico-narrativa, come malattia.

L'esistenza di una sintomatologia e di una farmacopea indigena, almeno nella cultura aymara (SPEDDING A. - RIVEROS A. 1995), associata alla cura delle vittime del *kharisiri* dimostra che nella coscienza collettiva popolare boliviana questa sindrome trova una sua specifica collocazione magico-medica. La sintomatologia, che presenta caratteristiche tipiche di alcuni disturbi psicologici come la depressione melanconica (anemia, apatia, inappetenza, dimagrimento ecc.), ci spinge a credere che possa trattarsi di uno stato psicologico legato a quella che de Martino ha definito "crisi della presenza". Questa situazione potrebbe essere ulteriormente definita in termini di shock culturale e destrutturazione simbolica: la crisi del simbolo [13] e la sua riduzione a segno insignificante.

Particolari situazioni di forte stress causato da mutamenti culturali di tipo acculturativo possono avere importanti effetti patogenetici su una determinata popolazione (JILEK W.G. 1998). In questo caso la destrutturazione simbolica operata dalla deculturazione provoca uno stato di anomia, di caos, di perdita di senso che si riflette in uno stato patologico culturalmente determinato, nel senso che la pressione esercitata dalla nuova situazione problematica, non trovando più gli sbocchi previsti dalla tradizione culturale, viene trasferita e risignificata verso forme nuove e tuttavia appartenenti all'ambito della stessa cultura d'origine.

In questo senso il *ñak'aq* presenta interessanti caratteristiche ermeneutiche (sia come strumento d'interpretazione del reale in senso emico, sia come oggetto d'interpretazione testuale in senso etico) per la sua plasticità e porosità, che gli consentono di manifestarsi ogni volta, durante periodi socialmente critici, sotto le sembianze più diverse in relazione al variare del contesto storico-culturale, mantenendo tuttavia intatto durante i secoli un significato profondo. Nel momento in cui questo significato si smarrisce a tal punto, sotto le concrezioni segniche del tempo, da non essere più leggibile si manifesta la crisi della poiesi e il tentativo disperato di un corpo

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 221 02/11/2010, 16.16

che, non riconoscendo più il mondo come l'altra metà del *sýmbolon*, cerca di risignificarlo nel linguaggio del sintomo.

La forza del mito nel completare la realtà storica dotandola di senso, che emerge dal racconto attraverso le sue diverse significanze (14), mostra anche tutta la sua debolezza quando l'incapacità di ristrutturare il reale si manifesta come squilibrio tra l'uomo e il cosmo nella malattia. Vediamo allora che la dimensione mitico-narrativa, intesa come costruzione di senso, è strettamente legata a quella medica, dove la malattia è invece espressione dell'assenza di senso, e che entrambe collaborano dialetticamente al mantenimento dell'ordine del cosmo – concepito come senso di identità culturale, di relazione significante tra mondo e cultura e di equilibrio bio-psico-sociale – nel momento in cui questo si vede minacciato dalla disgregazione causata dall'irrompere di un nuovo ordine storico-culturale prodotto dell'acculturazione e della deculturazione.

Il discorso del corpo diventa allora centrale quando, come nel caso del *Taqui Oncoy*, la sostituzione violenta di un sistema religioso con un altro, lungi dal rimanere un mero problema sovrastrutturale, viene "incorporata" a tal punto dagli attori sociali da manifestarsi come malattia: il "mal del canto" (15).

Se il discorso antropologico, inteso come autoimmagine dell'uomo (16), è fatto di segni, di rimandi, di scritture, di interpretazioni e traduzioni, quello del corpo, del suo agire nel mondo e con il mondo, è eminentemente simbolico, allusivo, esonerante fino al punto di risolversi in quello stesso linguaggio che permette di parlare del mondo e dell'uomo senza più bisogno di alcun intervento su di essi. In questo passaggio dal simbolo al segno (dall'antropopoiesi all'antropologia) si può ancora udire il discorso di un corpo che è sempre in bilico tra la trascendenza e il disastro, tra il senso e la cifra oscura, tra la salute e la malattia. Mantenere questo equilibrio è il compito della cultura intesa come sistema simbolico capace di trasformare l'indeterminatezza ontologica in costruzione identitaria (17).

Tuttavia l'identità, proprio in quanto costruzione, si trova sempre esposta al rischio di ricadere nell'indeterminatezza ontologica di un corpo qualunque: il simbolo ha ceduto al segno e il segno, incapace di esprimere un soggetto, è diventato sintomo. La crisi del simbolo è ravvisabile proprio lì dove i segni si confondono, si prestano, si traducono e si tradiscono in quei processi acculturativi all'interno dei quali il discorso sul corpo non riesce più a dire il discorso del corpo. Allora è di nuovo il corpo a parlare e la sua parola è il sintomo e il suo discorso la malattia. La rottura dell'ordine simbolico e l'instaurarsi di un nuovo ordine in-significante, per chi lo esperisce,

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 222 02/11/2010, 16.16

si riflette in una relazione ormai compromessa tra l'uomo e il cosmo. La cura del soggetto e la salute del cosmo dipendono allora dalla capacità poietica del primo di risignificare il secondo in relazione alle mutate condizioni psico-socio-culturali.

Questo processo di risignificazione nel caso del *kharisiri* boliviano, che si manifesta sempre in situazioni critiche (epidemie di colera, crisi economico-politiche, eventi straordinari ecc.), pericolose e liminali (durante i viaggi, in luoghi sconosciuti, di notte o nel sonno) che sfuggono all'ordine stabilito delle cose, lascia pensare più che a una determinata malattia riscontrabile nella nosografia medica occidentale ad una reinterpretazione di differenti stati morbosi (organici, psichici e psicosomatici) ogni qual volta questi si presentino in concomitanza di particolari situazioni critiche. Più che di una vera e propria malattia identificabile dalla biomedicina potremmo forse dire che si tratta di una forma di etno-diagnosi della realtà sociale.

Potremmo allora avanzare l'ipotesi che il *kharisiri* sia una sindrome intesa non come una costellazione di sintomi, che nel loro manifestarsi congiuntamente e reiteratamente la identificano, ma come un contenitore semantico all'interno del quale i sintomi acquisiscono valore simbolico.

Il discorso del corpo, la malattia come trasformazione del simbolo in segno e del segno in sintomo, che è espressione della rottura dell'equilibrio tra uomo e cosmo viene interpretato e risignificato nella diagnosi attraverso una nuova attività simbolica volta a ridonare senso alla realtà: attraverso la figura del *kharisiri* i sintomi ridivengono simboli, la realtà caotica acquista un significato e l'identità culturale si riafferma nella resistenza ideologica e nell'azione sociale.

Conclusioni

Quello del *degollador* andino è un fenomeno estremamente vasto, ricco e complesso che non si può certo cercare di decifrare, e meno che mai esaurire, nel breve spazio di un articolo. In questo saggio si è tentato un approccio il più possibile fenomenologicamente completo per cercare di enucleare sotto le diverse manifestazioni di questo tema una sorta di nucleo duro, un significato sotto il variare delle significanze.

L'aspetto fondamentale che è emerso da questa analisi è quello di una relazione simbolica, nel senso etimologico del termine *sýmbolon*, tra mito e storia, realtà e finzione, poiesi e antropopoiesi, soggetto e mondo, corpo e

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 223 02/11/2010, 16.16

cultura. Questo rapporto significante si condensa, nei momenti di insicurezza ontologica, nel concetto di malattia come disequilibrio tra due termini della relazione.

I concetti di "etno-diagnosi" e "risorsa ermeneutica" qui utilizzati, che esprimono il lavoro d'interpretazione e risignificazione del mutamento culturale da parte del mondo indigeno, vogliono mettere in evidenza quella relazione sempre instabile tra indeterminatezza biologica e incompletezza culturale che contraddistingue la condizione umana. La malattia allora non è più solo uno stato patologico ma anche una risorsa ermeneutica per interpretare il mondo, per reagire al mondo e finalmente per restituirgli un senso.

La costruzione di un'identità culturale (antropopoiesi) e la narrazione mitica (poiesi) che la fonda agiscono attraverso il corpo e sul corpo facendo della malattia la rappresentazione di una condizione particolare dell'identità, in bilico tra la vita e la morte.

Il *ñak'aq* allora costituisce, nell'immaginario andino, una rappresentazione costante non tanto di un'alterità generica, che si presenta ogni volta sotto maschere diverse per instaurare una relazione di dominio con il mondo indigeno, quanto della rottura di un ordine preesistente che quell'alterità ha provocato e che non essendo stato ancora ripristinato deve essere continuamente ristrutturato.

Note

(1) Nonostante questa ricerca si sia svolta nel Dipartimento di Cusco (Perù), ho ritenuto necessario occuparmi anche della versione aymara di questa figura, a rischio di incorrere in qualche inesattezza, proprio perché gli aspetti antropomedici del fenomeno sono stati registrati perlopiù in quest'area etno-linguistica. Inoltre da un punto di vista storico-culturale possiamo considerare l'area geografica andina, che ha visto lo sviluppo dell'alta cultura precolombiana, come nucleare, che mantiene cioè un forte grado di continuità culturale storica e geografica. A questo proposito è importante segnalare, almeno brevemente, l'esistenza di un personaggio della narrativa tzotzil del Chiapas (Messico), noto come *cortacabezas* o *tapacaminos*, che presenta caratteristiche molto simili al *degollador* andino. Il *cortacabezas* messicano uccide per vendere le teste mozzate da interrare durante i sacrifici per la costruzione di ponti e strade o, in alcuni casi, per asportare i testicoli delle vittime destinandoli alle fabbriche di orologi per migliorare il funzionamento degli ingranaggi (JACORZYNSKI W. 2002).

(2) A questo proposito sarebbe necessario sviluppare una scheda tipologico-comparativa per far risaltare le differenze regionali tra il *ñak'aq*, il *pishtakuq* e il *kharisiri*, tuttavia trattandosi di una credenza panandina che presenta una certa continuità storica, qui si cercherà solo di fornire un'idea della complessa fenomenologia di questo tema per poter fondare la sua successiva analisi. Per la descrizione degli elementi che intervengono nelle varianti del racconto si fa riferimento in particolare a: ANSIÓN J. (1989), ARGUEDAS J.M. (1953), ARGUEDAS J.M. - IZQUIERDO RÍOS F. (1970), MOROTE

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 224 02/11/2010, 16.16

BEST E. (1951), SPEDDING A. (1995) e agli interventi presenti nel "Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines", tomo 20, 1, 1991, pp. 1-92.

(3) La similitudine tra questi due stati patologici risiede nella perdita, in entrambi i casi, di un componente vitale della persona: il doppio animico nel *susto* e il grasso nel caso del *ñak'aq*. Un elemento di ulteriore interesse in questo senso è che così come il *susto* può essere curato solo dallo sciamano, che deve recuperare l'anima fuggita durante il trauma, anche nel *kharisiri* boliviano lo specialista interpellato è lo *yatiri* che assolve lo stesso tipo di funzioni all'interno della medicina tradizionale aymara.

(4) L'uso del grasso umano e di altre sostanze di origine organica nella preparazione di farmaci è nota e documentata in Europa in epoca moderna, periodo durante il quale non era infrequente l'uso di esseri umani, delinquenti, schiavi o marginali, per le dissezioni anatomiche in vivo. In alcuni casi era lo stesso boia a fornire il sangue e il grasso dei condannati a morte che erano normalmente impiegati nella farmacopea europea del XVI e XVII secolo (MOLINIÉ FIORAVANTI A. 1991). Di particolare interesse risulta il fatto che il grasso dei giustiziati poteva avere al contempo un potere taumaturgico o malefico a seconda dell'uso che ne veniva fatto, ma soprattutto che la sua forza magico-terapeutica era il risultato di una trasformazione ottenuta attraverso il «rito patibolare» che mutava il condannato «in una sorta di intercessore benefico, di protettore, di mediatore tra gli uomini e la divinità, quasi un *daimon* personale che si può invocare per avere un conforto ed un aiuto nelle miserie quotidiane [...]» (BARONTI G. 2000: 147). Inoltre l'estrazione e la vendita del grasso dei condannati a morte «per il boia costituiva una fonte aggiuntiva, spesso autorizzata e legittima, di lucro e non di rado il carnefice lo estraeva e lo conservava a parte nel corso stesso di quelle esecuzioni che prevedevano lo squartamento *coram populo* del condannato» (BARONTI G. 2000: 148), secondo modalità che ricordano molto da vicino le descrizioni presenti nei racconti sul *pishtaco*: «[...] gli pose subito il coltello in gola e gli aprì il petto e gli levò la testa dal busto e gli interiori e *lo sgrassò ponendo il grasso in una pila di terra* e i di lui quarti appese a certe stanghe di ferro» (SILVAGNI D. citato in BARONTI G. 2000: 148).

(5) Il dato non è superfluo se si pensa che il veicolo rappresentava un simbolo di ricchezza durante un periodo di crisi economica e che veniva usato per scopi personali, interrompendo cioè i rapporti di reciprocità che reggono le comunità andine. Inoltre l'equazione tra macchine, automobili e *ñak'aq* è piuttosto diffusa sulle Ande (MOROTE BEST E. 1951; SALAZAR-SOLER C. 1991).

(6) Lo *yatiri* è uno dei molti specialisti della medicina tradizionale aymara che si dedica principalmente alla divinazione attraverso la lettura delle foglie di coca, a stabilire le cause delle malattie e a recuperare l'anima fuggita dal corpo del malato (VULPIANI P. 2002).

(7) A queste conclusioni sono giunti i partecipanti a una tavola rotonda organizzata intorno a questo tema da AMAZANDES (Centre National de la Recherche Scientifique) nel 1987 i cui contributi sono stati pubblicati in "Bulletin de l'IFEA", 20, 1, 1991, pp. 1-92.

(8) Su questo aspetto si vedano in particolare i lavori di ANSIÓN J. (1987), CAVATRUNCI C. (2000), KAPSOLI W. (1991), RIVIÈRE G. (1991) e SALAZAR-SOLER C. (1991).

(9) Si veda a questo proposito la tavola sinottica elaborata da RIVIÈRE G. (1991) per il *kharisiri* boliviano.

(10) BELLIER I. - HOCQUENGHEM A.M. (1991) avevano già proposto un'interpretazione simile sottolineando tuttavia eccessivamente le caratteristiche negative del sacerdote sacrificatore e riducendo così, anche in questo caso, questa credenza ad una «rappresentazione evolutiva dell'Altro». Le due studiose analizzando prevalentemente l'iconografia mochica identificano il sacrificatore con un essere ambivalente, positivo e negativo, per la sua capacità di amministrare la vita attraverso la morte, stregone e *curandero*, venerato e temuto perché mediatore tra il popolo e gli dei. Dopo la Conquista è il sacerdote cristiano ad essere al centro dell'immaginario indigeno come mediatore con il nuovo Dio. Si tratta dunque di una relazione di potere tra la divinità, una casta dominante e il popolo che si ripropone, sotto forme diverse, ogni volta che si stabilisce un rapporto economico, politico e sociale vissuto come sfruttamento dell'indigeno da parte di un «Altro onnipotente». Molto interessante è anche la posizione di MOLINIÉ FIORAVANTI A. (1991) che applica lo schema sacrificale al nuovo rapporto economico instauratosi

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 225 02/11/2010, 16.16

tra mondo dei bianchi e mondo indigeno e che avrebbe sostituito quello precedente con le divinità autoctone.

(11) Sul *Taqui Oncoy* si veda in particolare Curatola M. (1977), Millones L. (1990) e Ossio J. (1973).

(12) In alcune versioni del mito, proprio come succede per il *ñak'aq*, Españarrí diventa Cristo, Pizarro e addirittura il Presidente del Perù risignificando così ogni volta il racconto in relazione alle mutate condizioni storiche e sociali. Sul rapporto di continuità tra il *Taqui Oncoy* e Incarrí e sulle successive trasformazioni del mito si veda Curatola M. (1977).

(13) Il concetto di simbolo qui utilizzato non ha nulla a che vedere con la nozione linguistica e semiotica del termine, ma si rifà piuttosto alla concezione gehleniana dell' "esonero", di un'attività simbolica che permette un comportamento di tipo allusivo, libero cioè da una diretta azione sul mondo (Gehlen A. 1990). Questa stessa accezione del simbolo viene poi ripresa da Galimberti che proponendo il superamento di una psicologia schizoide, divisa tra anima e corpo, ne individua la sua rifondazione attraverso il concetto di azione: «[...] *il simbolo non è un significato ma un'azione*, nel duplice senso: di esonero dell'azione senso-motoria, e di schema anticipato dell'azione futura.» (1999: 207).

(14) Utilizzo qui due termini elaborati da Eric Hirsch (1963) nella sua teoria dell'interpretazione oggettiva dei testi letterari. La proposta che Hirsch ha avanzato nel campo della teoria letteraria, e che rivaluta l'importanza della figura dell'autore, può essere utilmente applicata all'antropologia culturale proprio con l'intento di riportare l'attenzione verso l'uomo reale, come autore della sua esistenza e non più soltanto come un *homo fictus* fatto solo di segni. Qui mi limiterò ad utilizzare i due concetti fondamentali di Hirsch, *meaning* e *significance* tradotti generalmente con "significato" e "significanza", dove il primo si riferisce all'intenzione dell'autore ed il secondo alle diverse interpretazioni dei differenti lettori nelle varie epoche.

(15) Alcuni adepti del *Taqui Oncoy* in preda alla possessione arrivavano al punto di immolarsi alle *huacas* gettandosi nei fiumi o nei precipizi (Curatola M. 1977).

(16) Ogni cultura, nel suo farsi, sviluppa un'idea precisa di *anthropos*, pertanto ogni incontro culturale si caratterizza per essere un dialogo, o più spesso uno scontro, tra antropologie, visioni del mondo e saperi che hanno come oggetto uno stesso corpo, una medesima indeterminatezza come origine e fondamento di ogni ulteriore discorso significante circa l'essere nel mondo.

(17) Sul rapporto tra "incompletezza originaria dell'uomo" e "antropopoiesi" si veda in particolare Remotti F. (2005).

Bibliografia

Ansión Juan (1989), *Pishtacos de verdugos a sacaojos*, Tarea, Lima.

Ansión Juan (curatore) (1987), *Desde el rincón de los muertos. El pensamiento mítico en Ayacucho*, Gredes, Lima.

Arguedas José María (1953), *Folklore del valle del Mantaro*, "Folklore Americano", n. 1, 1953, pp. 101-294.

Arguedas José María - Izquierdo Ríos Francisco (1970), *Mitos, leyendas y cuentos peruanos*, Casa de la Cultura del Perú, Lima.

Arriaga Pablo Joseph, (1999 [1621]), *La extirpación de la idolatría en el Pirú*, Estudio preliminar y notas de Henrique Urbano, Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de Las Casas", Cuzco.

Baronti Giancarlo (2000), *La morte in piazza. Opacità della giustizia, ambiguità del boia e trasparenza del patibolo in età moderna*, Argo Editrice, Lecce.

Bellier Irène - Hocquenghem Anne Marie (1991), *De los Andes a la Amazonía, una representación evolutiva del "otro"*, "Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines", tomo 20, 1, pp. 41-59.

Cavatrunci Claudio (2000), Agarrar, enfermar, matar. *Appunti etnografici su alcuni esseri antisociali nelle Ande: i casi di Ubinas (Perù meridionale)*, pp. 417-462, in Luciano Gallinari (curatore), *Studi americanistici*, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto sui Rapporti Italo-Iberici, Cagliari.

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 226 02/11/2010, 16.16

CURATOLA Marco (1977), *Mito y milenarismo en los Andes: del Taki Onqoy a Inkarrí*, "Allpanchis", vol. 10, 1977, pp. 65-92.

GALIMBERTI Umberto (1999), *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.

GEHLEN Arnold (1990), *L'uomo. La sua natura e il suo posto nel mondo*, Feltrinelli, Milano.

GISBERT Teresa (1980), *Iconografía y mitos indígenas en el arte*, Editorial Gisbert, La Paz.

GRANADA ORÉ Juan (1989), *El nakaq, o la recreación de la conciencia étnica*, pp. 115-121, in Juan ANSIÓN (curatore), *Pishtacos de verdugos a sacaojos*, Tarea, Lima.

HIRSCH Eric D. (1973 [1960]), *L'interpretazione oggettiva*, in HIRSCH Eric D., *Teoria dell'interpretazione e critica letteraria*, Il Mulino, Bologna, 1973.

JACORZYNSKI Witold (curatore) (2002), *Estudios sobre la violencia. Teoría y práctica*, CIESAS - M.A. Porrúa, México.

JILEK Wolfgang G. (1998), *Psichiatria culturale, Quo vadis? Sviluppi nel nostro campo in espansione*, "Attualità in Psicologia", 1, 1998, pp. 87-98.

KAPSOLI Wilfredo (1991), *Los pishtacos: degolladores degollados*, "Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines", tomo 20, 1, 1991, pp. 61-77.

MILLONES Luis (1990), *El retorno de las huacas: estudios y documentos sobre el Taki Ongoy*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.

MOLINA Cristóbal de (1959 [1574]), *Ritos y fábulas de los Incas*, Editorial Futuro, Buenos Aires.

MOLINIÉ FIORAVANTI Antoinette (1991), *Sebo bueno, indio muerto: la estructura de una creencia andina*, "Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines", tomo 20, 1, 1991, pp. 72-92.

MOROTE BEST Efraín (1988), *Aldeas sumergidas: cultura popular y sociedad en los Andes*, Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de Las Casas", Cuzco.

ORTIZ RESCANIERE Alejandro (1973), *De Adaneva a Inkarrí. Una visión indígena del Perú*, Retablo de Papel, Lima.

OSSIO Juan (1973), *Ideología mesiánica del mundo andino. Antología*, Edición de Ignacio Prado Pastor.

PALMA Ricardo (1946), *Los Barbones*, pp. 83-92, in PALMA R., *Tradiciones peruanas*, tomo IV, Espasa-Calpe, Madrid.

REMOTTI Francesco (2005), *Sull'incompletezza*, pp. 21-90, in AFFERGAN Francis - BORUTTI Silvana - CALAME Claude - FABIETTI Ugo - KILANI Mondher - REMOTTI Francesco, *Figure dell'umano. Le rappresentazioni dell'antropologia*, Meltemi Editore, Roma.

RIMACHI Emilio Rojas (1989), *Los "sacaojos": el miedo y la cólera*, pp. 141-147, in ANSIÓN Juan (curatore), *Pishtacos de verdugos a sacaojos*, Tarea, Lima.

RIVIÈRE Gilles (1991), *Lik'ichiri y kharisiri... A propósito de las representaciones del "otro" en la sociedad aymara*, "Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines", tomo 20, 1, 1991, pp. 23-40.

SALAZAR-SOLER Carmen (1991), *El pishtaku entre los campesinos y los mineros de Huancavelica*, "Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines", tomo 20, 1, 1991, pp. 7-22.

SPEDDING Alison - RIVEROS Angela (1995), *El kharisiri: un enfoque epidemiológico*, "Andes", n. 2, 1995, pp. 123-146.

SPEDDING Alison (1995), *El kharisiri*, "Andes", n. 2, 1995, pp. 147-166.

TAYLOR Gérald (1991), *Comentarios etnolingüísticos sobre el término pishtaco*, "Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines", tomo 20, 1, 1991, pp. 3-6.

VALDIZÁN Hermilio - MALDONADO Ángel (1922), *La medicina popular peruana. (Contribución al folklore médico del Perú)*, tomo I, Imprentas Torres Aguirre, Lima.

VALERA Blas (1945), *Las costumbres antiguas del Perú y la historia de los Incas*, Lima (Los pequeños grandes libros de la historia americana, serie I, tomo VIII).

VULPIANI Pietro (2002), *Pluralismo medico e ideologia della malattia: gli Aymara della Ande boliviane*, pp. 319-343, in Vittorio LANTERNARI - Maria Luisa CIMINELLI, *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.

ZAPATA Gastón Antonio (1989), *Sobre ojos y pishtacos*, pp. 137-140, in ANSIÓN Juan (curatore), *Pishtacos de verdugos a sacaojos*, Tarea, Lima.

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 227 02/11/2010, 16.16

Scheda sull'Autore

Manfredi Bortoluzzi, nato a Venezia il 25 febbraio 1972, ha studiato presso le università di Venezia, Lovanio e Perugia, dove si è laureato in Lettere con una tesi di indirizzo antropologico dal titolo *Chawpin: il "centro" del cosmo andino*. Nel 2005 ha conseguito il dottorato in "Metodologie della ricerca etnoantropologica" presso l'Università degli studi di Siena, presentando una tesi dal titolo *Poiesi e antropo-poiesi. Per una teoria antropologica della letteratura*. Nel 1999 si è trasferito in Perù dove ha condotto attività di ricerca sulla religiosità andina (iconografia precolombiana, sacrificio e sciamanesimo), come membro del Centro studi americanistici "Circolo Amerindiano" di Perugia e *Investigador asociado* del Centro de estudios regionales andinos "Bartolomé de Las Casas" di Cusco (2001-2003), e sull'applicazione del concetto di antropopoiesi alla teoria letteraria (in particolare all'opera di Mario Vargas Llosa) nell'ambito delle sue ricerche come dottorando dell'Università degli studi di Siena (2002-2005). Dal 2005 risiede in Cile. Attualmente è Investigador Huésped presso il Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS-Golfo) di Xalapa, Messico, dove sta conducendo una ricerca dal titolo *El mundo indígena entre lo real y lo imaginario. Motivos antropopoiéticos en la literatura mesoamericana del siglo XX*, finanziata con una borsa della Secretaría de relaciones exteriores del Governo del Messico; è inoltre ricercatore membro del progettto "Ruta de la obsidiana" del Centro studi americanistici "Circolo Amerindiano" di Perugia (Sotto-progetto n. 7: *Presenza della tradizione indigena della zona istmica mesoamericana nella letteratura del '900*, coordinato dalla Cattedra di Lingua e letterature ispanoamericane, Facoltà di lingue e letterature straniere, Università degli studi di Salerno) e socio dell'Associazione italiana per le scienze etnoantropologiche (AISEA).

I suoi interessi scientifici sono prevalentemente rivolti al campo dell'antropologia medica e religiosa, della psichiatria transculturale e dell'antropologia letteraria e alle loro reciproche interazioni attraverso il paradigma narrativo, con particolare riferimento ai processi di costruzione e ristrutturazione del rapporto identità/alterità in relazione a quello tra reale e immaginario.

Tra le sue pubblicazioni: *Elementi sciamanici nell'iconografia Chavín*, pp. 43-50, in *Atti del XXIII Convegno Internazionale di Americanistica (Perugia, Italia, 4-6 maggio 2001)*, "Quaderni di Thule", I, Argo, Lecce, luglio 2002 / *Per un'antropologia etica. Dalla lettura dell'Altro alla riscrittura di Sé*, pp. 493-498, in *Atti del XXVI Convegno Internazionale di Americanistica (Perugia, Italia, 7-10 maggio 2004)*, "Quaderni di Thule", IV, Argo, Lecce, s.d. / *Riscrivere il mondo. La teoria della letteratura di Mario Vargas Llosa tra poiesi e antropopoiesi*, "Allegoria. Per uno studio materialistico della letteratura" (G. B. Palumbo, Editore, Palermo), n. 50-51, maggio-dicembre, 2006, pp. 125-148.

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 228 02/11/2010, 16.16

Riassunto

Il ñak'aq*: sindrome culturale o ermeneutica indigena?*

L'articolo presenta un'analisi delle diverse fonti (linguistiche, storiche, iconografiche ed etnografiche) correlate ad una figura della tradizione orale andina che in determinate occasioni assale le sue vittime per estrarre loro il grasso. Questa sorta di vampiro andino è stato spesso interpretato come la rappresentazione indigena dell'altro culturale, un essere antisociale che incarnerebbe la manifestazione stessa del rapporto di dominio e di sfruttamento economico del mondo dei bianchi su quello dei nativi. Tuttavia la complessità del fenomeno dimostra una serie di intersezioni e articolazioni storico-culturali che richiedono un'analisi più "profonda", sotto il variare delle significanze contestuali, in grado di manifestare il regime simbolico occultato dalle concrezioni segniche del tempo. L'ambiguità del personaggio, la sua liminalità, lo rendono piuttosto un essere inclassificabile in grado di trasformarsi costantemente in relazione alle mutate condizioni storiche, politiche, economiche e sociali ristrutturando e risignificando continuamente la realtà attraverso l'immaginario da cui prendono vita i racconti di cui è protagonista. L'interpretazione che qui si vuole fornire esce, allora, dallo studio folclorico della narrazione per cercare di rendere ragione di quegli aspetti drammaticamente realistici che superano i limiti del testo narrativo per concretizzarsi nel linguaggio della violenza e della malattia: come nei casi di linciaggio di presunti *ñak'aqkuna* o dell'insorgere di sintomatologie tipiche causate dall'estrazione del grasso.

Résumé

Le ñak'aq*: syndrome culturel ou herméneutique indigène?*

L'article présente une analyse des différentes sources (linguistiques, historiques, iconographiques et ethnographiques) relatives à une figure de la tradition orale andine, qui, dans certaines occasions déterminées attaque ses victimes pour extraire leur graisse. Cette sorte de vampire andin a fréquemment été interprété comme la représentation indigène de l'autre culturel, un être antisocial qui personnifierait la manifestation même de la relation de dominance et d'exploitation économique du monde des blancs sur celui des natifs. Cependant, la complexité du phénomène démontre une série d'intersections et d'articulations historico-culturelles qui réclament une analyse plus "profonde", sous les variations des signifiances contextuelles, capable de manifester le régime symbolique caché par les concrétions signiques du temps. L'ambiguïté du personnage, sa liminalité, font de lui un être inclassable capable de se transformer constamment en relation aux conditions historiques, politiques, économiques et sociales mutées, réorganisant et résinifiant continuellement la réalité à travers l'imaginaire,

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 229 02/11/2010, 16.16

depuis lequel prennent vie les contes dont il est le protagoniste. L'interprétation ici proposée sort, donc, de l'étude folklorique de la narration pour essayer de rendre compte de ces aspects dramatiquement réalistes qui surpassent les limites du texte narratif pour se concrétiser dans le langage de la violence et de la maladie: comme dans les cas de lynchage des *ñak'aqkuna* présumés ou de l'apparition des symptomatologies typiques causées par l'extraction de la graisse.

Resumen

El ñak'aq*: ¿síndrome cultural o hermenéutica indígena?*

El artículo presenta un análisis de las diferentes fuentes (lingüísticas, históricas, iconográficas y etnográficas) relacionadas con una figura de la tradición oral andina que en determinadas ocasiones ataca a sus víctimas para extraerles la grasa. Esta suerte de vampiro andino ha sido a menudo interpretado como la representación indígena del otro cultural, un ser antisocial que encarnaría la manifestación misma de la relación de dominio y de explotación económica del mundo de los blancos sobre el de los nativos. Sin embargo, la complejidad del fenómeno demuestra una serie de intersecciones y articulaciones histórico-culturales que requieren de un análisis más "profundo", debajo de las variaciones de las significaciones contextuales, capaz de manifestar el régimen simbólico ocultado por las concreciones sígnicas del tiempo. La ambigüedad del personaje, su liminalidad, lo hacen más bien un ser inclasificable capaz de transformarse constantemente en relación a las mutadas condiciones históricas, políticas, económicas y sociales reestructurando y resignificando continuamente la realidad a través de lo imaginario, desde el cual cobran vida los cuentos de los cuales es protagonista. La interpretación que aquí se propone va más allá, entonces, del estudio folclórico de la narración para tratar de dar cuenta de aquellos aspectos dramáticamente reales que superan los limites del texto narrativo para concretizarse en el lenguaje de la violencia y de la enfermedad: como en los casos de linchamientos de presuntos *ñak'aqkuna* o de la insurgencia de sintomatologías típicas causadas por la extracción de la grasa.

Abstract

The ñak'aq*: cultural syndrome or aboriginal hermeneutics?*

This article is an analysis of the available linguistic, historic, iconographic and ethnographic sources related to a character of the Andean oral tradition which, in given circumstances, attacks its victims to acquire their body fat.

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 230 02/11/2010, 16.16

This kind of Andean vampire has been often interpreted as the aboriginal representation of the cultural other, an antisocial being embodying the relationship of domination and economic exploitation of the white men over the natives.

However the complexity of this phenomenon shows a network of historic and cultural intersections, which require a "deeper" analysis, under the variation of contextual significancies, up to showing the symbolic regime hidden by the signs of the time.

The ambiguity of the character, its liminality, make it a non classifiable being able to change constantly reflecting the changes in the historical, political, economic and social conditions, restructuring and re-signifying continuously the reality through the collective imagination from which the tales where it starts take life.

The interpretation herewith provided, abandons the folkloric study of the tales to try to understand those dramatically realistic aspects which go beyond the limits of the narrative text to concretize in the language of violence and disease: as in lynching cases of alleged *ñak'aqkuna* or of the development of diseases caused by fat extraction.

09-(Ricerche) Bortoluzzi.pmd 231 02/11/2010, 16.16

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 233-259

Esperienze cliniche sul susto *o* espanto *a Città del Messico*

Roberto Campos Navarro

medico, dottore di ricerca in antropologia sociale, professore e coordinatore di ricerca, Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México (UNAM)
[rcampos@servidor.unam.mx]

Y por eso
es que cuento y que canto,
y por otros hombres
veo y vivo;
es mi deber contar
lo que no sabes,
pero lo que sabes
contaré contigo
Pablo Neruda

E gli fuoriuscì l'anima durante il cammino...

Nel 1979, mentre facevo la specializzazione in medicina generale, mi telefonò un amico per chiedermi di visitare il suo padrone di casa che soffriva di intensi dolori articolari agli arti superiori.

L'evoluzione dei sintomi era recente e gli esami di laboratorio richiesti erano nella norma. La diagnosi che diedi corrispondeva ad una malattia articolare con manifestazioni cliniche acute. Prescrissi gli analgesici antinfiammatori più efficaci in quel momento: acido acetilsalicilico e ibuprofene.

Durante le visite posteriori osservammo che i risultati erano scarsi e scoraggianti. Non diminuiva il dolore, al contrario, alcuni dati confermavano una sua estensione agli arti inferiori. Non ci furono più telefonate per chiedermi di visitarlo, per cui dedussi – con superbia, come molti altri curatori – che alla fine il quadro clinico era migliorato e che non era più necessario il mio servizio.

Settimane dopo andai a trovare il mio amico e quando gli domandai dello stato di salute del suo padrone di casa mi rispose che ora stava bene, ma non grazie ai rimedi che gli avevo prescritto io.

10-(Ricerche) Campos.pmd 233 02/11/2010, 16.16

Sembra infatti che i dolori articolari generalizzati continuarono e che i suoi familiari decisero di consultare un *curandero*. A quei tempi non ero molto informato di medicina popolare e ancora meno della "concorrenza" che poteva esercitare il *curandero*.

Il mio amico mi raccontò che durante la prima visita dal *curandero* gli dissero che tutte le manifestazioni cliniche dolorose – che impedivano già la deambulazione – si dovevano al fatto che quella persona aveva sofferto un *espanto* [spavento]. «E di che si tratta?». Significa che il malato era stato in vacanza a Oaxaca e che la zigzagante strada di Puerto Escondido, sulla costa verso la capitale *oaxaqueña*, aveva comportato uno sforzo troppo grande per un conducente come lui: cadde pertanto malato di *susto* [spavento] e la sua anima restò in quel luogo.

Il *curandero* lo obbligò così a ripercorrere nuovamente quel cammino per recuperare la sua anima smarrita e completò il processo di recupero con alcuni rituali.

La terapia "tradizionale" fu immensamente più efficace rispetto alla terapia superficiale, debole e sintomatica di un medico alle prime armi che ignorava i processi causali, clinici e terapeutici di una malattia di origine pre-ispanica sconosciuta dalla biomedicina.

Un po' di storia...

Prima dell'arrivo degli spagnoli sul continente americano esistevano popolazioni che avevano le loro proprie maniere di intendere la vita e la morte, la salute e la malattia. La loro particolare cosmovisione del mondo implicava una serie di credenze, pratiche e saperi rispetto alle malattie.

In quella che attualmente gli storici e gli antropologi definiscono Mesoamerica (che copre i due terzi del sud del Messico, il Guatemala, El Salvador, parte dell'Honduras e del Costa Rica) nacquero due culture notevoli per il loro sviluppo di civiltà: i *mexica* e i *maya*.

Ciascuna cultura elaborò complessi sistemi di idee, credenze, valori, norme, modelli di comportamento e sistemi di controllo sociale, che gli permisero di emergere sulle altre popolazioni circosanti e di esercitare anche un dominio politico e militare. La medicina mesoamericana includeva una ampia varietà di specialisti, una estesa e profonda conoscenza di piante medicinali e un'infinità di processi diagnostici e terapeutici in cui i rituali sacri occupavano una posizione preponderante.

10-(Ricerche) Campos.pmd 234 02/11/2010, 16.16

Con l'arrivo degli invasori europei lentamente si imposero la ideologia cristiana, le pratiche e le istituzioni mediche spagnole. Tale imposizione (che durò tre secoli) risultò incompleta, frammentata ed insufficiente dato che le popolazioni conquistate continuarono, in forma pubblica o segreta, con le loro conoscenze e pratiche millenarie. Nonostante ciò adottarono anche alcuni elementi della medicina popolare ispanica e della medicina tribale africana praticata dagli schiavi neri deportati nella Nuova Spagna in ausilio alla decimata popolazione india, che durante il XVI secolo era diminuita in forma drammatica a causa della conquista e dell'espansione di malattie epidemiche (como il vaiolo e il morbillo) sconosciute nel continente americano.

Pertanto, la medicina tradizionale messicana, o meglio ancora, le medicine tradizionali che attualmente si praticano in tutto il Paese sono il risultato della combinazione di elementi europei e africani, innestati su un'estesa e profonda matrice di origine preispanica.

Il processo di ibridazione è durato più di quattro secoli, a cui si devono aggiungere delle scarse componenti asiatiche ed il crescente contributo della medicina scientifica del secolo passato e del presente.

I modelli medici nel Messico contemporaneo

Con una popolazione di circa cento milioni di abitanti, il Messico annovera in termini reali tre modelli di *atención* alla salute: quello della gestione domestica [*autoatención*], quello popolare-tradizionale e quello dominante o egemonico rappresentato dalla medicina occidentale.

Il modello medico della gestione domestica della salute [*autoatención*] è il primo livello di attenzione presente in ogni tipo di organizzazione sociale ed economica. In essa sono incluse le varie strategie che stabiliscono gli individui per prevenire, curare e controllare qualsiasi tipo di malattia. È l'uso di rimedi casalinghi, di piante medicinali, prodotti farmaceutici, oppure massaggi, bagni e qualsiasi tipo di comportamento che abbia come finalità la guarigione della persona malata, compresa la decisione volontaria di non realizzare nessuna attività (MÉNENDEZ E. 1990: 89-90).

Il modello medico egemonico si consolidò in Messico soltanto nel XX secolo con la monopolizzazione legale della pratica sanitaria e con la riattivazione della *Secretaría* (o *Ministerio*) *de salubridad y asistencia*, la fondazione dell'*Instituto mexicano del seguro social* e di varie istituzioni mediche specializzate di alta qualità come l'*Instituto nacional de cardiología*, l'*Instituto nacional de la nutrición* ed altre.

10-(Ricerche) Campos.pmd 235 02/11/2010, 16.16

Questo modello si caratterizza per un orientamento biologistico (che generalmente trascura fortemente i fattori economici e socio-culturali), una concezione individualista del fenomeno salute/malattia, una marcata vocazione "mercantilista" della pratica privata, la asimmetria del potere nella relazione del medico con il paziente e una grande efficacia nelle tecniche di diagnosi (raggi X, ultrasuoni, ecc.), di prevenzione (vaccinazioni) e di terapia (chirurgia e medicamenti certificati) (*Ibidem*: 87).

Infine, il modello medico alternativo/subalterno, rappresentato da un insieme plurale e multiforme di pratiche curative come la medicina tradizionale, l'agopuntura, il naturismo ed altre medicine. Tutte si collocano, rispetto alla medicina scientifica, in una posizione dipendente e subalterna in termini giuridici e ideologici.

Allo stesso tempo, questo modello si caratterizza per la sua concezione globalizzante del processo salute-malattia, ha una origine focalizzata in determinate regioni geografiche e culturali, un orientamento più di gruppo che individualista, la relazione guaritore-paziente è meno asimmetrica, esiste negli ultimi anni una crescente tendenza al mercantilismo e le sue tecniche curative ricorrono con frequenza all'efficacia simbolica oltre che all'utilizzo di elementi materiali erboristici e a procedimenti fisici manuali.

La posizione ideologica subordinata della medicina tradizionale messicana si può notare nell'utilizzo ricorrente di idee e concetti propri della medicina occidentale, i frequenti riferimenti alla efficacia comparativa delle pratiche curative, l'uso di medicamenti patentati, il controllo sanitario delle autorità sui *curanderos* (specialmente sulle levatrici rurali e urbane) (*Ibidem*: 88-89).

Cosmovisioni e paradigmi differenziati e differenziabili

Partendo da questi modelli tanto differenti quale può essere il nostro avvicinamento ai paradigmi proposti dalla medicina tradizionale messicana?

La visione del modello medico egemonico rispetto alle medicine tradizionali è riduzionista, insufficiente, e incluso refrattario. Non riconosce le pratiche curative, respinge i terapeuti, rfiuta le elaborazioni teoriche e chiaramente le cause delle malattie gli sono estranee, esiste uno straniamento per tutto ciò che non risponde alle sue categorie filosofiche e epistemologiche.

È per questo che simplifica tutto ad una dispregiativa e condiscendente causalità "magico-religiosa", che risponde perfettamente al progetto evo-

10-(Ricerche) Campos.pmd 236 02/11/2010, 16.16

luzionista e positivista di Auguste Comte, nel quale le tappe dell'umanità rispondono a un rigido schema progressivo: prima teologico, poi metafisico e per ultimo, positivo-razionale.

In questo senso, la biomedicina posiziona se stessa in cima all'evoluzione umana, per cui tutte le altre medicine sono considerate come in ritardo, primitive e superstiziose. Riconoscerle – anche solo in forma minima e superficiale – significherebbe uno scivolone ideologico inaccettabile per i medici "duri" che hanno fiducia solo nelle proprie risorse fondate sul metodo scientifico e da esso garantite.

La epidemiologia biomedica è condizionata da questa visione "scientifica", contemplando solo le malattie que riconosce ed escludendo quelle che non rispondono ai suoi criteri nosologici.

Proprio nella specialità psichiatrica (che impone con meno rigore i criteri biologico-lesionali) è dove sorge nella decada dei Novanta una prima rottura epistemologica allorché viene riconosciuta – sebbene in forma timida – la esistenza di malattie o sindromi "dipendenti dalla cultura". Così il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, meglio conosciuto in ambito medico come DSM-IV, creato dall'Associazione psichiatrica americana, include per la prima volta nelle sue pagine una lista di patologie che denotano:

> «[...] modelli di comportamento aberranti ed esperienze perturbatrici, ricorrenti e specifiche di un luogo determinato [...] Alcuni di questi modelli di comportamento sono considerati dai nativi come "malattie" o perlomeno come cause di sofferenza, e la maggior parte di esse sono conosciute con i nomi locali» (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994: 864).

Poi, fra le altre sindromi si enumerano l'*amok*, il *koro*, il *latah* (propri dell'Asia), lo sfinimento cerebrale e lo *zar* in Africa, l'attacco di nervi, la *bilis*, la pazzia, il malocchio, la stregoneria e il *susto* in America Latina.

Sebbene non vi sia una lista completa – né una descrizione in profondità dei sintomi dipendenti dalla cultura – risulta significativo il fatto che appaiano queste malattie nel mondo della biomedicina implicando un primo avvicinamento al terreno della medicina popolare-tradizionale.

Dal punto di vista antropologico esistono due orientamenti rispetto alle descrizioni e alle analisi dei saperi e delle pratiche curative in generale. Da un lato, vengono evidenziate tutte le informazioni dirette degli attori sociali che le vivono quotidianamente. Le percezioni, le rappresentazioni, le denominazioni e le classificazioni sono quelle proprie del gruppo. In questo caso, il ricercatore cerca di trovare e mostrare i significati culturali dal punto di vista degli stessi informatori, senza appellare a spiegazioni,

10-(Ricerche) Campos.pmd 237 02/11/2010, 16.16

sistematizzazioni o schemi estranei alla cultura degli stessi informanti. Questo è l'orientamento conosciuto come "dall'interno" o *emic*.

Dall'altro lato, l'orientamento in cui gli antropologi descrivono e analizzano i dati etnografici facendo uso di concetti, rappresentazioni, classificazioni e modelli esplicativi *esterni* al gruppo in cui si sta facendo ricerca. È questo l'orientamento conosciuto come *etic* o "dall'esterno".

Chiaramente esistono ricerche che utilizzano entrambi gli approcci, cercando di equilibrare o armonizzare i due orientamenti. Dal punto di vista della mia pratica clinica – già antropologizzata – credo che la visione debba essere olistica e inclusiva, e pertanto che le versioni "interne" e "esterne" della malattia siano entrambe valide e complementari.

Il susto *e i paradigmi differenziali rispetto alla causalità, alla diagnosi e alla terapia*

Rispetto ai modelli di causalità della medicina tradizionale messicana esiste una classificazione creata negli anni Cinquanta del XX secolo dal medico e antropologo messicano Gonzalo Aguirre Beltrán che ha resistito al passo del tempo e che continua ad utilizzarsi nei ambienti accademici.

Il criterio con cui essa è costruita fa riferimento alla causalità assegnata in forma esterna (si veda la *tabella n. 1*).

Gli attributi di "naturale" e "preternaturale" – che secondo il *Diccionario Enciclopédico* Espasa-Calpe, è ciò che «si trova fuori dell'essere e dello stato naturale di una cosa» (vol. 19, p. 345, 1979) – corrispondono a un tentativo di categorizzazione partendo da concetti accettati dalle scienze sociali occidentali. Ciò invariabilemente ci può condurre ad una lunga e stantia polemica sull'"essere" e la "natura" della vita, delle malattie, della nostra esistenza.

Il concetto di "natura" è una costruzione sociale e ideologica che dipende dalla(e) cultura(e) che la utilizza(no). Se partiamo dalla vita quotidiana dei gruppi popolari, la magia formerebbe parte della loro natura storica e sociale. A suo tempo, Ernesto de Martino ne *Il mondo magico* ([1948]1985) introdusse una idea rivoluzionaria nella caratterizzazione della magia, considerandola come parte del dramma storico esistenziale di detti popoli. Introducendoci al tema della perdita dell'anima e al suo possibile recupero da parte del *curandero*, critica la qualifica di "superstiziosa" con cui la società occidentale etichetta la persona che condivide e pratica procedure volte al riscatto dell'anima smarrita dopo aver sofferto un *susto* (o *espanto*).

10-(Ricerche) Campos.pmd 238 02/11/2010, 16.16

> «Se la credenza e la pratica del Turik [popolazione del Borneo, *la precisazione è mia, R.C.*] ci appaiono "superstiziose", ciò accade perché indebitamente (antistoricamente) le commisuriamo al "ci sono" deciso e garantito del nostro mondo culturale: facciamo dommaticamente assurgere a modello valido per tutte le forme culturali il nostro modo storico di esistere come presenze unitarie, la nostra esperienza occidentale (relativamente recente) del trovarci saldamente identici nel variare dei contenuti. E poiché, effettimente, rispetto a questo modo storico di esistere, la credenza e la pratica del Turik non ha fondamento reale, e si dispone come una sovrastruttura arbitraria, decretiamo che si tratta di una "superstizione"». (DE MARTINO E. 1948 [1985]): 98 [169]).

In Messico, il *susto* o *espanto* è una entità clinica vissuta e sperimentata in tutti i popoli indigeni contemporanei. Nonostante ciò, è sofferta anche da gruppi sociali meticci rurali e urbani.

Come rivela una ricerca effettuata nel 1984 dall'*Instituto mexicano del seguro social* (IMSS) con *curanderos* dell'intero Paese, il *susto* occupa il terzo posto fra i dieci principali motivi di richiesta di intervento da parte della medicina tradizionale messicana nelle aree rurali in cui essa è presente. Più frequenti sono il malocchio e l'*empacho* e, meno frequenti, risultano la *caída de mollera*, la dissenteria, gli *aires*, la diarrea, le distorsioni, il *daño* o stregoneria e le angine (ZOLLA C. *et al*. 1988: 12) (si veda la *tabella n. 2*).

Certamente, questa lista della morbilità mostra un'approssimazione epidemiologica diversa da quella accademica: soprattutto attira l'attenzione l'inclusione di tre patologie (dissenteria, diarrea e angine) che manifestano una assai probabile influenza della biomedicina. Le forme restanti potremmo considerarle "malattie tradizionali" o, meglio ancora, dovremmo includerle nelle cosiddette "sindromi dipendenti dalla cultura" o "di filiazione culturale" o "culturalmente determinate".

In generale, queste sindromi le consideriamo come *raggruppamenti di segni e sintomi di eterogenea eziologia che possono essere solo intesi, compresi e trattati integralmente all'interno della cultura particolare in cui si sviluppano, perché richiedono una chiave o un codice culturale che consente di enuclearne il contenuto simbolico e la profondità dei significati specifici*.

Se non disponiamo di un tal tipo di codice è impossibile decifrare la forma e il contenuto di qualsiasi sindrome dipendente dalla cultura.

Precisamente il lavoro di Rubel, O'Nell e Collado, condotto tra gli indigeni *zapotecos*, *chinantecos* e i meticci *oaxaqueños*, evidenzia il fatto che il *susto* è una sindrome codificata culturalmente che si presenta nei diversi gruppi sociali, «[...] per i quali la propria cultura offre una eziologia, una

10-(Ricerche) Campos.pmd 239 02/11/2010, 16.16

diagnosi, misure preventive e metodi di guarigione» (RUBEL A. - O'NELL C. - COLLADO R. 1989: 16-17); e che è impossibile classificarlo all'interno delle norme stabilite dalla biomedicina:

> «Non possiamo riferirci a una eziologia specifica (per esempio ad un germe), né ad una fisiopatologia singola (come a dire un attacco ad un organo o ad un sistema specifico). Invece, i risultati evidenziano una condizione che colpisce i pazienti in forma diffusa e generalizzata, che rivela una sofferenza organica e psicoemozionale non specifica» (RUBEL A. - O'NELL C. - COLLADO R. 1989:175).

D'altra parte, per la biomedicina, il *susto* o *espanto* corrisponde ad una entità patologica dell'area psichiatrica. Uno stimato collega ricercatore medico ha pensato ad un nesso organico di causa-effetto che collegherebbe il *susto* (e il suo trattamento empirico) con le impressionanti parassitosi che si presentano nelle comunità indigene della Sierra de Puebla, ma più tardi egli stesso rettificò questa ipotesi, ritenendo che il *susto* appare come un problema socio-culturale assai più che biologico di origine parassitaria (YSUNZA A. 1976: 59-73 e YSUNZA A. 1984: 435-481).

Per A. KIEV (1972: 133), si tratta di un disagio psicologico grave. Un medico intervistato da ALVAREZ-HEYDENREICH (1977: 461) lo mette in relazione con una paranoia allucinatoria. Altri hanno tentato di collegarlo a possibili crisi ipoglicemiche (BOLTON citato da RUBEL *et al*., 1989: 25-26). Altri ancora hanno ritenuto di far corrispondere il *susto* con il quadro clinico dello "shock post-traumatico", una sorta di shock di origine neurologica (corporea) o psicologica (mentale) in cui – nei termini specialistici della corporazione medica – esiste una «stimolazione vagale riflessa con diminuzione del ritmo cardiaco, ipotensione e riduzione del flusso sanguigno cerebrale» (TIERNEY *et al*. 1998: 469).

Tuttavia la spiegazione più plausibile (con una evidente influenza pensiero antropologico) ci viene dalla già citata Associazione psichiatrica americana, che lo considera come una malattia dipendente da caratteristiche culturali dei pazienti colpiti. Nel del DSM-IV, alla *Appendice J* (*Guida per la formulazione culturale e glossario delle sindromi dipendenti dalla cultura*) si segnala che il *susto* è una:

> «Malattia popolare prevalente tra alcuni latini degli Stati Uniti e tra la popolazione messicana, dell'America centrale e del Sudamerica. Il *susto* è noto anche come *espanto*, *pasmo*, *tripa ida*, *pérdida del alma* [perdita dell'anima] o *chibib*. Il *susto* è una malattia attribuita a un avvenimento che provoca paura improvvisa e causa la fuoriuscita dell'anima, dando luogo a sofferenza e malattia. Le persone che soffrono di *susto* sperimentano difficoltà significative anche nel contesto sociale» (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994: 868).

10-(Ricerche) Campos.pmd 240 02/11/2010, 16.16

In ogni caso gli psichiatri nordamericani proseguono poi mettendo in relazione il *susto* con un «disturbo depressivo maggiore, un disturbo da stress post-traumatico e un disturbo somatomorfo» (*Ibidem*).

Un medico di medicina generale o di famiglia poco abituato a questa impostazione, tenderà ad una interpretazione più vicina al male organico che a quello mentale e le terapie ne risulteranno superficiali ed insufficienti, dato che quasi sempre prescriverà un farmaco ansiolitico come il *diazepam*. Proprio da qui deriva il fondamento e l'importanza dei *curanderos* e la efficacia dei loro rituali, perché essi condividono la medesima cultura (valori, credenze e pratiche) dei loro pazienti.

La gente non si reca dai *curanderos* o dai medici tradizionali per ignoranza, oscurantismo, superstizione o fanatismo. In molti luoghi rurali del Paese vi si reca perché essi sono gli unici terapeuti che vivono quotidianamente nella regione, poiché nonostante le strategie governative per un allargamento della copertura territoriale dei servizi medici moderni, non si riesce a coprire tutto il territorio nazionale. In secondo luogo, perché anche se vi fosse disponibilità di centri di salute o di unità mediche rurali, essi non soddisferebbero compiutamente la domanda degli utenti. Inoltre riteniamo che i *curanderos* costituiscano realmente una risorsa importante per risolvere i problemi di salute, anche se essi non costituiscono una soluzione totale (CAMPOS-NAVARRO R. 1997).

Dall'altro canto, come già abbiamo osservato, esistono malattie (*diseases*) o sofferenze (*illness*) come il *susto*, che possono risolversi solamente con l'intevento dei terapeuti tradizionali.

Esperienze cliniche sul susto *in un'istituzione medica governativa*

Come medico di famiglia in una clinica del sistema sanitario pubblico a sud di Città del Messico, oltre all'amministrazione rutinaria delle cartelle cliniche in alcuni casi scrivo nel mio diario di campo – strumento fondamentale dell'antropologo – quelle esperienze e riflessioni che hanno a che vedere con l'automedicazione, la medicina popolare, il rapporto medico-paziente e con altri temi che mi sembrano suggestivi. La prima nota corrisponde al febbraio 1986 e l'ultima al marzo di questo anno. La maggior parte dei malati sono persone residenti nei paesini e nei quartieri di Xochimilco. Rispetto al *susto* presento qui di seguito i sei dei casi più rilevanti.

10-(Ricerche) Campos.pmd 241 02/11/2010, 16.16

***Patricia**, quella che si sentì quasi vedova (31 gennaio 1994)*

Si tratta di una giovane donna sposata che soffre di insonnia. Da ieri si è intensificato il problema, associandosi al formicolio e all'indolenzimento di mani e piedi, che avverte anche durante la consulta medica. Le chiedo se ci sono state alterazioni all'interno della famiglia e dopo alcuni secondi di silenzio afferma che non ha nessun problema coniugale o familiare ma che ieri si è spaventata moltissimo a causa della caduta di un ragazzo da una bicicletta, dato che aveva creduto per un momento essere suo marito poiché indossava dei pantaloni neri simili a quelli che utilizza lui quotidianamente.

«*– Mi sono spaventata molto, molto. Credevo che fosse lui però poi mio cognato – che mi ha visto tanto spaventata – mi ha detto che non era lui.*

– Pensa che questo fatto le abbia tolto il sonno e che le stia provocando gli indolenzimenti?

– *Sì*

[Le misuro la pressione arteriosa e la visito. Non riscontro dati patologici]

– *Com'è la pressione?*

– Va assolutamente bene, 130 e 80

– *Se stessi male, che avrei?*

– Mal di testa, vedresti dei puntini e sentiresti un ronzio alle orecchie.

– *No, non ce l'ho.*

– Bene, effettivamente sei *asustada*. Ti darò delle pillole ma devi andare da qualcuno della tua colonia che ti curi dall'*espanto*. Capisci a che mi riferisco? Noi medici sappiamo curare molte malattie ma il *susto* lo curano meglio le donne della colonia. Noi medici non sappiamo curare l'*espanto* ma i *curanderos* sì, loro sì che sono efficaci. Ne conosci qualcuno nella tua colonia?

– *Sì*

– Allora vai a farti fare la terapia tre volte. Prendi queste pillole per rinforzarti [erano delle vitamine] e torna da me tra dieci giorni.

[Scrivo sulla scheda istituzionale la diagnosi: "*SUSTO* (Sindrome di derivazione culturale)". Una settimana dopo chiedo all'incaricato della clinica che fa la quantificazione statistica delle patologie d'accordo con la Classificazione internazionale delle malattie, se ha avuto qualche problema con quella diagnosi. Mi domanda di che cosa si trattasse. Glielo spiego e gli chiedo «Che hai fatto con quella diagnosi? La hai messa nella lista delle "altre" malattie "definite male"? - *Sì* (ridendo)». Evidentemente lui non vive questi dilemmi epistemologici]

10-(Ricerche) Campos.pmd 242 02/11/2010, 16.16

(15 febbraio 1994)

Patricia torna alla revisione. Racconta che ha già eseguito due terapie e che domani farà l'ultima. Dice di sentirsi meglio, è scomparsa completamente la parestesia alle mani e ai piedi. Continua ad avere un poco di nervosismo.

La terapia è stata eseguita martedì e venerdì della settimana scorsa, a piena luce del giorno. La *curandera* ha steso un lenzuolo sul pavimento, ha fatto distendere la donna sul lenzuolo e con il camice da notte le ha fatto una "pulizia", poi con un mazzo di piante imbevute d'alcool, le ha chiesto di chiudere gli occhi e l'ha chiamata per nome. Dopo la ha massaggiata con degli "spiriti da spalmare" e le ha fatto bere gli "spiriti da bere" [elementi in vendita in qualsiasi farmacia di Città del Messico]. La ha avvolto con il lenzuolo e la ha lasciata alcuni minuti esposta ai raggi diretti del sole e poi ha realizzato la stessa procedura all'interno della casa.

Patricia riferisce che quando le gettò addosso il balsamo, ha sentito come se la avessero bagnata con un secchio d'acqua fredda e che si rilassò.

Dopo questa descrizione più o meno dettagliata, la paziente mi rivela che fu sua madre (nata a Guanajuato) la persona che eseguì la terapia. E che inoltre sa curare *empachos* e "cose così".

La madre le disse che era molto raro che un medico del Sistema sanitaro pubblico inviasse i pazienti dai *curanderos* dato che «loro non credono».

Le rinnovo la prescrizione di vitamine e lei mi riferisce che già si sente bene e che il nerviosismo le è passato. La congedo perché è già guarita.

*La signora **Lucia**, la mia paziente che è curandera (6 giugno 1994)*

La paziente si presenta mensilmente per vigilare una malattia polmonare ostruttiva cronica e ipertensione arteriale. Quindici giorni fa si impressionò molto durante l'inondazione della sua casa, che si trova nella parte bassa del paese di Tepepan (Xochimilco). Riferisce che quando aprì la porta di casa sua «l'acqua entrò improvvisamente e sentí un forte spavento [*susto*]. Mi spaventai». Iniziò ad avere dolore all'arto superiore sinistro con un aumento di volume, attualmente presenta dolore, gonfiore (che effettivamente ha) e parestesia «*è molto informicolito. Come se avessi tante formichine*».

Le menziono la terapia popolare per l'*espanto* e mi dice che è d'accordo perché sia nella sua terra di origine (Michoacán) che qua a Tepepan ha avuto modo di conoscere questi trattamenti. Quando inizio a spiegarle l'efficacia di tale terapia e a dirle di andare da un *curandero*, lei si palesa

10-(Ricerche) Campos.pmd 243 02/11/2010, 16.16

come *curandera* familiare di *susto* e di *empacho*, e che incluso una dottoressa le invia dei bambini che non riesce a curare a cui la signora Lucia presta attenzione con buonissimi risultati.

Mi dice che imparò proprio a Tepepan. Utilizza *epazote* (*Teloxys ambrosioides* L. Weber) con alcool, strofinandolo sulle articolazioni facendo il segno della croce. Mentre sfrega la testa (più precisamente la fontanella anteriore) chiama la persona per nome.

(8 settembre 1998)

La signora Lucia andò da una *curandera* nel quartiere di Xaltocán a Xochimilco consigliata da una amica. Eseguì la terapia in tre sessioni. Utilizzò dei rami e delle uova e l'alcool per l'aspersione rapida, chiamando il malato per nome.

La paziente riferisce che si sentì molto bene, più sicura e che il dolore alla mano è scomparso quasi del tutto. È contenta e soddisfatta della terapia ricevuta.

[Attualmente è la *curandera* che raccomando ai miei pazienti *asustados* che vivono a sudest. Quelli di altre zone li invio dalla signora Marina, a Iztapalapa, a est della città].

***Juan**, il bambino inquieto del "santo cocazo" (14 luglio 1998)*

Piccolo paziente di 4 anni che l'11 notte, mentre giocava, cadde dal primo piano (aprossimatamente due metri e mezzo). Soffre un impatto diretto alla regione frontale e parietale sinistra, con perdita di conoscenza durante un minuto. Viene portato inmediatamente all'Ospedale generale di Zona (n. 32) dove le radiografie non rivelano fratture. Si congeda a mezzanotte consigliando una vigilanza stretta. Il giorno seguente vomitò due volte e pertanto tornò di nuovo all'ospedale. Viene visto da un neurochirurgo che scarta una complicazione neurologica. Si lascia andare prescrivendo la revisione del caso da parte del medico di famiglia.

In questo momento, Juanito sta bene e risponde in maniera eccellente agli stimoli esterni, cammina e obbedisce agli ordini e non esistono alterazioni psicomotorie.

La madre mi riferisce che continua ad avere sonnolenza. Consiglio di continuare con la vigilanza stretta, gli analgesici e il trattamento per l'*espanto*.

La signora mi dice che la nonna sa curare il *susto* e che dopo il forte colpo ha fatto una "pulizia" a Juanito. La mamma è d'accordo con la terapia

10-(Ricerche) Campos.pmd 244 02/11/2010, 16.16

suggerita e dice che lei stessa si sente molto *asustada*. [E non mi stupisce!] A lei prescrivo una infusione di fiori di zagara (*Citrus spp*.) e *toronjil* (*Agastache mexicana* [Kunth] Lint & Epling). Appuntamento dopo una settimana per osservare il decorso. Una settimana dopo Juan assiste insieme a sua madre. Va tutto bene.

***Javier**: Prima* empachado, *subito dopo* espantado, *e ora non sa cos'è la medicina popolare (29 aprile 1999)*

Nel 1986, un bebè di appena 6 mesi soffrì una serie di disturbi digestivi che portarono la madre – una impiegata dell'IMSS – a medicarlo per *empacho*. [...]. Due anni dopo si ammalò di nuovo di indigestione, e ora che è già un adolescente di 14 anni gli è appena successa una cosa strana e insolita.

Pochi giorni prima, la madre scoprì suo figlio guardando intensamente una vecchia fotografia. La immagine era quella di un bambino morto preparato secondo il rito funebre in uso in alcuni villaggi rurali del Messico: vestito da angioletto, circondato da fiori e senza feretro.

In quel momento, Javier le disse che nel vedere la fotografia si era *asustado*: «*Mi spaventai molto! Mi spaventai molto!*».

Oltre a notare un comportamento strano, gli misurò la febbre ed aveva una leggera ipertermia.

Immediatamente ruppe la fotografia (che sicuramente non proveniva dall'ambito familiare) e lo mandò dalla nonna per essere curato d'*espanto*. La nonna gli fece una "pulizia" e gli spruzzò *mezcal* (un liquore estratto dall'agave) su tutto il corpo. Poi lui domandò: «*Mamma, perché mi hanno fatto questo?*» Allora lei gli mostrò l'articolo che riportava la sua storia e lui rimase sorpreso e incredulo... Risultati positivi.

***Mariblanca**, quella del figlio sequestrato ad Acapulco (20 ottobre 1997)*

Viene allo studio medico la moglie di un sorvegliante que lavora nella nostra clinica di medicina familiare. Mi riferisce che tre settimane fa suo figlio – insieme ad altri giovani – fu sequestrato e nascosto in qualche luogo del porto di Acapulco. Giorni dopo furono tutti liberati. Da quel momento, la signora Blanca soffre di mal di testa, di «*angoscia e depressione*», «*già è notte alta e non riesco a dormire*», una sensazione di soprassalto e di mancanza d'aria: «*mi sento soffocare*», ho la bocca secca, la saliva amara, un dolore «*alla bocca dello stomaco*», un malessere generalizzato e una intensa sensazione di stanchezza.

10-(Ricerche) Campos.pmd 245 02/11/2010, 16.16

Visito la paziente e la pressione arteriale è normale. Non trovo nessun dato somatico rilevante.

Le prescrivo una infusione per il nervosismo che combina il fiore di zagara, la valeriana e il *toronjil*, così come alcune compresse di paracetamolo come medicamento sintomatico. Insisto in raccomandarle che vada da una *curandera* che conoscono i suoi vicini. Lo stesso marito – presente alla visita – le dice che a San Lorenzo Atemoaya, la Signora Fina cura l'*espanto*. Programmo una visita di controllo per 15 giorni dopo per osservare il decorso.

(10 novembre 1997)

Si presenta la Signora Mariblanca per la visita di controllo del *susto*. Mi riferisce che ha ricevuto il trattamento rituale da parte di una zia. La *curandera* sospese di forma temporanea la infusione che avevo prescritto per i "nervi". Le somministrò la terapia convenzionale: un martedì e un venerdì la chiamò per nome avvicinandosi al suo orecchio però senza gridarle. Poi le disse di bere una bibita arancione e il giorno dopo un liquido di color viola.

I risultati furono favorevoli: diminurono la cefalea, la depressione e i soprassalti. Già dorme meglio. Afferma che il trattamento le è servito "abbastanza". Le prendo un appuntamento per 15 giorni dopo.

*La Signora **Goyita**: la diabetica dai sustos interminabili (22 gennaio 1999)*

Lei ha 47 anni e soffre di diabete mellitus da quattro anni. Oltre ai medicamenti ipoglicemici che le prescrivo prende di solito diverse infusioni per controllare la sua malattia, come la radice di *meloncillo* che compra al mercato chiamato "Sonora", noto per essere il principale centro di import-export di piante medicinali della Repubblica Messicana. In generale, i dati glicemici subiscono una chiara diminuzione.

(13 gennaio 2000)

Ieri la Signora Goyita ha sofferto un tremendo *susto*. Risulta che Enrique, suo nipotino di solo sei anni, è caduto dentro ad un serbatoio d'acqua che si utilizza per lavare i vestiti nel cortile di casa. Ha rischiato di affogarsi. Per fortuna la Signora Goyita stava vicino ed è riuscita a tirarlo fuori velocemente prima che ingerisse troppa acqua. Durante l'accaduto la bisnonna gridava e sua figlia – che in quel momento tornava dal lavoro – complicò la faccenda. Il *susto* fu tremendo. Alla sera, la Signora Goyita non potette né cenare né dormire poiché sognava il bambino che si affogava.

10-(Ricerche) Campos.pmd 246 02/11/2010, 16.16

Le consiglio di visitare la nostra *curandera* di Tepepan, però dice di preferire i *curanderos* spiritistici che tengono le loro sessioni terapeutiche il martedì e il venerdì nel centro di Xochimilco. Chiaramente suggerisco che il trattamento sia familiare dato che sicuramente anche il bambino, la mamma e la bisnonna avranno subito un simile *espanto*. Inoltre, le raddoppio la dosi di glibenclamide (medicamento ipoglicemico orale) e la tranquillizzo. Le do un appuntamento dieci giorni dopo per sapere dei risultati della *interconsulta* con gli specialisti di medicina popolare.

(24 gennaio 2000)

Si recò al tempio spiritistico per il trattamento rituale del *susto*. La accompagnarono Enrique, sua madre e una bambina che aveva presenziato all'incidente poiché insieme all'altro bimbo stava cercando in quel momento di fare il bagno al cane di casa. La paziente mi conferma che già mangia e dorme bene. In ogni caso le prescrivo delle analsi per conoscere i suoi livelli di zucchero nel sangue e nell'urina.

(25 gennaio 2000)

«*Povera donna!*». Mi racconta che passa da un *susto* all'altro. Alcuni giorni dopo che suo nipote stava a punto di affogare, uno scellerato investì e uccise intenzionalmente il loro amato cane. Poi mi racconta que le sono morti due vicini (uno alla settimana) e «*come vuoi che sia, queste cose mi colpiscono emozionalmente*». Nonostante ciò si sente più o meno bene, i suoi dati di zucchero nel sangue sono calati sebbene – per mancanza di denaro – non ha terminato il trattamento con la radice di *meloncillo*, poiché 100 g. costano 130 pesos (intorno ai 13 dollari).

«*Quanti sustos ha sofferto!*»

Senza dubbio, l'anima è avventuriera...

Analizzeremo questi sei casi di *susto* con le loro principali caratteristiche epidemiolologiche, cliniche e terapeutiche.

Prima di tutto dobbiamo dire che la causa che individuano i pazienti è la pietra angolare della malattia. È l'evento che genera il quadro clinico e la spiegazione dell'insieme delle attività terapeutiche. Secondo il DSM-IV, costituisce «l'evento che provoca paura improvvisa e causa la fuoriuscita dell'anima...» (*Ibidem*). E pertanto incontriamo un paziente che ha sofferto

10-(Ricerche) Campos.pmd 247 02/11/2010, 16.16

un incidente perturbatore, minaccioso e potenzialmente mortale. Può trattarsi della caduta inaspettata nel fiume, in una laguna o nel mare; il ripugnante incontro con vipere e animali selvatici; l'apparizione improvvisa di un fantasma o di uno spirito che si suppone inesitente; la tragica esperienza di un incidente stradale; presenziare a un sisma o a un terremoto; la improvvisa e terrificante presenza di soldati e poliziotti nello spazio domestico; l'assalto, la rapina, la violenza, ecc.

Le cause sono così diverse e generali che non si possono distinguere rispetto al sesso o alla età dei pazienti spaventati, né rispetto all'origine rurale o urbana, indigena o meticcia, o alle variabili di scolarizzazione, stato civile o religione.

Dal punto di vista clinico, nessuno dei pazienti fece riferimento diretto o indiretto alla diagnosi specifica di *susto* o *espanto*, o alla possibilità che gli fosse fuoriuscita o scappata l'anima. La diagnosi si va costruendo con l'antefatto evidente e immediato, ma anche grazie a un quadro clinico più o meno caratteristico. Il DSM-IV dice quanto segue:

> «[...] i sintomi possono apparire settimane o anni dopo aver subito una paura improvvisa. Si pensa che, in casi estremi, il *susto* può provocare la morte. I sintomi tipici includono disturbi dell'appetito, sonno insufficiente o eccessivo, sonno agitato ed incubi, disforia, mancanza di motivazione per qualsiasi attività, bassa autostima o valutazione negativa. I sintomi somatici che accompagnano il *susto* includono mialgie, cefalee, gastralgie e diarrea» (*Ibidem*).

Nei nostri pazienti, i segni e i sintomi si presentarono in maniera più o meno immediata, però il ricorso al medico è variabile, da poche ore dopo a settimane. Il dato clinico più frequente e rilevante fu l'alterazione dello stato di veglia: difficoltà ad addormentarsi, insonnia e sonnolenza. Con meno frequenza sono da segnalare i disturbi dell'appetito e le alterazioni del comportamento (ansia, depressione, soprassalti episodici).

Merita un cenno a parte la presenza di sintomi somatici come il dolore e l'aumento del volume degli arti superiori e inferiori, la cefalea, la dispnea, l'arsura della bocca, il dolore epigastrico, la febbricola e l'astenia. Vale la pena menzionare che due pazienti presentavano una parestesia (formicolio). Questo sintomo lo abbiamo osservato anche in altri pazienti *asustados*, pertanto crediamo che uno studio clinico approfondito debba includere questo disagio.

Nessun malato espresse la necessità di recarsi da un terapeuta che non fosse il suo medico di famiglia, tuttavia, davanti all'antefatto traumatico e ai dati riconducibili al *susto*, il medico di famiglia cerca il consentimento per un trattamento al di fuori dell'istituzione e incluso estraneo alla prati-

10-(Ricerche) Campos.pmd 248 02/11/2010, 16.16

ca biomedica dominante. È una questione etica. Lui conosce la malattia popolare, i limiti e le capacità dei terapeuti popolari, conosce l'efficacia del rituale curativo, conosce i propri limiti come medico, i limiti della biomedicina e delle istituzioni sanitarie.

Nonostante il dottore conosca i trattamenti popolari, stabilisce – con chiarezza – che i pazienti si rechino da un esperto popolare (così come invia pazienti dal cardiologo, dal dermatologo o da qualsiasi altro specialista) e consiglia il ricorso a qualche conoscente (molte volte si risolve a livello domestico con la madre o la nonna), in altre occasioni suggerisce di recarsi dalla Signora Lucia che svolge il trattamento popolare e che non percepisce una tariffa fissa per esso ma una donazione volontaria che non risulta onerosa per i malati.

In tutti i casi si esegue un controllo stretto e continuato dei pazienti che sono inviati dai guaritori popolari e incluso si stabiliscono dei trattamenti complementari.

Il trattamento dei *curanderos* è apparentemente semplice, nel DMS-IV si dice che:

> «I rituali terapeutici si orientano verso un recupero dell'anima e il suo rientro all'interno del corpo e la pulizia della persona per restaurare il suo equilibrio fisico e spirituale» (*Ibidem*: 868).

Tuttavia uno sguardo attento e minuzioso delle procedure curative ci rivela un processo complesso e con molteplici significati. Appare una cosmovisione del corpo umano che oltrepassa la semplice dualità occidentale di corpo-anima, per trasformarsi in un rapporto tra corpo e anime, in cui una di esse soffre, si ammala, scappa via, si indebolisce o può essere acciuffata da qualche entità soprannaturale.

Pertanto, d'accordo con quanto detto, il rituale non consiste solamente nel recupero dell'anima smarrita ma anche in un insieme di offerte (fiori, candele, alcoool, incenso, preghiere) rivolte alle entità rapitrici. In fondo si tratta di uno scambio di beni: "io *curandero* ti do queste offerte che ti sono gradite e tu mi consegni l'anima della persona *asustada*". Una volta recuperata l'anima la deve restituire alla persona colpita. Ciò significherà la ricomposizione della persona come un tutt'uno. Se il *susto* provoca la frammentazione dell'individuo e la sua separazione dal gruppo sociale, i rituali terapeutici lo unificano come persona e lo reintegrano al mondo della collettività.

Nei trattamenti realizzati dai nostri malati i familiari sono presenti, i *curanderos* realizzano "pulizie", aspersioni e una risorsa generalizzata che consiste in sussurrare o gridare il nome del malato.

10-(Ricerche) Campos.pmd 249 02/11/2010, 16.16

In tutti i casi ci fu un miglioramento con remissione totale dei malesseri: recupero del sonno, scomparsa del dolore e della parestesia, però soprattutto, il trattamento dei *curanderos* rappresenta un sostegno e una sicurezza ai malati. Non è inutile ricordare che il *susto* può cuasare problemi gravi. Nella già citata ricerca di Rubel e collaboratori, essi concludono che:

> «Il *susto* aumenta il rischio di morte per un paziente, sia come causa iniziale che come causa aggiuntiva, o come indicatore di una patologia più grave sofferta da malati con gli stessi sintomi ma che non soffrono di *susto*» (RUBEL. A. - O´NELL C. - COLLADO R. 1989: 175).

Pertanto il medico clinico non deve sottovalutare la presenza di questo disagio, né escludere il ricorso al trattamento degli specialisti popolari.

È necessario pertanto rispondere ad alcuni interrogativi sulla pratica medica interculturale.

È legittimo domandarsi "Nelle città sono scomparse le credenze popolari sulle malattie di origine pre-ispanica?", "Perché i pazienti non si recano prima dai *curanderos* della loro zona (che spesso fanno parte della loro famiglia)?", "Perché in generale risulta così efficace il trattamento per il *susto*?", "Che formazione accademica devono avere i medici in merito alla medicina popolare?".

Il nostro lavoro sulla medicina domestica e sul *curanderismo* urbano dimostra la rigogliosa presenza dei saperi e delle pratiche popolari a Città del Messico (CAMPOS-NAVARRO R. 1992: 186-208). Le credenze popolari urbane non sono scomparse, si sono trasformate (CAMPOS-NAVARRO R. 1997: 275-ss). La persistenza delle sindromi dipendenti dalla cultura, seppure con alcune modifiche, permette di stabilire continuità nello spazio e nel tempo. La cultura non è né un fenomeno statico né passivo, specialmente quando l'educazione occidentalizzata avanza in forma inesorabile.

In questo senso abbiamo osservato che i cittadini, soprattutto giovani, dubitano dei saperi popolari in funzione dell'apprendimento scolare modernizzante. Il vissuto delle norme e dei valori, delle pratiche e delle credenze, inquadrate nella dialettica tradizionalità-modernità è molto intensa. Gli abitanti nativi e gli immigranti dei quartieri e dei paesi di Xochimilco (già urbanizzati) sperimentano questa doppia vita, la integrano, la complementano e la sintetizzano.

Di fronte a questa dualità per il medico accademico immerso nella sua progredita tecnologia non esiste dubbio: è il rappresentante della modernità ed impone con accettazione la sua ideologia, le sue teorie e le sue tecniche. Le sindromi culturalmente delimitate o malattie "tradizionali"

10-(Ricerche) Campos.pmd 250 02/11/2010, 16.16

non esistono. La biomedicina rappresenta il trionfo della civiltà sulla magia e sui *curanderos*.

Tuttavia... per i pazienti la biomedicina è una opzione aggiuntiva tra le strategie utilizzate per attaccare un malattia. Quando sono di fronte al bio-medico mantengono un prudente silenzio rispetto alle malattie "tradizionali". Altri all'esporre il proprio caso in maniera spontanea alludono alle cause e al quadro clinico senza menzionare la diagnosi popolare, il medico interpreta il caso secondo il proprio modello biologista con scarsi risultati. Quando si arriva a menzionare le parole "*empacho*", "*susto*", "malocchio", "*caída de mollera*" o "*daño*", la risposta del bio-medico è molto eloquente: "quelle sono sciocchezze delle persone ignoranti".

I pazienti nella loro ambivalenza ideologica identificano il *curandero* come qualcuno che può curare (e a volte danneggiare), che possiede dei saperi e delle pratiche ancestrali, però sopratutto, che forma parte del proprio gruppo socioculturale. Nonostante ciò quando soffrono qualche malattia che pensano curarsi con la biomedicina non esitano a recarsi dal medico accademico, così come non esitano ad appoggiarsi ai *curanderos* se considerano che il malessere non è suscettibile di trattamento biomedico.

Pertanto non appare strano per i pazienti e per i suoi familiari l'alternare tra una pratica e l'altra, non esistono né esclusioni né esclusivismi. Esiste un enorme pragmatismo. È proprio la efficacia pragmatica dei trattamenti dei *curanderos* che ne permette la sopravvivenza e la continuità.

Dall'altro lato molteplici testimonianze ci permetteno di appurare la considerevole efficacia dei trattamenti dei *curanderos*. Una di esse è il racconto di Fausto de la Cruz che *espantado* dopo il morso di un serpente ricorre prima all'automedicazione, poi si reca dai medici e alla fine va da un *curandero* indigeno, che si converte nel suo salvatore:

> «Nel luogo dove avvenne l'incidente, proprio lì prese della terra e la mise insieme a dell'acqua nella bottiglia. All'arrivo me la spruzzò qui e me la fece bere. Mi fece indossare la camicia. Un'altra volta mise per me dei fiori in terra. Questo è tutto. E sette giorni dopo già avevo riacquistato le forze; iniziai già ad uscire: ero guarito davvero. Se non lo avessi fatto, non sarei migliorato. Se non mi avessero chiamato, non sarei migliorato. Mi successe a giugno e a dicembre migliorai. Già ci stavo mettendo troppo e quando furono a riprendere la mia *tona* [anima] migliorai. Forte fu il *susto* che ebbi» (García-Reyes 1975: 216-217).

In verità i *curanderos* si convertono spesso in salvatori, tanto che per gli antropologi, alcuni terapeuti popolari sono considerati come una sorta di eroi culturali. Ernesto de Martino lo descrive così:

10-(Ricerche) Campos.pmd 251 02/11/2010, 16.16

> «Mentre i membri della comunità possono perdere senza compenso la loro presenza unitaria, di guisa che il loro fragile esserci è un labile cosmo psichico che rischia ad ogni momento il precipitare nel caos, lo sciamano è l'eroe che ha saputo portarsi sino alle soglie del caos e che ha saputo stringere un patto con esso. Ma appunto perché lo sciamano è diventato il padrone assoluto della propria labilità, ha altresì acquisito la capacità di superare i limiti che proprio esserci e di farsi centro chiaroveggente e ordinatore delle labilità altrui» (DE MARTINO E. 1948 [1985]): 118 [189]).

Nei casi presentati in questo articolo tutti ebbero un risultato positivo, il che assicura la stabilità della pratica dei *curanderos*. Ma allo stesso tempo rinforza anche il rapporto medico-paziente del medico di famiglia, dato che aumenta la fiducia del medico istituzionale, e tutti i pazienti tornano con una certa regolarità per la revisione e il trattamento di malattie croniche (come il diabete, la bronchite cronica) o infettive (come la tonsillite e la gastroenterite).

Per quanto detto finora conviene difendere e promuovere la formazione antropologica dei medici accademici poiché ciò permetterà una maggiore comprensione nei confronti dei pazienti, dei *curanderos* delle risorse materiali e simboliche delle medicine tradizionali e indigene. L'apprendimento interculturale dei medici e del personale infemieristico deve essere obbligatorio. Le scuole e le facoltà devono offrire una formazione interculturale con l'obiettivo di ottenere la tolleranza e il rispetto delle pratiche curative differenti dalla medicina occidentale, specialmente in quei paesi del continente americano in cui risiedono popolazioni indigene al suo interno (CAMPOS-NAVARRO R. 1999).

Questo apprendimento sul terreno dell'interculturalità deve comprendere in forma specifica la cosmovisione della vita e della morte di ogni popolo indigeno, la propria particulare percezione del processo salute-malattia-cura [*salud-enfermedad-atención*], delle concezioni e dei principi etnici relativi al corpo e all'anima (o alle anime, in alcuni casi), l'insieme delle attività teoriche, tecniche e ideologiche intorno alla malattia concreta (la sua spiegazione causale, la sua epidemiologia, il quadro clinico, gli elementi utili alla costruzione di una diagnosi, le strategie e i processi tecnici di cura, le risorse umane, materiali e simboliche che si dispiegano durante il trattamento, le diverse maniere di prevenire, ecc.) e per ultimo, la succesione dei terapeuti (madri di famiglia, *curanderos*, dottori e altri) che intervengono in un caso clinico determinato, intendendolo come una traiettoria o un percorso della persona malata.

Per concludere mi piacerebbe ricordare il noto storico della medicina Arturo Castiglioni che nel suo libro *Incantesimo e magia* riprende le parole di

10-(Ricerche) Campos.pmd 252 02/11/2010, 16.16

Santayana per dire che «la mente umana è curiosa, avventuriera e ridondante» (CASTIGLIONI A. 1972 [1934]: 15). Noi aggiungeremmo che la sua anima non è da meno.

Tabella n. 1. Eziologia nella medicina tradizionale messicana

I. **MALATTIE NATURALI**

A) **Per causa empirica:**
Per incidenti: ferite, fratture, lesioni, punture
Determinati processi fisiologici: il parto
Per aria: coliche, mal di testa, ecc.
Per raffreddamento brusco: polmonite, *fríos*, ecc.
Per trasmissione di calore*: chincual*, angina pectoris
Per ingestione di alimenti caldi o freddi
Per sovraccarico dello stomaco: *empacho*
Per eccesso di relazioni sessuali: *empacho* dell'uomo ed *empacho* della donna
Per esalazione di miasmi: *andancias*
Per microbi: morbillo, pertosse, scabbia, dissenteria, parassitosi intestinale, ecc.

B) **Per causa psicologica:**
Bilis
Coraje
Alferecía
Chipilez
Caída de mollera
Vergüenza
Tiricia
Insulto
Buche o *bocio*

II. **MALATTIE PRETERNATURALI**

Per aver infranto tabu, norme e interdizioni sociali
A causa di incantesimi: malocchio, maleficio, ammaliamento
A causa della perdita di un'anima
Per intrusione di un corpo estraneo nell'organismo
Lo "spirito" [*espiritu*] della malattia

Fonte: ZOLLA C. *et al.* 1988: 26.

10-(Ricerche) Campos.pmd 253 02/11/2010, 16.16

Tabella n. 2. Le dieci principali cause di domanda di cura nella medicina tradizionale messicana

1.	Malocchio	55%
2.	*Empacho*	49%
3.	*Susto/Espanto*	34%
4.	*Caida de mollera*	1%
5.	Dissenteria	22%
6.	*Aires*	21%
7.	Diarrea	19%
8.	Distorsioni (muscolo-scheletriche)	18%
9.	*Daño* (maleficio)	14%
10.	Angina pectoris	10%

Fonte: ZOLLA C. *et al.* 1988: 12.

[*traduzione dallo spagnolo di Claudia Avitabile*]

Riferimenti bibliografici

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, Masson, Barcelona.

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1986-2001), *Diario de campo en consultorio*, manoscritto, [México].

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1992), *Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa*, pp. ...-..., in CAMPOS-NAVARRO Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México.

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1996), *Notas clínicas y etnográficas sobre un caso de empacho*, in MALVIDO E. - MORALES M.E. (curatori), *Historia de la salud en México*, INAH, Ciudad de México (Coleción científica).

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1997), *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy*, Editorial Patria, Ciudad de México.

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1999), *La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México*, "Kallawaya" (La Plata - Salta, Argentina), n. 6, ottobre 1999, pp. 7-18.

CASTIGLIONI Arturo (1972 [1934]), *Encantamiento y magia*, II ediz., Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México [ediz. orig.: *Incantesimo e magia*, Mondadori, Milano, 1934].

DE MARTINO Ernesto (1985 [1948]), *El mundo mágico*, Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México [ediz. orig.: *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino, 1948].

Diccionario Enciclopédico (1979), Espasa-Calpe, Madrid.

LOZOYA X. - VELÁZQUEZ-DÍAZ G. - FLORES A (1988), *La medicina tradicional en México. Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987*, IMSS, Ciudad de México.

MENÉNDEZ Eduardo (1988), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Alianza Editorial Mexicana, Ciudad de México.

REYES-GARCÍA Luis (1975), *Relato sobre llamada de tona*, in LÓPEZ AUSTIN A. (curatore), *Textos de Medicina Náhuatl*, Instituto de Investigaciones Históricas UNAM, Ciudad de México.

RUBEL. A. - O´NELL C. - COLLADO R. (1989), *Susto. Una enfermedad popular*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México (Col. Popular, n. 405).

10-(Ricerche) Campos.pmd 254 02/11/2010, 16.16

Ysunza Alberto (1976), *Estudio bio-antropológico del tratamiento del susto*, in *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto para el Estudio de las Plantas Medicinales, Ciudad de México.
Ysunza Alberto (1984), *El susto: ¿enfermedad para quien?*, "Civilización" (Centro Antropológico de Documentación de América Latina [Cadal], Ciudad de México), n. 2, 1984, pp. 435-481.
Zolla C. - Del Bosque S. - Tascón A. - Mellado V. - Maqueo C. (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (Ciess), Ciudad de México.

Scheda sull'Autore

Medico, è nato a Aguascalientes, Messico, nel 1951. Laureato in medicina presso la Facoltà di medicina della Universidad nacional autónoma de México (Unam), con specializzazione in medicina familiare, master in Antropologia sociale nella Escuela nacional de antropología e historia, e dottorato in Antropologia nella Unam.

Da circa venticinque anni si sta occupando dei saperi e delle pratiche mediche popolari in Messico e America Latina. È autore o curatore di numerosi articoli e volumi su queste tematiche, tra cui: *La antropología médica en México* (1992), *Nosotros los curanderos* (1997), *El empacho en la medicina mexicana. Antología: siglo XVI-XX* (2000), *Textos peruanos sobre el empacho* (2006), nonché di diversi articoli sulla medicina popolare e sulla medicina indigena.

È attualmente professore e coordinatore di ricerca nel Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México.

Ho dato corsi di antropologia medica a livello di laurea, master e dottorato in Messico e Spagna, e corsi post-laurea sulla interculturalità in salute a Potosí, La Paz e Cochambamba (Bolivia) e Ayacucho (Perú) Ha anche compartecipato e scambiato esperienze con medici indigeni in Messico, Guatemala, Panamá, Bolivia e Cile.

Riassunto

Esperienze cliniche sul susto *o* espanto *a Città del Messico*

Il *susto* o *espanto* è una categoria nosologia della medicina tradizionale latino-americana, considerata peraltro dalla American Psychiatric Association nella sua classificazione dei disturbi mentali (Dsm-iv) come una malattia dipendente dalla cultura o comunque culturalmente condizionata (*culture-bound syndrome*).

In Messico essa costituisce – insieme al malocchio e al *empacho* – uno dei tre pincipali ambiti di intervento curativo da parte dei medici tradizionali, e si rapporta in ogni caso con la perdita di una identità animica che può venir chiamata anima, ombra, *tona*, o

10-(Ricerche) Campos.pmd 255 02/11/2010, 16.16

con altra denominazione. Le interpretazioni accademiche variano da quelle antropologiche (che si incentrano sulle considerazioni e i significati simbolici connessi alla eziologia, alla diagnostica e al trattamento) fino a quelle biomediche, che la riducono a un problema psico-somatico legato al cosiddetto "shock post-traumatico acuto" per il quale si richiede soltanto un po' di psicoterapia e di farmaci tranquillanti.

In questo lavoro presento la mia esperienza clinica con sette casi di pazienti da me seguiti come medico di famiglia dell'Instituto mexicano del seguro social (IMSS), che ho appunto diagnosticato come *asustados*. Tutti loro avevano subito una improvvisa e violenta impressione emotiva, con gravi conseguenze mentali e corporee: perdita di appetito, alterazione nei sogni, dolori, infiammazioni e formicolio alle braccia e alle gambe, emicrania e altri malesseri minori.

I sette pazienti sono stati indirizzati e trattati da *curanderos* urbani: alcuni nel proprio spazio domestico e altri presso *curanderos* ubicati in differenti quartieri o dintorni di Città del Messico. Sono risultati tutti guariti e soddisfatti di quanto realizzato dai *curanderos*. E, egualmente soffisfatti dall'approccio interculturale seguito dal medico accademico.

Analizzando questa casistica sembra che non si manifestino differenze quanto a età, genere, scolarità e stato civile. In tutti i casi si è verificato inizialmente un evento violento e un quadro clinico molto simile. Il trattamento effettuato dai *curanderos* è stato analogo per tutti loro, e l'efficacia è risultata totale. Possiamo concludere affermando che è possibile introdurre rotture epistemologiche nella formazione biomedica, riconoscere la legittimità delle sindromi culturalmente condizionate, prendersi cura di questo tipo di casi insieme ai *curanderos*. Occorre modificare i contenuti curricolari della formazione in medicina, in infermieristica e in odontologia, per costruire una pratica interculturale coerente con la diversità socio-culturale che viviamo in America Latina.

Résumé

Expériences cliniques sur le susto *ou* espanto *à Mexico*

Le *susto* ou *espanto* est une catégorie nosologique de la médicine traditionnelle latino-américaine, d'autre part considérée par l'American Psychiatric Association dans sa classification des troubles mentaux (DSM-IV) comme une maladie dépendante de la culture ou tout de même culturellement conditionnée (*culture-bound syndrome*).

Au Mexique elle constitue – avec le mauvais œil et l'*empacho* – l'une des trois principales causes de soins curatifs des médecins traditionnels et est de toute façon liée à la perte d'une identité animique qui peut s'appeler âme, ombre, *tona*, ou avoir une autre dénomination. Les interprétations académiques varient par rapport à celles anthropologiques (qui sont axées sur les considérations et les significations symboliques liées à l'étio-

10-(Ricerche) Campos.pmd 256 02/11/2010, 16.16

logie, au diagnostic et au traitement) jusqu'à celles biomédicales, qui la réduisent à un problème psychosomatique lié au soi-disant "choc post-traumatique aigu" qui ne nécessite que peu de psychothérapie et de tranquillisants.

Dans ce travail nous présentons l'expérience clinique avec sept cas de patients que nous avons suivi en tant que médecin de famille de l'Instituto mexicano del seguro social (IMSS) et que nous avons diagnostiqués comme *asustados*. Tous avaient souffert d'une soudaine et violente impression, avec d'importantes conséquences mentales et corporelles : perte de l'appétit, altérations du sommeil, sensation de douleur, inflammation et engourdissement des membres supérieurs et inférieurs, migraine et d'autres malaises mineurs.

Les sept patients ont été adressés et traités par des *curanderos* urbains : certains dans leur espace domestique et d'autres chez des *curanderos* situés dans différents quartiers de Mexico. Tous les patients furent soignés et satisfaits des soins apportés par les *curanderos*. Ils furent également ravis de la vision interculturelle du médecin académique traitant.

En analysant les cas, nous pouvons observer qu'il n'existe pas de différences concernant l'âge, le genre, la scolarité et l'état civil. Il existe en tous l'événement violent initial, et un cadre clinique semblable. Les traitements réalisés par les *curanderos* ont été similaires pour chacun des cas et leur efficacité a été totale. Nous pouvons conclure en affirmant qu'il est possible de réaliser des ruptures épistémologiques dans la formation biomédicale, de reconnaître la légitimité des syndromes culturellement délimités, de prendre soin – avec les *curanderos* – de ce type de cas et qu'il est nécessaire de procéder à des changements dans les contenus de la formation à la carrière médicale, d'infirmier et odontologique, pour construire une pratique interculturelle en accord avec la diversité socioculturelle que nous vivons en Amérique Latine.

Resumen

Experiencias clínicas sobre el susto o espanto en la Ciudad de México

El susto o espanto es una categoría nosológica de la medicina tradicional latinoamericana que ya es considerada por la American Psychiatric Association en su clasificación de trastornos mentales (DSM-IV) como una enfermedad dependiente de la cultura o culturalmente delimitada (*culture-bound syndrome*).

En México constituye – junto con el mal de ojo y el empacho –, una de las tres principales causas de atención curativa de los médicos tradicionales y en todos los casos se relaciona con la pérdida de una entidad anímica que puede llamarse alma, sombra,

10-(Ricerche) Campos.pmd 257 02/11/2010, 16.16

tona u otra denominación. Las interpretaciones académicas varían desde las antropológicas (que se enmarcan en la consideraciones y significaciones simbólicas contenidas en la etiología, el diagnóstico y el tratamiento) hasta las biomédicas que la reducen a un problema psicosomático alrededor del llamado "shock postraumático agudo" que sólo requiere algo de psicoterapia y medicamentos tranquilizantes.

En este trabajo presento la experiencia clínica con siete casos de pacientes a quienes atendí como médico familiar del Instituto mexicano del seguro social (IMSS) y que diagnostiqué como asustados. Todos ellos sufrieron de una repentina y severa impresión que les afectó de manera mental y corporal: pérdida del apetito, alteraciones del sueño, sensación de dolor, inflamación y hormigueo en miembros superiores e inferiores, jaqueca y otros malestares menores.

Los siete pacientes fueron referidos y tratados con curanderos urbanos, algunos fueron atendidos en su propio espacio doméstico y otros por curanderos ubicados en diversos barrios o colonias de la Ciudad de México. Todos ellos quedaron curados y satisfechos de la atención proporcionada por los curanderos, E igual quedaron contentos con la visión intercultural del médico académico tratante.

Al analizar los casos se puede observar que no existen diferencias en cuanto edad, género, escolaridad y estado civil. En todos existe el evento inicial violento, y un cuadro clínico semejante. El tratamiento curanderil es similar en todos ellos y la eficacia es completa. Podemos concluir afirmando que es posible realizar rupturas epistemológicas en la formación biomédica, reconocer la legitimidad de los síndromes culturalmente delimitados, atender – junto con los curanderos – este tipo de casos y que se requiere hacer cambios en los contenidos curriculares de la carrera de medicina, enfermería y odontología, para lograr una práctica intercultural acorde con la diversidad sociocultural que vivimos en América Latina.

Abstract

Clinical experiences on susto *or* espanto *in Mexico City*

Susto or *espanto* is a nosological category of the Latin American traditional medicine that is considered by the American Psychiatric Association in its classification of mental disorders (DSM-IV), as a culture-dependent disease or culture-bound syndrome.

In Mexico it is – along with the evil eye and the *empacho* – one of the three principal areas of healing intervention by the traditional doctors, and in all cases is related with the loss of a spiritual entity that can be called soul, shadow, *tona*, or other name. The academic interpretations range from the anthropological (that focus on considerations and symbolic meanings associated with the etiology, diagnosis and treatment) to the

10-(Ricerche) Campos.pmd 258 02/11/2010, 16.16

biomedical, which reduce the problem to a psychosomatic one related to the so-called "acute post-traumatic shock", for which is required a bit of psychotherapy and tranquilizers.

In this work I present my clinical experience with seven cases of patients that I followed as a family doctor of the Instituto mexicano del seguro social (IMSS), and I have diagnosed as *asustados*. All of them had suffered a sudden and violent emotional experience, with serious bodily and mental consequences: loss of appetite, abnormal dreams, pain, inflammation and tingling in the arms and legs, headaches and other minor ailments.

The seven patients were referred and treated by urban *curanderos*, some of them in the proper domestic space and others at *curanderos* located in different neighborhoods or the surroundings of Mexico City. They were all cured and satisfied by the achievements of the *curanderos* and, equally satisfied by the intercultural approach followed by the academic doctor.

In analyzing these cases does not seem to occur any difference in age, gender, education and marital status. In all cases initially there was a violent event and a very similar clinical picture. The treatment performed by the *curanderos* was similar for all of them and the effectiveness was complete.

We conclude that it is possible to introduce epistemological ruptures in biomedical training, recognize the legitimacy of the culturally conditioned syndromes, attend together – with the *curanderos* – this type of cases and make changes to the academic training in medicine, nursing and dentistry, in order to achieve a cultural practice in line with the socio-cultural diversity that we live in Latin America.

10-(Ricerche) Campos.pmd 259 02/11/2010, 16.16

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 261-283

Partecipazione sociale e salute in una comunità messicana. Un approccio qualitativo al capitale sociale

Rosa María Osorio Carranza

profesora investigadora titular, Área de antropología médica, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) (México)
[rosorioc@yahoo.com.mx]

La categoria di capitale sociale

Il capitale sociale, insieme ai suoi contenuti affini, è stato argomento di lavoro nel campo della sociologia, dell'antropologia e dell'economia-politica durante il secolo scorso, anche se è negli anni '90 che l'interesse per questo concetto è cresciuto in maniera sostanziale, in particolare grazie ai contributi di Robert David Putnam (PUTNAM R.D. 1993, 2000, 2003). In quegli anni si osserva un aumento del suo utilizzo sia in ambito accademico che nella ricerca applicata alla progettazione di politiche pubbliche, così come nel campo della salute.

La categoria di capitale sociale appare per la prima volta intorno al 1916, elaborata da Lyda Judson Hanifan, il quale a partire dall'analisi del sistema educativo di una regione povera degli Stati Uniti sostiene che diversi problemi sociali, politici ed economici delle comunità rurali nordamericane, potevano risolversi soltanto attraverso il rafforzamento delle reti di solidarietà. Hanifan proponeva la seguente definizione di capitale sociale:

> «Una serie di elementi tangibili: la buona volontà, il compagnerismo, la comprensione e i rapporti sociali fra individui e famiglie, caratteristiche costitutive dell'unità sociale [...] [se il soggetto isolato] entra in contatto con i suoi vicini e questi con nuovi vicini, si produrrà una accumulo di capitale sociale che potrà soddisfare bisogni sociali sufficienti a migliorare le condizioni di vita di tutta la comunità. [...] tale capitale sociale potrà essere amministrato attraverso una abile leadership indirizzata a un miglioramento del benessere generale della comunità» (HANIFAN L.J., citato in PUTNAM R.D. 2000: 10).

In seguito la categoria di capitale sociale è stata recuperata, riscoperta o reinventata durante il XX secolo, sia dalla sociologia che dall'antropologia,

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 261 02/11/2010, 16.16

assimilando in alcuni casi nuove sfumature teorico-metodologiche o nuove tematiche su cui applicarla. In questo senso si può dire che la produzione dei concetti e delle categorie va costruendo la propria storia, possiamo riscontrare un periodo di oblio apparente o reale, una negazione o simplicemente un disuso di alcuni termini che possono assomigliarsi, anche se il loro potere esplicativo cambia seguendo una dinamica costante di appropriazione, risegnificazione e utilizzo di categorie teoriche legata ai contesti storici in cui si applicano (MENÉNDEZ E.L. 2002: 257). Allo stesso modo, il concetto di capitale sociale è stato recuperato da vari autori, alcuni con un maggior approfondimento teorico o empirico di altri, ma tutti hanno puntato sul ruolo che giocano le reti sociali di appoggio, la fiducia e la solidarietà sociale (SEELEY 1950, JACOBS 1960, LOURY 1970, BOURDIEU 1982, COLEMAN 1988, PUTNAM 1993 e 2000, citati in PUTNAM R.D. 2003)[(1)].

Parallelamente potremmo citare una serie di lavori antropologici prodotti in America Latina negli anni '60 e '70 che, sebbene in quel momento non si identificavano nella teoria del capitale sociale, proponevano lo studio delle reti sociali e della loro importanza per le popolazioni che si trovavano sulla soglia di povertà e di povertà estrema. Dal punto di vista delle teorie sulla marginalità si analizzavano la produzione e la riproduzione delle reti di appoggio sociale come una delle strategie di sopravvivenza dei gruppi sociali più svantaggiati socialmente ed economicamente (LOMNITZ L.A. 1978).

Nel suo saggio sulle forme del capitale, Bourdieu segnala che il capitale sociale

> «sarebbe costituito dall'insieme delle risorse potenziali o attuali legate al possesso di una rete durevole di rapporti più o meno istituzionalizzati di conoscenza e riconoscimento mutuo, è l'insieme delle risorse basate sull'appartenenza a un gruppo» (BOURDIEU P. 2001: 145).

Bourdieu inquadra questa definizione in una complessa elaborazione teorica sulle forme del capitale in cui include anche le nozioni di *habitus*, di campo e di agenti sociali e riconosce l'esistenza sovradeterminata del capitale economico, del capitale culturale e del capitale sociale, i quali possono tutti trasformarsi in capitale simbolico. Anche se gli sviluppi di Bourdieu meriterebbero una maggiore analisi in questo lavoro vorrei approfondire principalmente la proposta di Putnam per la sua maggior diffusione internazionale e per il suo impatto sociopolitico, in particolare nel campo della salute.

Per questo autore, il capitale sociale coinvolge le reti sociali e le regole di reciprocità e di fiducia promosse fra i membri delle associazioni della co-

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 262 02/11/2010, 16.16

munità grazie alla loro esperienza nell'interazione e nella cooperazione sociale. Così come il capitale fisico e quello umano (gli strumenti e la conoscenza) creano valore individuale e collettivo, si può "investire" anche sulla costruzione di una rete di relazioni. Tuttavia le relazioni sociali non sono semplici beni di investimento, perché spesso creano valore di consumo diretto (PUTNAM R.D. 2003: 14).

Nel suo testo *Making democracy work*, pubblicato nel 1993, cerca di spiegare le differenze esistenti tra le regioni del nord e del sud d'Italia evidenziando che il loro sviluppo disuguale è originato dall'impronta storica che ha prodotto una dipendenza che si estende fino al XX secolo. Questo approccio ha ricevuto molte critiche che ritengono che sia vittima di una visione meccanicistica della storia e che i dati empirici che utilizza non siano consistenti. Nonostante ciò questa pubblicazione ha aperto la porta a innumerevoli discussioni intorno al ruolo del capitale sociale e della comunità civile in termini di funzionamento democratico di una società, in cui ci si domandava se la democrazia era il risultato della cultura civile oppure se, al contario, questa era il prodotto di una società democratica. Le critiche al suo modello si sono centrate principalmente su tre punti: la relazione di causalità tra il capitale sociale e la democrazia non è unidirezionale, il concetto di capitale sociale non è preciso e le prove empiriche presentate da Putnam non sostengono in maniera esuriente la sua teoria (AGUILAR J.A. 2004).

Più recentemente la sua pubblicazione *Bowling alone* (2000) è risultata essere un testo chiave per capire i suoi postulati. In questo testo si sostiene che negli Stati Uniti ci sarebbe stato un calo del capitale sociale, ricavando questo dato da un'analisi statistica di diverse indagini nelle quali si registra, a partire dagli anni '70, una diminuzione del livello di partecipazione civile in determinate associazioni, come ad esempio quelle collegate alla partecipazione politica (attraverso le elezioni o l'affiliazione ai partiti politici), alla partecipazione religiosa, ai vincoli più o meno frequenti sul luogo di lavoro, così come ai vincoli informali che esistono fra le persone. Tuttavia, malgrado le critiche che ha ricevuto, il *boom* della teoria del capitale sociale nella sua versione Putnam, lanciata da Harvard, ha avuto come risultato l'identificazione del capitale sociale con una "risorsa" o una via per uscire dalle situazioni di povertà e di povertà estrema. Questa proposta è stata ripresa dalla Banca Mondiale come un utile raccomandazione nei confronti dei governi per la creazione di politiche pubbliche e per la canalizzazione di risorse finanziarie destinate al rafforzamento delle forme di cooperazione, di solidarietà e delle reti sociali nelle comunità. Le ricerche realizzate seguendo questa prospettiva ritengono che esisterebbe-

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 263 02/11/2010, 16.16

ro delle prove evidenti rispetto al fatto che la coesione sociale sia cruciale per far prosperare economicamente una società nel quadro di uno sviluppo sostenibile (BANCA MONDIALE 1999: http://web.worldbank.org).

Questo organismo finanziario mondiale sostiene gran parte delle sue raccomandazioni su informazioni statistiche raccolte per dimostrare i vantaggi sociali ed economici del capitale sociale. Allo stesso modo, si è sviluppata una linea teorica imprenditorale che recupera il capitale sociale come nucleo fondamentale per il mantenimento e lo sviluppo di ogni tipo di organizzazione. Si sostiene, ad esempio, che nei sistemi educativi che riescono a generare una comunità civile, questo è possibile grazie ad una maggiore efficacia di quelle scuole in cui i genitori ed i gruppi di cittadini sono attivamente coinvolti, dimostrando un interesse più attento rispetto al benessere educativo dei bambini, favorendo così un maggior coinvolgimento dei professori, dei voti più alti da parte degli studenti ed un uso più attento delle strutture scolastiche. Ci potremmo chiedere se la maggior solidarietà partecipativa di una società sia il risultato e non la causa di un maggior sviluppo civile, e se tutto ciò esiste grazie al fatto che altri bisogni economici e sociali siano già stati coperti.

Dal mio punto di vista, questo approccio tende in pratica a sopravvalutare il ruolo del capitale sociale a detrimento delle altre forme di capitale ed esclude dalla sua analisi i conflitti sociali, così come la relazione dialettica che esiste fra i differenti tipi di capitale. Recuperando la prospettiva di Bourdieu:

> «il capitale economico serve da base agli altri tipi di capitale, ma [...] le manifestazioni trasformate e mascherate del capitale economico non possono ricondursi totalmente ad esso [...] bisogna evitare di cadere nel "economicismo" che riduce le altre forme di capitale al capitale economico, allo stesso modo del "semiologismo" che riduce le relazioni sociali di scambio a fenomeni di comunicazione e ignora la riducibilità universale all'economia» (BOURDIEU P. 2001: 158).

Il rapporto tra capitale sociale e salute

La categoria di capitale sociale si è sviluppata di forma esponenziale nelle ricerche sulla salute come un modo di incorporare variabili sociali alla dimensione epidemiologica in una proposta analitica che collega le disuguaglianze sociali ed economiche con i processi di salute-malattia. Si può dire che il capitale sociale appare all'interno di un dialogo teorico, metodologico ed empirico che è risultato essere molto discutibile. In que-

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 264 02/11/2010, 16.16

sto paragrafo vorrei esporre brevemente alcuni dei principali postulati che si reggono su queste analisi senza pretendere di darne qui un quadro esaustivo.

Putnam prospetta l'esistenza di una relazione direttamente proporzionale tra la quantità di capitale sociale esistente in una società ed i livelli di salute e di felicità. L'idea sottostante è che l'appartenenza ad un gruppo sociale e la salvaguardia di reti sociali, relazioni di fiducia e reciprocità hanno un forte effetto protettivo sulla salute. Il ruolo del capitale sociale avrebbe molteplici effetti, attraverso aiuti tangibili come soldi, trasporti, cure, che ridurrebbero le tensioni e produrrebbero una rete di sicurezza; d'altro lato, le reti sociali favorirebbero modelli più salutari per il fatto che l'isolamento, al contrario, favorirebbe modelli più dannosi, per l'assenza di un meccanismo sociale di regolazione e di controllo sulle pratiche dannose per la salute (ad esempio, una persona che vive da sola tenderà a fumare o bere di più). A livello individuale inciderebbe il fatto che un sistema solido di sostegno sociale introdurrebbe meccanismi psicosociali, fisiologici ed immunitari in contrasto con lo sviluppo delle malattie. Infine, a livello sociale una comunità civile promuoverebbe una maggior organizzazione politica chiedendo un miglioramento della qualità dei servizi sanitari (PUTNAM R.D. 2001: 442).

Altri studiosi hanno proposto che l'impatto del capitale sociale sulla salute ha una doppia dimensione. Da un lato, avrebbe un effetto "strutturale" che influisce in maniera diretta sulla salute attraverso la creazione di un sostegno, la promozione dell'impegno sociale e facilitando i collegamenti interpersonali, rafforzando l'autostima e la sicurezza, favorendo comportamenti salutari e riducendo lo stress. Si pone un'enfasi speciale sullo spazio geografico dentro al quale si giocano queste relazioni. Dall'altro, si riconoscerebbe un effetto "contestuale" del capitale sociale, prendendo in considerazione gli effetti del capitale sociale sui fattori di tipo economico, politico, sociale e ambientale che sarebbero determinanti per la salute delle popolazioni (VEENSTRA G. *et al*. 2004).

Attraverso i risultati di ricerche che ne condividono il contesto teorico, Putnam cita molteplici e complesse correlazioni statistiche che dalla loro prospettiva dimostrerebbero il modo in cui l'isolamento sociale produca malattie o incrementi il rischio di morire, segnalando inoltre che l'isolamento sarebbe la causa e non la conseguenza di certe sofferenze come la depressione [(2)]. Putnam analizza attraverso inchieste nazionali ed alcune interviste, l'influenza di una serie di fattori come la classe sociale, l'etnia o il genere, o di certi comportamenti come il consumo di alcool e fumo, o

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 265 02/11/2010, 16.16

l'attività fisica, sulle principali cause di mortalità, sullo stato di salute autopercepita o sulla speranza di vita. Nonostante ciò considera il capitale sociale su cui contano gli individui come la variabile indipendente che determinerebbe in grande misura questi indicatori di salute. Secondo le ricerche da lui citate l'impatto del capitale sociale sulla salute è di tale importanza che, ad esempio, se qualcuno si spostasse a vivere in una località differente nella quale il capitale sociale è quantitativamente maggiore, questo fattore di per se stesso migliorerebbe le sue condizioni di salute allo stesso modo che se smettesse di fumare (PUTNAM R.D. 2001: 444).

In termini generali si può dire che le sue argomentazione si reggono solamente su statistiche che procedono da vari studi di cui presenta soltanto quelle cifre che confermerebbero i suoi presupposti teorici e che lo portano a costruire una serie di estrapolazioni probabilistiche sugli effetti sulla salute degli individui in funzione del capitale sociale quantificato. Risulta un po' sorprendente il fatto che le sue affermazioni non si basino su un sostegno empirico sufficientemente analizzato nel testo, egli infatti né presenta una revisione critica delle sue fonti né discute con maggior profondità altri elementi che condizionano o determinano le condizioni di salute.

Putnam propone alcune conclusioni che risultano un po' azzardate, come la seguente:

> «Il bilancio generale di questa multitudine di studi è che, in linea generale, chi non appartiene a nessun gruppo ma decide di aderire a uno, ridurrà del 50% il rischio di morire l'anno seguente. Se una persona fuma e non fa parte di nessun gruppo può fare a *testa o croce* e decidere se smettere di fumare o aderire ad un gruppo. Queste conclusioni sono incoraggianti dato che è più facile entrare a far parte di un gruppo che perdere peso, fare esercizio regolarmente o smettere di fumare» (*Ibidem*: 448).

Considero che volendo dare sostegno alle sue argomentazioni intorno all'importanza del capitale sociale, Putnam cade in una visione riduzionista dei processi analizzati, la cui determinazione causale si centra in maniera esclusiva su questa variabile. Nel caso dei processi di salute/malattia gli approcci così delineati ci condurrebbero, inoltre, a sottovalutare i condizionamenti sociali, economici e politici che determinano questi processi. La sua argomentazione, superficiale dal mio punto di vista, raggiunge il suo climax quando propone un indice per calcolare la felicità degli individui a partire dal capitale sociale.

> «La partecipazione regolare in un club, il volontariato, ricevere ospiti o la partecipazione in chiesa corrispondono, in termini di felicità, all'ottenere un titolo universitario o al raddoppiare il reddito. I vincoli civili sono elementi importanti quanto il matrimonio o la ricchezza in previsione di una vita felice» (*Ibidem*: 4).

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 266 02/11/2010, 16.16

Questi approcci potrebbero essere sottovalutati se non fosse per le conseguenze politiche e sociali che possono causare. Considero che questa visione del capitale sociale, visto come una panacea che può risolvere un gran numero di problemi, prospetta la costruzione di un mondo felice in cui gli individui con una cultura civile possono risolvere la maggior parte dei loro problemi. Questo approccio teorico non prende in considerazione l'esistenza di conflitti sociali, o se lo fa è solo in modo marginale.

La recente ricerca di Kawachi suggerisce che esiste una relazione tra il capitale sociale e la salute. Questo studio prende in esame la correlazione tra il capitale sociale e la salute auto-percepita ed i tassi di mortalità di venti villaggi dell'Ungheria. Gli autori hanno accertato che la vulnerabilità degli uomini ungheresi di mezza età è aumentata dopo i rapidi cambiamenti economici avvenuti nel Paese negli ultimi anni. Gli autori indicano che l'aumento dei tassi di mortalità non è il risultato di problemi legati all'assistenza medica, a cambiamenti legati al prodotto interno lordo o alla disparità nei redditi. Secondo questi autori le variazioni di capitale sociale potrebbero essere connesse in modo differente con i tassi di mortalità prematura di uomini e donne. Le loro ipotesi suggeriscono che il capitale sociale sia diminuito in Ungheria sulla base di un indebolimento dei valori comunitari, causati anche dalla sfiducia nei confronti delle leggi in materia economica che hanno portato la gente a ricorrere a forme di sussistenza atipiche per migliorare la propria qualità della vita.

Questo studio, basato principalmente sui risultati di alcuni sondaggi e interviste, trova dei riscontri statisticamente rilevanti tra le variabili che coinvolgono il capitale sociale e la mortalità in uomini e donne di mezza età. Così gli autori riferiscono che anche se i livelli di sfiducia erano elevati sia tra gli uomini che le donne, il tasso di mortalità maschile era da relazionarsi con una mancanza di aiuto da parte delle organizzazioni civili, mentre il tasso di mortalità femminile era da relazionarsi con la percezione della reciprocità. Gli autori concludono che è possibile che i cambiamenti nella società ungherese abbiano influenzato i sistemi sociali di sostegno e che questi cambiamenti abbiano maggiore impatto in quelli che coinvolgono gli uomini (ad esempio nel settore produttivo) rispetto a quelli relazionati con le donne. Sebbene gli autori riconoscano i limiti del loro studio, concludono rimarcando la necessità di comprendere i modi in cui il capitale sociale entra in relazione con altri fattori (KAWACHI I. *et al*. 2004).

Questa ricerca si può prendere come esempio di utilizzo dei dati statistici ricavati da inchieste nazionali per spiegare processi di disuguaglianza nell'accesso alle cure o un deterioramento nelle condizioni di salute della

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 267 02/11/2010, 16.16

popolazione, in cui la validità dei dati utilizzati per dimostrare queste ipotesi possono essere relativamente discutibili, dato che si stabiliscono correlazione che, sebbene siano statisticamente significative, possono portare ad una serie di deduzioni che portano a una sopravvalutazione del capitale sociale come elemento esplicativo del deterioramento delle condizioni di salute della popolazione. Anche se potrebbe esistere una correlazione statistica ciò non implica necessariamente che essa sia di tipo causale. Coloro che propongono questa teoria argomentano che la mancanza di capitale sociale è chiave per spiegare l'alto grado di disuguaglianza in termini di salute in certe società che contano su un capitale sociale minore. Tuttavia è indispensabile prendere in considerazione le strutture sociali ed economiche materiali che rendono possibili determinati stili di vita "salutari" e che promuovono la produzione di capitale sociale (FORBES A. 2001).

D'altra parte, si potrebbe supporre che gli individui che non partecipano a reti sociali di tipo associativo possono avere una serie di conseguenze negative sulla propria salute, perciò la decisione di appartenere o meno ad un gruppo civile diventerebbe una cuestione di ordine psicosociale, di responsabilità personale/morale, o di un'attitudine civile inadeguata, legata alla risoluzione dei problemi di salute, di modo che questo approccio porterebbe alla colpevolizzazione della vittima.

La teoria del capitale sociale sviluppata da Putnam e dai suoi seguaci, è in grande parte frutto di una metodologia quantitativa pensata per ottenere determinati indici di partecipazione sociale attraverso associazioni civili, politiche e religiose che prendono in considerazione i processi di democratizzazione e consolidamento delle società civili e forse per alcuni Paesi industrializzati questo approccio teorico e metodologico risulta utile e realizzabile (PUTMAN R.D. 2003, ALTSCHULER A. *et al*. 2004, MOHAN J. *et al*. 2005). Nonostante ciò gli indicatori offerti da questa proposta non sono necessariamente applicabili o quantificabili in tutti i contesti socioeconomici e culturali.

Ci possiamo chiedere cosa succede in quelle società – come nel caso del Messico – in cui non è possibile applicare questa metodologia dato che non esistono i dati statistici o le serie storiche che permettano ai ricercatori di ricavare questi sofisticati indicatori quantitativi. Come analizzare il capitale sociale esistente in contesti geoeconomici e culturali in cui questo tipo di partecipazione associativa – tramite affiliazione – non è così istituzionalizzata e in cui tuttavia esiste un capitale sociale informale o vincolante che, anche se disseminato, è molto esteso e risulta strategico per capire la realtà sociale, ma nei quali detta linea teorica e questo

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 268 02/11/2010, 16.16

approccio metodologico non potrebbero realizzare una ricerca sulla diminuzione o sull'incremento del capitale sociale utilizzando gli stessi indicatori che Putnam usa per la società nordamericana (FORBES A. - WAINWRIGHT S. 2001).

Nel caso del Messico non esistono informazioni statistiche affidabili che diano conto del numero e del tipo di associazioni civili presenti. In ogni caso, esistono censimenti sulle organizzazioni non governative – che tra l'altro risultano essere insignificanti rispetto ai coefficienti di associazione civile proposti da Putnam per quantificare il capitale sociale – non ci sono però informazioni affidabili sulle associazioni civili, club o movimenti sociali che rientrano nel capitale sociale; molto meno si sa di quali siano le loro forme di affiliazione e come siano cambiate nel tempo, allo stesso modo che non esistono informazioni quantitative sugli indicatori di cultura civile, fiducia e solidarietà. Tuttavia il fatto che le associazioni civili non abbiano avuto ripercussioni dirette sul processo democratico messicano non vuole dire che esso non esista o che stia operando con altri meccanismi.

È importante menzionare che dalla metà degli anni '90 i programmi pubblici di sviluppo sociale applicati dal governo messicano per combattere la povertà e promuovere il miglioramento delle condizioni di salute, di alimentazione, di educazione o di sviluppo rurale, hanno utilizzato la nozione di capitale sociale tra le loro linee guida. Sebbene nel Paese i programmi di sviluppo economico e di Stato sociale contano su una lunga traiettoria, iniziata negli anni '40, hanno dimostrato avere una notevole continuità – in termini di progettazione, contenuto e popolazione beneficiaria – nei governi sessennali che ha avuto il Paese dalla seconda metà del XX secolo, anche se ogni nuovo governo ha presentato un nuovo programma sessennale di sviluppo e di Stato sociale per incidere sulla produzione, l'occupazione, la salute e l'educazione delle popolazioni più svantaggiate.

Si può dire che in ogni caso tutti hanno posto speciale enfasi sul ruolo della partecipazione comunitaria e dell'organizzazione delle reti sociali di sostegno come una delle principali risorse disponibili. Tuttavia nei programmi più recenti appare il tratto distintivo della teoria del capitale sociale come componente principale, come si nota dalla denominazione a loro assegnata: il "Programa Nacional de Solidaridad", "Progresa", "Oportunidades" e più recentemente "Contigo es posible", con essi si recupera con speciale interesse il potenziamento delle reti sociali, delle organizzazioni civili e della corresponsabilità nella gestione delle risorse e dei risultati ottenuti.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 269 02/11/2010, 16.16

Il Programma *Contigo es posible* che il governo attuale porta avanti dal 2002, viene proposto come una strategia di sviluppo integrale, pragmatica e diretta alla lotta contro la povertà attraverso un'intensa partecipazione della società civile nei progetti di sviluppo. Si fa speciale enfasi sulla partecipazione della società civile e delle organizzazioni in quei processi di informazione e consulenza, progettazione strategica, accompagnamento, intervento e valutazione che in qualche modo possano contribuire all'utilizzo efficiente delle risorse pubbliche, alla qualità dei suoi risultati e all'impatto positivo sui gruppi di popolazione considerati più vulnerabili: come i poveri, la popolazione indigena, le donne, i bambini e i giovani. I progetti di sviluppo che contano con il finanziamento e il sostegno tecnico della Banca Mondiale in Messico costituiscono modelli di consulenza e partecipazione della società civile e delle sue organizzazioni (http://www.bancomundial.org.mx) e sono direttamente collegati agli Obiettivi del millenio dell'ONU, da raggiungere entro il 2015 (http://www.un.org/millenniumgoals).

Il Programma *Contigo es posible* si basa su cinque principi fondamentali che pretendono incidere su tutte le aree di intervento pubblico, questi principi sarebbero l'equità delle risorse, la trasparenza nella gestione delle stesse, l'integralità in termini di efficienza amministrativa e coerenza nella progettazione, la corresponsabilità fra i livelli di governo e la società civile, «la coesione sociale per rafforzare il tessuto sociale e promuovere lo sviluppo della comunità, la governance e la democrazia». Rispetto al campo della salute, uno dei programmi più importanti è quello del *Fortalecimiento de las comunidades saludables*, il cui interesse è quello di «promuovere la salute delle popolazioni vulnerabili attraverso azioni sociali ed educative che incrementino la coscienza pubblica sulla salute, favoriscano stili di vita salutari e stimolino l'azione comunitaria e la partecipazione sociale a favore di una migliore qualità di vita» (http://www.contigo.gob.mx).

Come si può notare, tra i principi centrali appaiono la promozione della partecipazione sociale, la coesione sociale, l'azione comunitaria e la partecipazione della società civile, come comunità civile e come elementi strategici per portare a termini le politiche pubbliche nell'ambito della salute. Questi programmi ci mostrano in che modo a livello governativo si sta applicando in Messico la nozione di capitale sociale nella pianificazione di progetti e politiche pubbliche di sviluppo sociale.

In aggiunta vorrei risaltare che nella mia prospettiva di analisi si riconosce l'importanza delle reti sociali di sostegno, di fiducia e di solidarietà come risorse strategiche fondamentali per affrontare le situazioni di povertà/

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 270 02/11/2010, 16.16

povertà estrema e per risolvere certi problemi di salute-malattia. Sebbene possa considerarsi una risorsa imprescindibile non è assolutamente sufficiente per risolvere i problemi principali della società e sarà sulla trasformazione della struttura sociale e sui condizionanti strutturali – economici e politici – su cui si dovranno focalizzare gli sforzi e le risorse delle politiche pubbliche.

Un approccio antropologico allo studio delle reti sociali

In quest'ultima parte del lavoro vorrei approfondire alcuni elementi che ci consentono di riflettere sul capitale sociale e di studiarlo – in senso ampio – attraverso un tipo di metodologia qualitativa, con la finalità di poter ripensare questa categoria alla luce di altre realtà storico-sociali, con l'obbietivo di mostrare l'importanza del capitale sociale per l'analisi dei processi di salute/malattia/cura, in un contesto in cui non ci sono indicatori quantitativi di esso, e se anche ci fossero – la loro utilità è ridotta e parziale a causa del rigido inquadramento di una teoria e di una metodologia che sono state prodotte per spiegare altri tipi di realtà.

Partendo da un approccio qualitativo si presentano alcuni dei meccanismi attraverso i quali agisce il sistema di reti sociali primarie, generando certe forme di reciprocità e di fiducia sociale. Mi interessa presentare un altro modo di analizzare le dinamiche di funzionamento del capitale sociale, quello che si dà fondamentalmente nelle relazioni informali e molto dense, in un contesto in cui il capitale economico è basso e il capitale culturale è eterogeneo. Alla luce di una ricerca svolta in una località periferica della città messicana di Dos Ríos, l'interesse principale è rivolto alla descrizione dei processi in microgruppi in cui il capitale sociale viene messo in atto nel campo della salute materno-infantile e che consentono di identificare alcuni elementi importanti rispetto alla dinamica salute/malattia e all'utilizzo dei servizi sanitari.

Questa località conta con poco più di 3.000 abitanti e si trova quindici chilometri a ovest di Città del Messico e pertanto sta vivendo un processo di rapida urbanizzazione. Anche se la maggior parte della popolazione va a lavorare ogni giorno al *Distrito Federal* o in aree della conurbazione, quest'area conserva peculiarità rurali come la coltivazione di piccoli appezzamenti di terreno, i rapporti di conoscenza mutua e una densa rete di relazioni familiari fra i suoi abitanti. Si è lavorato con gruppi di famiglie di strati socioeconomici subalterni, fondamentalmente con madri in età

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 271 02/11/2010, 16.16

fertile con figli con meno di 5 anni, così come con i principali terapeuti allopatici e tradizionali che operavano nella zona, insieme ad altri informatori chiave. Si sono utilizzate tecniche qualitative di ricerca come l'intervista e l'osservazione diretta dei processi studiati, validate attraverso il contatto prolungato e quotidiano con i nostri informatori e la residenza nella località per lunghi periodi durante le differenti fasi del lavoro di campo realizzato durante dodici anni (1989-2001).

Durante questo periodo, si sono realizzate due ricerche di lunga durata intorno a differenti tematiche legate ai processi di salute/malattia/cura. La prima includeva l'elaborazione socioculturale delle sofferenze infantili attraverso l'epidemiologia popolare e la ricostruzione del percorso di diagnosi e cura nel quadro della cultura medica materna (OSORIO R.M. 1993 e 2001). Nella seconda ricerca si sono studiati i processi di gravidanza, parto e puerperio nei termini delle rappresentazioni e delle pratiche relazionate con la salute riproduttiva (OSORIO R.M. 2004). In entrambi i casi l'interesse è stato rivolto alle correlazioni esistenti tra la medicina allopatica e la chiamata medicina tradizionale, riscontrabili nelle rappresentazioni e nelle consuetudini sociali delle madri.

Nonostante il nostro obiettivo di ricerca non considerasse l'analisi del capitale sociale come categoria di analisi teorica, abbiamo avuto l'opportunità di osservare certe forme di organizzazione sociale che coinvolgessero la partecipazione comunitaria collettiva e certe attività a livello di microgruppo o famiglia che intervenivano nella diagnosi e cura delle malattie attraverso le reti sociali familiari o di vicinanza. È in queste forme di partecipazione sociale che abbiamo potuto rilevare l'importanza delle reti sociali di sostegno, della coesione e della fiducia sociale nei processi di salute/malattia/cura.

Nella località studiata abbiamo identificato tre organizzazioni cittadine di cooperazione sociale che includono la partecipazione comunitaria volontaria in attività sociali, politiche, civili o religiose, con degli attori sociali che svolgono diversi tipi di funzioni: la rappresentanza cittadina, la trattativa con le autorità rispetto ai problemi comunitari, l'organizzazione di diversi eventi pubblici. Il primo di questi organismi è la *Delegación política*, formata dai rappresentanti degli abitanti di ogni quartiere della comunità che si incaricano di gestire politicamente o giuridicamente alcuni problemi comunitari di fronte alle autorità locali e statali, costituendosi come l'organismo di più alto grado gerarchico nella rappresentanza cittadina e risolvendo situazioni conflittive tra vicini attraverso un arbitrato interno alla località e, quando necessario, esterno con altre autorità; la seconda

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 272 02/11/2010, 16.16

organizzazione è il *Consejo de colaboración vecinal* che partecipa alla formazione di liste per le elezioni dei rappresentanti delegati e il cui lavoro si centra nella gestione delle opere pubbliche e dei servizi dei municipi, come l'installazione e la manutenzione del drenaggio dei terreni, della rete di acqua potabile, delle opere di pavimentazione, del trasporto pubblico, della sorveglianza. In questi organismi l'incarico è onorifico, senza stipendio, avviene attraverso nomine in assemblea vicinale o elezioni organizzate localmente, con voto segreto e diretto mediante liste elettorali, ci sono incluso campagne elettorali vere e proprie. Dal mio punto di vista le retribuzioni principali si ricevono in termini di status e prestigio più che in soldi e/o con potere di fatto.

La terza organizzazione popolare si chiama *Patronato "Reina de las Américas"*, che costituisce una delle principali forme di cooperazione sociale comunitaria, questa organizza annualmente i due eventi religioso-festivi più importanti in termini di coesione sociale: la festa grande del paese, che si festeggia il 12 dicembre, giorno della Madonna di Guadalupe, e il Pellegrinaggio al Santuario della Madonna de los Remedios, che si festeggia il secondo sabato di agosto e vede la partecipazione attiva e volontaria della maggior parte della popolazione. Il *Patronato* comincia a organizzare la festa grande all'inizio del mese di ottobre; è formato da membri importanti della comunità con un alto status economico e un alto prestigio sociale, che coordinano la creazione dei gruppi di vicini che partecipano all'organizzazione dei pasti, alla decorazione della Chiesa, alla scelta della musica, ai fuochi d'artificio. Tutto ciò comporta un contributo sostanziale (in termini di tempo, soldi e lavoro) dovuto a motivazioni religiose nel partecipare alla festa o ad attese legate al riconoscimento sociale e all'onore di organizzarla. Il pellegrinaggio al Santuario implica lo spostamento a piedi da Dos Ríos e il pernottamento sul posto di quasi 5.000 persone durante tre giorni ed il *Patronato* ed i suoi delegati finanziano e preparano da mangiare per queste persone.

La partecipazione sociale si osserva anche attraverso l'esistenza di certe associazioni di vicinato, pubbliche e private, nelle quali si svolgono alcune attività ricreative come lo sport, il ballo, i lavori manuali ed altre attività ludiche, anche se in questi casi in genere sono associazioni a scopo di lucro con delle quote di iscrizione (anche se simboliche).

Nel campo della salute troviamo il *Comité de salud*, formato in maggioranza da donne/madri che accedono al *Centro de salud* e decidono di collaborare alla realizzazione di migliorie alle strutture attraverso giornate di lavoro comunitario (che possono includere la pulizia e la tinteggiatura del centro,

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 273 02/11/2010, 16.16

la preparazione dei pasti dei medici), così come la diffusione e la promozione delle campagne sanitarie (di vacccinazione, di costruzione di latrine, di disinfestazione) che periodicamente si portano a termine in queste località.

Ho avuto l'occasione di partecipare a tre campagne di vaccinazione insieme a donne di diverse età coordinate dalla responsabile sanitaria del centro. Queste sono passate durante due giorni consecutivi per la nostra comunità e il paese vicino per applicare i vaccini ai bambini con meno di 5 anni e in seguito è stato organizzato un pranzo offerto alle volontarie da alcuni abitanti di riconosciuto prestigio.

Tutte le organizzazioni di collaborazione vicinale menzionate comportano un tipo di partecipazione sociale organizzata in maniera collettiva e coinvolgono gli individui nello svolgere funzioni civili o sociali che hanno ripercussioni a livello comunitario e di gruppo, come la gestione delle richieste di migliorie nel paese o delle attività festive. In tutti i casi osserviamo che questa partecipazione rafforza le reti sociali di sostegno e favoriscono la coesione sociale, si inquadrano nelle relazioni di reciprocità e in maniera evidente concentrano gli elementi identitari di appartenenza ad un gruppo, favorendo un ambiente di fiducia sociale e anche se esistono resistenze e conflitti queste strutture di partecipazione fanno parte senza dubbio del capitale sociale comunitario.

Tuttavia c'è un altro tipo di partecipazione a livello di microgruppo – che non coinvolge grandi collettivi locali – che si esprime in maniera concreta e puntuale nei processi di salute/malattia/cura come parte della risposta sociale organizzata dal gruppo domestico nucleare o esteso e dalle reti vicinali più vicine. Mi riferisco alle attività di diagnosi, cura e prevenzione delle malattie che si mettono in atto – inizialmente all'interno del gruppo familiare e delle reti sociali primarie – che fanno parte della dinamica di autodiagnosi e autocura e che coinvolgono un insieme di attori, saperi e relazioni sociali, nelle quali partecipano le diverse forme di capitale nel senso di Bourdieu.

L'*autoatención* [autodiagnosi e autocura] coinvolge da un lato i saperi popolari come sintesi dei differenti modelli medici (Menéndez E.L. 1991) e dall'altro mette in gioco l'eterogeneità di relazioni che si stabiliscono tra i diversi attori sociali, le loro reti di sostegno, la reciprocità e la fiducia sociale. Si assegnano funzioni e responsabilità ai diversi attori sociali e si riconoscono campi di azione sociale a ciascuno di essi, per le quali è necessaria la presenza di capitale sociale vincolante ed esteso e di una riserva di fiducia sociale.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 274 02/11/2010, 16.16

In questo senso considero che possiamo individuare certe forme di capitale sociale attraverso lo studio dell'autodiagnosi e dell'autocura nei processi di salute/malattia, dato che ciò consente di risaltare le relazioni che si stabiliscono tra le diverse donne che, come madri, condividono esperienze, saperi e risorse per curare le malattie dei loro figli e che costituiscono reti sociali di sostegno in quei momenti cruciali in cui spesso un consiglio o un aiuto specifico può essere decisivo per superare alcune malattie e incluso a volte determinare la vita o la morte di un figlio.

Nel nostro studio abbiamo potuto ricostruire l'itinerario di diagnosi e cura seguito in 71 casi di malattie in bambini con meno di cinque anni riscontrando che, rispetto al totale di richieste di attenzione medica (148), il 30% (45 richieste) ha fatto ricorso all'automedicazione, in questi casi l'automedicazione realizzata dalla madre del malato ha rappresentato il 23%, l'automedicazione realizzata da parte di un altro membro della famiglia, come la nonna, ha rappresentato il 4% e l'automedicazione realizzata da una vicina il 3% (OSORIO R.M. 2001: 202)[(3)]. Questi dati evidenziano l'importanza che i saperi materni hanno nel risolvere i problemi di salute all'interno delle famiglie e ci mostrano come si stiano generando dei processi di cooperazione e partecipazione sociale a livello di microgruppo nel campo della salute che producono importanti strategie basate sul capitale sociale.

Attraverso l'autodiagnosi e l'autocura possiamo analizzare anche i rapporti tra queste donne /madri e i loro figli, i loro partner o gli altri membri del gruppo domestico e individuare la loro posizione egemonica o subalterna rispetto ad essi nell'agire o nel prendere decisioni nell'ambito dell'attenzione medica oppure in altri aspetti come l'alimentazione, l'educazione, l'abbigliamento, l'igiene e il tempo libero.

Allo stesso modo possiamo capire quali siano le reti e le relazioni sociali tra questa fascia di popolazione e i diversi terapeuti (pubblici e privati, allopatici e popolari, professionisti e membri del vicinato) e come si possono attivare o disattivare queste reti e relazioni, il perché del loro ricorso in caso di malattia e quando i fattori condizionanti includono la partecipazione di certe reti sociali di sostegno. Ad esempio possiamo osservare che la decisione di andare da un medico determinato o da una levatrice a volte dipenda dal consiglio o dalla conoscenza che le parenti, le vicine o le amiche hanno delle capacità dello stesso a seconda della situazione, oppure dal modo in cui queste donne si scambiano fra di loro le esperienze positive o negative avute con i terapeuti, segnalando, se consultate, gli aspetti positivi o negativo di cadauno.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 275 02/11/2010, 16.16

Il peso che ha il prestigio sociale di un terapeuta che lavora in una località così piccola, molte volte è più importante rispetto ai costi dell'intervento medico o all'accessibilità dei servizi e questo prestigio sociale si guadagna non solo attraverso la dimostrazione di una competenza tecnica ma anche attraverso la fiducia sociale ed il tipo di relazioni interpersonali che si sono costruite con la popolazione. A volte le donne preferivano portare avanti la loro gravidanza con la levatrice e non con il medico – nonostante avessero riconosciuto in questo una maggior qualifica tecnica professionale – soltanto perché le levatrici le trattavano meglio e ciò le trasmetteva più fiducia. Il fatto di essere originarie della stessa comunità e di conoscerne tutta la famiglia, stabiliva dei legami più intimi con i loro pazienti, a volte la levatrice prestava i suoi servizi "a credito" o incluso poteva venir pagata con dei beni. Altre forme di sostengo sociale si manifestano nel momento in cui si può ricevere un prestito economico da parte di un vicino o di un parente per andare dal medico, dato che molte volte non si hanno i soldi per poter pagare la visita medica o il trasporto, le analisi o per comprare le medicine. Queste reti sociali di sostengo si attivano anche quando qualche parente o amico si offre per prendersi cura dei figli piccoli mentre la madre va all'ospedale per una visita o per partorire.

Potremmo continuare l'elenco dei diversi aspetti che ricoprono il capitale sociale a partire dalla nostra esperienza di ricerca nel campo della salute, tuttavia il mio interesse voleva essere solo quello di offrire, come esempio, una serie di attività, di relazioni e di attori sociali in cui si può evidenziare la produzione del capitale sociale e risaltare la necessità sempre più importante di rendere flessibili i contesti teorici e le metodologie di studio. Abbiamo tentato di delineare l'eterogeneità del capitale sociale e credo che sia importante approfondire questo concetto con altri approcci e strumenti metodologici.

Alcune reflessioni finali

La teoria del capitale sociale secondo la prospettiva di Robert Putnam può essere utile (anche se è questionabile in diversi punti) per evidenziare certi processi di democratizzazione dei Paesi industrializzati nei quali l'individualismo e il soddisfacimento di alcuni bisogni basici, come l'accesso a certi servizi, favoriscono lo stabilirsi di un tipo di relazioni sociali attraverso la formazione di associazioni ed organizzazioni corporative, ma forse ostacolano in modo importante la formazione di un altro tipo di reti sociali molto più estese ed informali, prodotte in contesti culturali e sociali dif-

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 276 02/11/2010, 16.16

ferenti attraverso istituzioni di sostegno sociale di gran peso nelle società latinoamericane, come ad esempio il ruolo della famiglia, del vicinato o del padrinaggio.

Questa teoria ha cercato di spiegare le disuguaglianze osservate nella produzione, nello sviluppo e nel modo di risolvere i principali problemi di salute/malattia in queste società. Nonostante ciò, dal nostro punto di vista, la metodologia di studio del capitale sociale dovrebbe includere aspetti che possano evidenziare maggiormente le qualità delle relazioni sociali e non solo quantificarle attraverso indicatori statistici. Le disuguaglianze nell'ambito della salute non si riducono né si spiegano unicamente rilevando la presenza, la quantità o l'intensità del capitale sociale. Consideriamo che la prospettiva strutturale/relazionale dalla quale partiamo consente di capire la complessità dei processi economici, socio-culturali, ideologici e politici che sovrastano dinamicamente le forme di ammalare e guarire nelle società.

Sebbene esista un crecente utilizzo della teoria del capitale sociale nella ricerca epidemiologica e socio-sanitaria e nella progettazione di politiche pubbliche applicate alla salute, ci potremmo chiedere quale sia il suo impatto nella ricerca di soluzioni e nella definizione di obiettivi, nell'assegnazione delle risorse e nell'attribuzione delle responsabilità. È risaputo che coloro che pianificano gli interventi nell'ambito della salute preferiscono coefficienti ed indicatori che consentano di quantificare i loro progetti e programmi in termini di produttività o costo/beneficio, anche se questi dati non sono forse sufficienti per spiegare i meccanismi attraverso i quali si genera e si rafforza il capitale sociale nei processi di salute/malattia/cura.

Note

(1) R.D. Putnam (2003: 31) fa riferimento ad una serie di lavori che hanno utilizzato la categoria di capitale sociale, come ad esempio: Hanifan L.J. (1916), *The rural school community center*, "Annals of the American Academy of Political Social Science", n. 67, pp. 130-138; Seeley John R. - Sim Alexander R. - Loosley Elizabeth (1956), *Crestwood Heights: A study of the culture of suburban life*, Basic Books, New York; Jacobs Jane (1961), *The death and life of great American cities*, Random House, New York; Loury Glenn (1977), *A dynamic theory of racial income differences*, pp. 153-188, in Wallace P.A. - LeMund A. (curatori), *Women, minorities and employment discrimination*, Lexington Books, Lexington (Massachusetts); Bourdieu Pierre (1983), *The forms of capital*, pp. 241-258, in Richardson John (curatore), *Handbook of theory and research for the Sociology of education*, Greenwood Press, New York, 1983; Coleman James, *Social Capital in the creation of human capital*, "American Journal of Sociology", n. 94, 1988, pp. 95-120.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 277 02/11/2010, 16.16

(2) La questione dell'isolamento sociale come elemento scatenante o risultante nel caso dei disturbi mentali conta su una lunga tradizione in ambito sociologico, iniziata nella metà del XX secolo, con gli studi prodotti dalla Scuola di Chicago (vedere: Bastide R. 1986).

(3) Ai fini del nostro studio consideriamo che la traiettoria di diagnosi e cura o corsa terapeutica si riferisce alla sequenza di decisioni e strategie che sono messe in atto dai soggetti per far fronte ad un episodio concreto di sofferenza, in cui partecipano diversi attori sociali, oltre al malato e al terapeuta. Questa può essere strutturata in una serie di fasi, in ognuna delle quali troviamo una risorsa di diagnosi e cura che può essere utilizzata in modo sequenziale o parallela e incluso lo stesso terapeuta e la madre può partecipare più volte a una stessa corsa terapeutica (Osorio R.M. 2001: 39).

[*traduzione dallo spagnolo di Lorenzo Mariani*]

Bibliografia

Aguilar Rivera J. A. (2004), *Cultura política y capital social en México: una interpretación crítica*, Cide, México.

Altschuler Andrea - Somkin Carol P. - Adler Nancy (2004), *Local services and amenities, neighbourhood social capital, and health*, "Social Science and Medicine", vol. 59, n. 6, 2004, pp. 1219-1229.

Bastide R. (1986 [1965]), *Sociología de las enfermedades mentales*, Siglo XXI, México, 1986 [ediz. orig.: *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1965].

Bourdieu Pierre (2001), *Poder, derecho y clases sociales*, Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao.

Bourdieu Pierre (1988 [1979]), *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, Taurus, Madrid [ediz. orig.: *La distinction: critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, Paris, 1979].

Bourdieu Pierre (1991 [1980]), *El sentido práctico*, Taurus, Madrid [ediz. orig.: *Le Sens pratique*, Éditions de Minuit, Paris, 1980].

Carlson Per (2004), *The European health divide: a matter of financial or social capital?*, "Social Science and Medicine", vol. 59, n. 9, 2004, pp. 1985-1992.

Forbes Angus - Wainwright Steven (2001), *On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique*, "Social Science and Medicine", vol. 53, n. 6, 2001, pp. 801-816.

Harpham Trudy - Grant Emma - Rodríguez Carlos (2004), *Mental health and social capital in Cali, Colombia*, "Social Science and Medicine", vol. 58, n. 11, 2004, pp. 2267-2277.

Henderson Gail (1998), *The influence of social factors on health and illness*, pp. 100-108, in Henderson Gail - King N.M.P. - Strauss R.P. (curatori), *The social medicine reader*, Duke University Press, Durham, 1998.

Kawachi I. - Skrabski A. - Kopp M. (1999), *Social capital in a changing society: cross sectional associations middle-aged female and male mortality rates*, "Journal of Epidemiology and Community Health", vol. 57, n. 2, 1999, pp. 114-119.

Lindstrom Martin (2005), *Ethnic differences in social participation and social capital in Malmö, Sweden: a population-based study*, "Social Science and Medicine", vol. 60, n. 7, 2005, pp. 1527-1546.

Lomnitz Larissa A. (1978), *Survival and reciprocity: the case of urban marginality in Mexico*, in Laughlin Ch. - Brady I. (curatori), *Extinction and survival in human populations*, Columbia University, New York.

McCulloch Andrew (2003), *An examination of social capital and social disorganisation in neighbourhoods in the British household panel study*, "Social Science and Medicine", vol. 56, n. 7, 2003, pp. 1425-1438.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 278 02/11/2010, 16.16

MENÉNDEZ Eduardo L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 254 pp. (Cuadernos de la Casa Chata, 179), in particolare: cap. 7. *Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes*, pp. 165-203.

MENÉNDEZ Eduardo L. (2003), *La parte negada de la cultura*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

MOHAN John - TWIGG Liz - BARNARD Steve - JONES Kelvyn (2005), *Social capital, geography and health: a small-area analysis for England*, "Social Science and Medicine", vol. 60, n. 6, 2005, pp. 1267-1283.

OSORIO C. Rosa María (1993), *Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno en la carrera curativa*, pp. 294-309, in MERCADO F.J. *et al*, *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara - El Colegio de Sonora - Instituto Nacional de Salud Publica (INSP), México, 1993.

OSORIO C. Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) - Instituto Nacional Indigenista (INI), México.

OSORIO C. Rosa María (2004), *Cambio y continuidad en los saberes reproductivos femeninos*, México (edizione mimeografica).

PUTNAM Robert D. (con Leonardi Robert - Nanetti Raffaella Y.) ([1993] 2000), *Per fer que la democrácia funcioni. La importáncia del capital social*, Ediciones Proa, Barcelona [ediz. orig.: *Making democracy work*: *civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press, Princeton, 1993 / ediz. italiana: *La tradizione civica nelle regioni italiane*, A. Mondadori, Milano, 1993].

PUTNAM Robert D. (2001 [2000]), *Solo en la bolera. Colapso y resurgimiento de la comunidad norteamericana*, Galaxia Gutenberg, Barcelona, 2001 [ediz. orig.: *Bowling alone: the collapse and revival of American community*, Simon & Schuster, New York, 2000].

PUTNAM Robert D. (curatore) (2003), *El declive del capital social. Un estudio internacional sobre las sociedades y el sentido comunitario*, Galaxia Gutenberg (Círculo de Lectores), Barcelona.

VEENSTRA Gerry - LUGINAAH Isaac - WAKEFIELD Sarah - BIRCH Stephen - EYLES John - ELLIOT Susan (2004), *Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health*, "Social Science and Medicine", vol. 60, n. 12, 2004, pp. 2799-2818.

Scheda sull'Autore

Rosa María Osorio Carranza è nata a Città del Messico il 21 marzo 1961. Ha compiuto gli studi di *Licenciatura* in Antropologia fisica (1984) e il Master in Antropologia sociale (1994) nella Escuela nacional de antropología a Città del Messico. Ha conseguito il Master in Antropologia della medicina (1996) e il dottorato in Antropologia sociale e culturale (1998) nella Universidad Rovira i Virgili, a Tarragona, Spagna. Ha svolto ricerche presso l'Instituto de investigaciones sociales della Universidad nacional autónoma de México (UNAM) (1983-1984), l'Instituto nacional de la nutrición "Salvador Zurbirán" (1984-1985) e dal 1987 ad oggi è profesora-investigadora titular nel Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) (D.F.), nell'area dell'antropologia medica.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 279 02/11/2010, 16.16

Le sue ricerche sono state rivolte alla cura medica materna nell'ambito della medicina domestica, alla costruzione socio-culturale delle infermità allopatiche e popolari, alle relazioni tra i diversi modelli medici, oltreché a varie tematiche concernenti la salute di genere e riproduttiva. Ha anche partecipato come docente in alcuni programmi post-laurea di università messicane e di altri Paesi.

È autrice di *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Instituto Nacional Indigenista (INI) - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA) - Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), México, 2001 (Biblioteca de la medicina tradicional mexicana) / *La estructura de autoatención y la cultura médica popular. Un análisis de los saberes maternos y las relaciones de hegemonía y subalternidad*, in *Actas del Congreso de antropología*, Instituto Catalán de Antropología, Barcelona, 2002 / *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, pp. 264-275, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore) *El empacho en la medicina tradicional mexicana. Antología (Siglos XVI-XX)*, Instituto Nacional Indigenista (INI), México, 2000 (Biblioteca de la medicina tradicional mexicana) / *Antropología médica y Antropología del género: convergencias posibles y necesarias*, "Ankulegi. Revista de antropología social", numero tematico: *Antropología feminista. Desafíos teóricos y metodológicos*, 1999 (Instituto Vasco de la Mujer, Donostia, País Vasco) / *La cultura médica materna en la atención de la salud materno-infantil*, pp. 45-54, in PÉREZ-GIL S. - RAMÍREZ J.C. - RAVELO P. (curatori) *Género y salud femenina: experiencias de investigación en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara - Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), México, 1995 /*Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno en la carrera curativa*, pp. 294-309, in MERCADO F.J. *et al.*, *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara - El Colegio de Sonora - Instituto Nacional de Salud Publica (INSP), México, 1993 /*Usos, funciones y consecuencias de la alcoholización. El alcohol como instrumento de las relaciones familiares*, pp. 21- 41, in MENÉNDEZ E.L. (curatore) *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del "alcoholismo" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 1992 / *Evaluación antropológica de un programa integrado de nutrición y atención primaria*, pp. 199-213, in MENÉNDEZ E.L. - GARCÍA DE ALBA J. (curatori) *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre Antropología médica en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara, México, 1990 / recensione del volume di MENÉNDEZ E. - R. DI PARDO - LERÍN S. - RAVELO P., *Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización latinoamericana*, "Papeles de la Casa Chata" (México), anno V, n. 7, 1990, pp. 53-55.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 280 02/11/2010, 16.16

Riassunto

Partecipazione sociale e salute in una comunità messicana. Un approccio qualitativo al capitale sociale

Obbiettivo di questo articolo è discutere criticamente alcuni approcci sviluppati in quest'ultimo decennio dalla sociologia nordamericana – in particolare i contributi di R. D. Putnam – a proposito della teoria del capitale sociale e dei suoi rapporti con la problematica della salute. Da questa prospettiva certe forme di capitale sociale condizionerebbero in modo determinante situazioni come lo stile di vita, il tasso di mortalità, i fattori di morbosità, la speranza di vita delle popolazioni. Questo orientamento teorico ha improntato parte delle politiche pubbliche promosse dagli organismi finanziari internazionali i cui obbiettivi sono stati appunto diretti a ridurre la povertà attraverso la produzione di capitale sociale.

Si propone qui di reimpostare l'analisi del capitale sociale mediante una metodologia qualitativa, al fine di riflettere sulle eterogenee forme che assume il capitale sociale nell'ambito di società in via di sviluppo come quella messicana. Ciò che ci sembra importante è evidenziare la funzione delle reti sociali di appoggio e le forme in cui si organizza la partecipazione comunitaria – come elementi costitutivi del capitale sociale – sulla base di quanto risulta da una indagine etnografica condotta in un'area suburbana prossima a Città del Messico. Si prendono in considerazione le forme di capitale sociale che intervengono a livello di comunità e di gruppo familiare nei processi di salute/malattia/cura, mettendo in luce che il capitale sociale è solo uno dei vari fattori che entrano in gioco nel condizionamento di tali processi.

Résumé

Participation sociale et santé dans une communauté mexicaine. Une approche qualitative au capital social

Cet article a pour objectif discuter critiquement certains des approches développées dans la dernière décennie par la sociologie nord-américaine – en particulier les apports de R.D. Putnam – sur la théorie du capital social et son influence sur les problèmes de santé. Depuis cette perspective, la possession des certaines formes de capitale social conditionneraient d'une manière causale des aspects comme le style de vie, les taxes de mortalité, les causes de morbidité ou le niveau d'espérance de vie des populations. Cette orientation théorique a moulé une partie des politiques publiques propulsées par les organismes financiers internationaux dont les objectifs centraux sont dirigés au diminution de la pauvreté à travers de la production de capitale social.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 281 02/11/2010, 16.16

On propose de récupérer l'analyse du capital social à travers d'une méthodologie qualitative, pour réfléchir aux formes hétérogènes que ce capital acquiert dans des sociétés dans les sociétés en voie de développement comme la mexicaine. L'intéresse est montrer le papier des réseaux sociaux d'appui et les formes de participation communautaire – comme éléments constitutifs du capital social –, lesquelles ont été résultat d'une investigation ethnographique développée dans une localité suburbaine proche de la ville du Mexique. On mentionne les formes de capital social qui se mettent en scène à un niveau communautaire et du groupe familier sur les processus de santé/maladie/soins en remarquant que ce capital est seulement l'un plus de les aspects qui conditionnent ces processus.

Resumen

Participación social y salud en una comunidad mexicana. Una aproximación cualitativa al capital social

Este articulo tiene como objetivo discutir críticamente algunos de los planteamientos desarrollados en la última década por la sociología norteamericana – en particular los aportes de R.D. Putnam – respecto a la teoría del capital social y su vinculación con la problemática de salud. Desde esta perspectiva, la posesión de ciertas formas de capital social condicionaría de manera causal en aspectos tales como el estilo de vida, las tasas de mortalidad, las causas de morbilidad o el nivel de esperanza de vida de las poblaciones. Esta orientación teórica ha moldeado parte de las políticas públicas impulsadas por los organismos de financiamiento internacional cuyos objetivos centrales se enfocan a la reducción de la pobreza a través de la producción de capital social.

Se propone recuperar el análisis del capital social a través de una metodología cualitativa, con el fin de reflexionar sobre las formas heterogéneas que adquiere dicho capital en sociedades en vías de desarrollo como la mexicana. El interés es mostrar el papel de las redes sociales de apoyo y las formas en que se organiza la participación comunitaria – como elementos constitutivos del capital social –, que han sido resultado de una investigación etnográfica desarrollada en una localidad suburbana cercana a la ciudad de México. Se mencionan las formas de capital social que se ponen en escena a nivel comunitario y del grupo familiar en los procesos de salud/enfermedad/atención, señalando que dicho capital es sólo uno más de los aspectos que condicionan dichos procesos

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 282 02/11/2010, 16.16

Abstract

Social participation and health in a Mexican community. A qualitative approach to social capital

The objective of this paper is to critically discuss the theory of social capital, as it has been developed in North American sociology particularly the contributions -particularly the contributions of R.D. Putnam - in the last decade, and examine its influence on questions of health. From the perspective of the social capital thesis, it is argued that the possession of certain forms of social capital can determine, in a causal fashion, indicators such as lifestyle, rates of mortality, causes of morbidity, or life expectancy levels in populations. This theoretical orientation has shaped many public policies, bolstered in part by international financial organizations, whose primary objectives focus on the reduction of poverty through the production of social capital.

This paper attempts to analyze the social capital thesis through the application of a qualitative methodology, in order to critically reflect on the heterogeneous forms that social capital manifests itself in developing countries, such as Mexico. Drawing on ethnographic research in a suburban location close to Mexico City, the paper outlines the role of social networks of support and the ways in which community participation is organized, as constitutive elements of social capital. More specifically, this paper emphasizes forms of social capital that are evident at the community level and in familial groups, especially with respect to process of health/illness/health-care. In doing so, the paper demonstrates that social capital is only one of many aspects that have an influence in this process.

11-(Ricerche) Osorio Carranza.pmd 283 02/11/2010, 16.16

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 285-322

Note per un'epistemologia politica della medicina tradizionale nel Sud del Camerun

Roberto Beneduce

professore associato di Antropologia culturale nella Università degli studi di Torino
[roberto.beneduce@unito.it]

1. Ciò che, in mancanza di meglio, chiamo "medicina tradizionale bulu"

L'incontro con i guaritori che operano nel Sud del Camerun [(1)], in un'area grosso modo coincidente con quella denominata "bulu", mi ha offerto non pochi elementi per una riflessione critica sulla nozione di "medicina tradizionale", la cui definizione è diventata nel corso degli anni via via più controversa. L'assenza di un soddisfacente grado di coerenza e stabilità nelle classificazioni nosologiche, l'elevato grado di soggettività rinvenibile nell'esecuzione dei rituali terapeutici o nella trasmissione dei saperi, le differenti versioni che uno stesso guaritore – intervistato in tempi diversi – poteva dare di un particolare rituale, l'influenza crescente dei discorsi profetici ispirati al cristianesimo e alle sue molteplici interpretazioni locali ("chiese africane indipendenti"), hanno costituito alcuni dei motivi che hanno indotto una maggiore cautela nell'uso del termine 'sistema medico tradizionale', almeno nella sua accezione ideale di insieme omogeneo e "stabile" di conoscenze, pratiche e interpretazioni. I *sistemi locali di cura* costituiscono infatti campi di sapere e d'azione di cui oggi riconosciamo la permeabilità a influssi di origine storica e culturale eterogenea, ciò che ha imposto un profondo ripensamento della nozione stessa di "coerenza" (Crick M. 1982), o meglio: un diverso orizzonte al cui interno cercare e definire quest'ultima (Sindzingre propone ad esempio di riconoscere tre diversi livelli di coerenza all'interno del sistema terapeutico senufo: Sindzingre N. 1986: 95 e ss.). Se il termine "sistema" conserva un valore in questo orizzonte di studi, è allora solo quando con esso si indica un dispositivo di rappresentazioni, di conoscenze e di tecniche articolato e fluido qual è una lingua. Quanto ai protagonisti della medicina tradizionale, i guaritori, essi si mostrano spesso impegnati in prima persona nella ricerca incessante di nuove metafore e di più efficaci linguaggi o strategie di cura:

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 285 02/11/2010, 16.17

una ricerca il cui senso di ibridazione e creolizzazione deve essere analizzato in dettaglio.

Al di là della necessità di rispondere alle sfide di una crescente competizione, come si ripeterà più innanzi, questa ricerca indica infatti anche il tentativo di dare risposta a problemi e dinamiche emergenti: quelli della sofferenza e delle malattie provocati dalle recenti epidemie (l'AIDS, ad esempio), del difficile accesso alle risorse sanitarie, dell'incertezza sociale ed economica, delle crescenti disuguaglianze. Questo aspetto, che provvisoriamente definisco nei termini di *un'economia politica del male e della cura*, è rimasto generalmente sullo sfondo di quelle analisi che hanno adottato un approccio prevalentemente *epistemologico* nello studio della logica e dell'efficacia della medicina tradizionale o, alternativamente, *emico*, rimanendo cioè dentro i confini caratteristici delle etnoscienze. Eppure la medicina tradizionale, quale che sia la sua definizione, *parla* ad uno stesso tempo di malattie *e* di povertà, di una mortalità infantile elevata, del dolore delle madri *e* dei profili morali e politici della sofferenza, di peculiari rappresentazioni simboliche della malattia o delle sue cause mistiche *come pure* di violenze quotidiane, conflitti familiari e rapporti sociali assediati dall'inquietudine e dal sospetto: come è stato possibile che tanti lavori abbiano evitato di trattare questi profili o gli abbiano concesso solo scarso rilievo, lasciandosi attrarre soprattutto dalla costruzione di sofisticati modelli interpretativi di questo o quel rituale terapeutico? Nasce quasi il sospetto che in molti casi il silenzio del ricercatore abbia rappresentato un vero e proprio meccanismo di difesa (DEVEREUX G. 1984) al cospetto di drammi e conflitti: gli stessi sui quali l'antropologia ha spesso preferito tacere (SCHEPER-HUGHES N. 1992). Cercherò di sviluppare questa dimensione nelle pagine successive, o quanto meno individuare qualcuno dei possibili sviluppi di una ricerca orientata in questo senso.

La capacità di interrogare e riflettere le fratture e le contraddizioni del presente rende la medicina tradizionale (quella bulu, per quanto concerne queste pagine) un sistema dinamico assai più di quanto le analisi pubblicate nei passati decenni avessero lasciato immaginare. La *storicità* della medicina tradizionale può essere intesa qui in un duplice senso. Essa è storica perché è costituita da un sapere e da un insieme di pratiche che sono ovviamente *prodotti della* storia (di quella locale come di quella globale), caratterizzata da categorie, rappresentazioni e dispositivi generati dalle dinamiche culturali, religiose, politiche ed economiche di uno specifico contesto. La loro esplorazione è fondamentale per comprendere la logica di un sistema di cura, e può anche in questo caso essere utilmente ripreso il concetto di *longue durée*, proposto da Braudel nel 1958 in risposta alle

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 286 02/11/2010, 16.17

sfide metodologiche dello strutturalismo. I vincoli geografici ed economici, i conflitti locali, le influenze di nuovi culti religiosi, gli eventi del colonialismo e dell'evangelizzazione, e molti altri fattori ancora, disegnano il campo di forze che ha contribuito a rimodellare saperi, tecniche terapeutiche, metafore della salute o della malattia. Costituisce un campo decisivo per lo studioso della "medicina tradizionale", ad esempio, indagare il ruolo che hanno esercitato – nelle trasformazioni simboliche, lessicali o tecniche dei saperi medici locali – i modelli medici e igienico-sanitari veicolati dalle missioni, i differenti stili di cura e i concetti di salute che caratterizzavano i discorsi delle chiese missionarie (anglicana, luterana, presbiteriana, ecc.) e dei vari ordini religiosi (Padri bianchi, Spiritani, ecc.) insediatisi fra la fine dell'ottocento e i primi decenni del novecento in Camerun, e il ruolo non meno significativo delle culture mediche popolari dei paesi da cui provenivano i singoli missionari, in un'epoca nella quale il grado di uniformità del sapere medico occidentale non era comparabile a quello della medicina convenzionale contemporanea. La medicina tradizionale è *storica* però anche nel senso che mostra una particolare capacità di *interpellare* la storia e la cultura, le contraddizioni del presente e i contrasti che percorrono l'immaginario sociale e le sue istituzioni. Più in generale, e prendendo a prestito un'espressione di Balandier, si può dire che la medicina tradizionale è una "formazione" che rivela "con particolare nettezza la coniugazione delle determinanti interne ed esterne, della dinamica del di dentro e del di fuori" (Balandier G. 1975: 362). L'arrivo dei missionari e dei coloni fu l'inizio di un confronto culturale, di un dominio dalle espressioni controverse, così come l'inizio di singolari *forme di resistenza*: difficili da cogliere guardando alla sola dimensione dell'efficacia *politica*, come ha provato a fare Olivier de Sardan in merito ai culti di possessione in Niger, e pur tuttavia pienamente comprensibili solo all'interno di una prospettiva che restituisca a comportamenti, stili di pensiero e attitudini, o all'emergere di nuove rappresentazioni e pratiche (rappresentazioni e pratiche *di compromesso*, per così dire), il significato di "tattiche" nel senso che a dato a questo termine de Certeau. Si produssero metamorfosi di significato e di valore in campi diversi: nei culti di possessione e nel rapporto fra uomini e spiriti, nella nozione di persona, nel ruolo dei medium o dei *witch-doctor*, nelle insegne del potere e nel valore dell'autorità tradizionali (Comaroff J. - Comaroff J. 1993, Behrend H. 1999, Beneduce R. 2002, Mamdani M. 2004, Peel J.D.Y. 2003). Anche nel campo delle medicine "tradizionali" ci fu uno scontro violento, e un non meno complesso gioco di proiezioni, traduzioni e malintesi il cui prodotto imprevisto fu spesso la fusione di registri diversi, l'invenzione di nuovi linguaggi e cate-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 287 02/11/2010, 16.17

gorie (non molto diversamente dall'*invenzione* della stregoneria prodotta dall'Inquisizione in Europa, dove i difensori dei raccolti e della fertilità contro l'azione di streghe e stregoni si videro attribuire, in meno di un secolo, i tratti dei loro stessi nemici: GINZBURG C. 2002).

In particolare, l'assunzione nel lessico dei guaritori e dei profeti bulu di metafore derivanti dal vocabolario dei missionari cattolici e protestanti per parlare del potere della cura o delle cause del male, deve essere assunta come una ragione forte per guardare alla "medicina tradizionale bulu" *anche* come al prodotto di una co-costruzione, di una sintesi complessa e originale, dove l'incontro, l'interazione e la reciproca "alterazione" fra ideologie e saperi del corpo, della malattia e della cura, contribuì in modo determinante a produrre l'universo di pratiche e di conoscenze quale oggi si offre allo sguardo del ricercatore. In questo processo, la sostituzione (o il mescolamento) di oggetti e simboli cristiani (la croce, la Bibbia, l'"acqua santa", ecc.) a quelli del tradizionale mondo dei guaritori (i feticci, il cranio del gorilla, la "liana-serpente", ecc.) accompagnò la parallela conversione religiosa al cristianesimo: ma quest'ultima ebbe successo solo a condizione di piegarsi, a sua volta e in una misura non marginale, ai *vincoli dell'immaginario locale*. Gli esempi di questa mutua trasformazione sono, nel contesto della nostra ricerca, innumerevoli, e le chiese della guarigione, quanto le cliniche dei guaritori, ne rappresentano testimonianze esemplari. Heike Behrend (BEHREND H. 2003) ha suggerito recentemente un'analoga interpretazione per ciò che concerne l'uso di foto *magiche* (aventi il ruolo di rimedi o di sortilegi) nelle chiese cristiane in Africa orientale: dove le foto sarebbero equivalenti all'eucaristia o alle reliquie della chiesa cattolica, in un gioco di proiezioni reciproche al cui interno i discorsi degli evangelizzatori sui "feticci" riemergono oggi nell'analisi storica in una prospettiva rovesciata (quelle reliquie e la stessa eucaristia erano state approssimate, nelle critiche di taluni missionari protestanti, a feticci allo scopo di criticare le espressioni contaminate e degradate della fede cattolica). Tale motivo basta da solo a spiegare perché la pretesa di individuare tratti assolutamente *autentici* è condannata spesso ad essere confutata, così come nessuna pretesa di generalizzazione è possibile relativamente alla medicina tradizionale.

La dialettica fra tradizione e innovazione nei sistemi di cura locali, a mano a mano che si è prestata maggiore attenzione alle loro dinamiche e alle loro trasformazioni, si è andata dunque caratterizzando come un'area di ricerca decisiva: sapientemente governata dai guaritori [(2)] e dall'ampio corteo di "operatori della cura" alle prese con una domanda di aiuto e di salute essa stessa multiforme, quella dialettica obbliga ad abbandonare ogni

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 288 02/11/2010, 16.17

pretesa dicotomia fra "moderno" e "tradizionale" e a considerare il gioco delle rotture e delle continuità in una prospettiva che permetta di riconoscere la posta in gioco di mutamenti, "permutazioni" (SAHLINS M. 1999) o camuffamenti.

Il cosiddetto "sincretismo" magico-religioso degli operatori terapeutici, concetto utilizzato oggi con legittima diffidenza o considerato semplicemente desueto, rivela d'altronde, ad un esame ravvicinato, non tanto la semplice *combinazione* di saperi, pratiche o atti rituali di natura differente, quanto un articolato lavoro simbolico: una vera e propria "alchimia ideologica" che *seleziona* materiali e tesse nuovi legami fra immaginari della malattia, della cura e del benessere, affermando talvolta il suo superiore potere a partire dalla rinuncia, solo in apparenza paradossale, a quelle che sono considerate le sorgenti tradizionali di autorità (il possesso dei "feticci", il sapere sulle proprietà farmacologiche delle piante della foresta, ecc.) (3).

L'abile fusione di elementi tratti da tradizioni mediche autoctone e dalla medicina scientifica, o dall'universo delle religioni monoteistiche (al cui interno 'salvezza' e 'guarigione', 'colpa' e 'malattia' parlano spesso una comune lingua), mostra che in molte aree dell'Africa sub-sahariana i guaritori, comunque s'intenda questo termine, sono stati particolarmente attivi nell'interrogare gli effetti spesso disorientanti della modernizzazione e dei crescenti conflitti sociali, sebbene ciò sia stato realizzato attraverso il ricorso ad un linguaggio e ad interpretazioni che non avevano che in pochi casi (il discorso dei profeti *à la* Atcho, ad esempio) una evidente dimensione politica. Essi si sono rivelati inoltre attenti nello scrutare la proliferazione del religioso e nell'utilizzarne i riferimenti retorici, e capaci in qualche caso di *contenere* la crisi dei legami familiari e sociali, come già fecero nel corso della colonizzazione e dell'evangelizzazione. Bisogna concludere allora per l'assenza di una *struttura* del sapere medico tradizionale, per la mancanza di una *tradizione* coerentemente fondata nelle conoscenze locali e facilmente identificabile nelle pratiche di cui guaritori ed erboristi si fanno custodi? Forse può essere utile provare a riformulare il problema.

Se l'anatomia di queste "formazioni" consente di accrescere l'intelligibilità storica delle loro pratiche, essa non ne cancella le zone di opacità, né risponde ai molti interrogativi sul grado della loro efficacia, e tanto meno ne lascia prevedere il futuro. Il lessico e le icone che scandiscono oggi le procedure terapeutiche realizzate negli "ambulatori" dei terapeuti tradizionali rivelano anzi per intero quanto articolata (o *barocca*) ed imprevista possa diventare questa "logica delle composizioni"; essi mostrano inoltre un ulteriore profilo, sul quale ho finito con il concentrare sempre più spesso

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 289 02/11/2010, 16.17

la mia attenzione: al di là della complessa articolazione interna di questi sistemi di conoscenza, mutamenti, appropriazioni e sintesi originali riflettono anche la profonda incertezza identitaria che investe i guaritori stessi. Uno degli indici di questa incertezza è costituito dal mutevole gioco delle denominazioni e dalla lotta fra discorsi che si contendono l'indefinito campo della salute e della guarigione.

Definirsi "tradithérapeute", *nganga*ŋ, erborista, "maître", "magicien" o "guérisseur" – mi riferisco qui a denominazioni ricorrenti in Camerun – non è privo di conseguenze. Ciò ha indotto molti autori a privilegiare le definizioni in lingua locale (*nganga*ŋ, ad esempio), ma questa opzione non risolve tutti i problemi e non è di per sé in grado di mettere ordine nell'incerto orizzonte della formazione dei guaritori e della costruzione del loro sapere. Le strategie terapeutico-rituali, nell'area della mia ricerca come altrove, s'incarnano del resto in figure che rinviano ad aree di conoscenza spesso distinte, non necessariamente connesse a tradizioni terapeutiche locali. Solo con molta disinvoltura queste figure, le loro strategie, potrebbero essere ricondotte ad una *comune regione epistemologica*, ad uno stessa ideologia della malattia.

Ogni tentativo di classificazione incontra dunque non pochi ostacoli nell'intreccio incessante e instabile di semantiche e categorie appartenenti a differenti ideologie della malattia, a diversi ordini classificatori. Non è raro assistere ad esempio a singolari scambi e sovrapposizioni, soprattutto nelle aree urbane, e a strategie di "rinnovo" del proprio repertorio terapeutico per mezzo di riferimenti a tradizioni mediche o ad aree di significato eteroclite (DE ROSNY E. 1992, POOL P. 1994, SCHIRRIPA P. 2006). La professionalizzazione della medicina tradizionale, avviata dal riconoscimento del suo possibile ruolo all'interno del sistema di *primary health care* negli anni '70, ha partecipato da parte sua al prodursi di effetti spesso grotteschi, connessi alla controversa *burocratizzazione* delle sue pratiche e, se così si può dire, dei suoi discorsi. Il processo di burocratizzazione, inteso come via weberiana verso la razionalità (MAC CORMACK C.P. 1992), ha rappresentato in molti casi la sola espressione compiuta della modernità nel contesto africano: un aspetto questo scarsamente considerato dal dibattito, in molti casi estenuato, intorno al tema della "professionalizzazione". In alcuni casi la professionalizzazione ha risposto alla dura necessità di disporre, da parte dei medici, di risorse addizionali a fronte della penuria di farmaci o di operatori, in un orizzonte che vedeva una penosa involuzione dei famosi villaggi terapeutici per pazienti affetti da disturbi mentali (si veda, al riguardo del Benin, TALL E.K. 1992). L'incontro con una guaritrice presidente della locale associazione di tradithérapeutes mi ha permesso di

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 290 02/11/2010, 16.17

osservare nell'area di Sangmélima (sud Camerun) espressioni esemplari di queste contraddizioni e di queste metamorfosi (BENEDUCE R., *in corso di stampa*).

L'ingresso di logiche e modelli provenienti dalla bio-medicina o da altri ambiti nel dispositivo interpretativo e terapeutico di non pochi guaritori indica infine l'accresciuto *bisogno di legittimazione* da parte di questi ultimi [4]: un bisogno le cui espressioni sono rese controverse e complesse anche dalla massiccia diffusione delle cosiddette "*églises de la guérison*" o "*du réveil*", che ricoprono con le loro pratiche e i loro culti uno spazio crescente nel composito dominio della malattia, della sventura e della cura.

Al di là dei problemi sociali ed epistemologici ricorrenti nello studio delle medicine tradizionali o nella classificazione dei loro dispositivi rituali, alcune considerazioni possono comunque essere proposte relativamente alle contemporanee strategie di costruzione del sapere medico nel Camerun meridionale, dove valgono in buona parte le osservazioni proposte da Joseph Tonda (TONDA J. 2001) per il Congo-Brazzaville. Anche in Camerun si registra infatti una analoga effervescenza nella produzione di saperi della cura al cui interno sono riconoscibili i seguenti tratti:

a) il frequente ricorso alla "magia della scrittura" (un ricorso che si esprime ad esempio nelle ricorrenti citazioni di documenti scientifici, quali quelli dell'OMS, da parte dei *tradithérapeutes*, e in un più generale "mimetismo medico", tanto nell'esposizione dei principi terapeutici di cui si fa uso quanto nei problemi di salute di cui ci si occupa);

b) l'inscrizione delle proprie pratiche nel registro della modernità, un'inscrizione che è solitamente mediata dall'uso del linguaggio della medicina scientifica: ciò che permette anche di sottolineare, nello stesso tempo, la propria distanza rispetto alla "medicina della tradizione" [5];

c) la *fusione del registro religioso e del registro medico*. Sarebbe soprattutto quest'ultimo profilo a caratterizzare il tratto più originale e significativo dei nuovi profeti descritti da Tonda, il tratto più *moderno* che evidenzia una sfida rivolta tanto al sapere medico (il quale è andato al contrario affermando la propria autonomia e il proprio potere proprio a partire da questa separazione) quanto al discorso religioso. Questo tratto, questa pretesa di un "sapere totale", rivelano la già ricordata ansia identitaria dei suoi protagonisti (dei *tradithérapeutes* in primo luogo, ma anche dei loro pazienti/proseliti/adepti). La ricerca della guarigione o quella del successo sociale e del benessere economico, sembrano sovrapporsi in questo orizzonte senza alcuna soluzione di continuo: nelle parole dei postulanti come negli accalorati discorsi dei profeti delle tante chiese

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 291 02/11/2010, 16.17

locali, la nozione di miracolo può tradursi tanto nella guarigione ritrovata quanto nella magica comparsa di denaro accanto al letto in un momento difficile [6];

d) i ricorrenti riferimenti al "lavoro di Dio" nella spiegazione dell'azione terapeutica dei rimedi adottati e della loro eventuale efficacia, e l'uso della preghiera, che nelle sue espressioni cerimoniali più complesse può accompagnarsi o precedere l'induzione di uno "stato alterato di coscienza;

e) la frequente utilizzazione della *testimonianza* di pazienti guariti miracolosamente dalla proprie malattie;

f) l'uso della *confessione pubblica* come mezzo e come condizione della cura (si veda il testo, riportato più innanzi, per un esempio a questo proposito).

A questi tratti occorre aggiungere naturalmente, per buona parte dei guaritori (dal cui novero escludo qui ora i responsabili delle chiese locali, i cosiddetti "apostoli" e i "nuovi profeti"), l'uso delle piante medicinali: la foresta del Camerun è a questo riguardo un laboratorio sconfinato, dove numerosissime sono le piante alle quali si riconosce un'azione farmacologica. Quando combinati a formare insiemi caratteristici di una certa area geografico-culturale, come nel nostro caso, i tratti prima menzionati, vere e proprie *unità paradigmatiche* (nel senso dato al termine da BARTHES R. 1966), disegnano il complessivo orizzonte della cura e il sistema classificatorio dominante di ciò che, in mancanza di un'espressione migliore, definisco "medicina tradizionale *bulu*", dal nome del gruppo etnico di origine paohuin maggiormente rappresentato nell'area della ricerca [7]. Al di là dell'eterogenea composizione del sapere medico-tradizionale, sono d'altronde gli stessi guaritori dell'area geografica considerata a rivelare un'eterogenea origine etno-linguistica: ciò che impone pertanto prudenza nell'uso di questo appellativo, dal momento che essi appartengono spesso ad altri gruppi etnici del Paese (Bamoun, Ewondo, Fang, Hausa, ecc.).

Una variabile più volte messa in rilievo, relativamente alle difficoltà d'uso dell'attributo 'medico' quando si parla dei sistemi locali di cura, concerne inoltre l'irriducibile dimensione *magico-simbolica, morale* e *sociale* delle medicine tradizionali: una dimensione che è stata messa ripetutamente in luce nei passati decenni dalle ricerche di Augé (AUGÉ M. 1985), Augé ed Herzlich (AUGÉ M. - HERZLICH C. 1986), Zempléni (ZEMPLÉNI A. 1988) fra i molti altri. Tali ricerche non hanno mancato di analizzare in dettaglio anche il ruolo che l'antropologia della malattia e l'antropologia medica possono giocare nell'analisi di queste dimensioni, così come delle differenze

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 292 02/11/2010, 16.17

che contraddistinguono il significato di concetti come malattia, cura, rimedio (BIBEAU G. 1983)[8]. Si tratta di un problema analogo a quello messo in rilievo da Sindzingre (SINDZINGRE N. 1985: 33) quando ricorda, sulla scorta di Needham, come l'analisi antropologica faccia uso di categorie *politetiche* ("religione", "magia", "medicina", "cura", ecc.), che hanno una comune aria di famiglia, ma "mancano di un comune fattore". È anche a partire da alcuni di questi problemi che Pool (POOL P. 1994) ha avviato, a partire dalla sua ricerca nel Camerun occidentale, una riflessione critica sull'approccio recentemente adottato da non pochi studiosi nei confronti dei sistemi medici tradizionali, suddividendo essenzialmente in tre periodi gli atteggiamenti prevalenti in questo ambito di studi.

Un primo periodo sarebbe stato caratterizzato dal riconoscimento di una radicale incommensurabilità fra la bio-medicina da un lato e le medicine africane dall'altro, la cui pratica era dominata dai concetti di stregoneria o di *maraboutage*, da pratiche diagnostiche di tipo divinatorio, da una logica interpretativa connessa alle categorie della trasgressione e della contaminazione nella spiegazione dell'insorgere delle malattie o di altri eventi nefasti. L'eredità di Evans-Pritchard è in questa fase determinante. La nota dicotomia proposta da Foster fra medicine *personalistiche* e medicine *impersonali*, applicata spesso al contesto africano, rappresenta di questa epoca uno dei passaggi più significativi.

Una seconda fase, nella quale (da Horton in avanti) si sarebbe cercato di riconoscere nella medicina tradizionale il suo fondamento empirico e la sua logica razionale (non diversa, quest'ultima, da quella dei sistemi di pensiero occidentali). Questo periodo è caratterizzato dalla crescente valorizzazione delle risorse fitoterapeutiche presenti nelle medicine africane. Sono gli anni della conferenza di Brazzaville, in cui un esercito di ricercatori, incoraggiati da organismi internazionali come l'OMS, propongono strategie di supporto e di promozione della medicina tradizionale[9], ne scoprono il valore nel trattamento dei disturbi mentali, immaginando la possibilità di un'interazione e di uno sviluppo complementare dei due sistemi (da Dakar, in Senegal a Abeokuta, in Nigeria a Bamako o a Bandiagara, in Mali, è tutto un succedersi di ricerche ed esperimenti in questa direzione). Autori come Bibeau e Yoder, nel prendere distanza da un uso spensierato di termini e concetti utilizzati senza aver prima misurato quanto in quei contesti fosse diverso il loro significato da quello ad essi attribuiti dalla bio-medicina, criticano la persistente influenza di Rivers e di Evans-Pritchard sugli studi medico-antropologici. A loro giudizio, l'attenzione accordata alla dimensione magico-rituale dell'interpretazione dei disturbi o all'efficacia simbolica della cura, avrebbe

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 293 02/11/2010, 16.17

lasciato sullo sfondo altri e non meno importanti profili (la percezione di malattie 'naturali' dovute al caso, il fatto che i sospetti sul ruolo della stregoneria erano meno frequenti di quanto affermato, le modalità della guarigione mediate in molti casi da specifici meccanismi fisiologici, ecc.)[10]. L'approccio prevalente in quegli anni avrebbe condotto però secondo Pool a cancellare troppo frettolosamente differenze epistemologiche che erano e rimangono irriducibili, e che la ricerca contemporanea rivela essere tutt'altro che marginali nella struttura di questi saperi.

Questa nuova consapevolezza ha aperto una terza fase, più cauta, che non vuole – come prezzo per valorizzare la medicina tradizionale e promuovere ricerche sull'efficacia delle sue pratiche – trasformarla in una "piccola medicina". Questa fase intende esplorare la struttura logica dei sistemi locali di cura, le loro strategie e la loro dimensione rituale, morale e politica nell'intreccio e nella complessità che le caratterizza, senza separare dalle conoscenze empiriche quelle dimensioni simboliche che ne costituiscono un aspetto centrale (separazione, per più ragioni, priva di senso). In questo approccio, l'indagine sui saperi medici locali non distingue il profilo *epistemologico* da quello *sociologico* o *storico*, e insieme interroga le più complessive derive dell'immaginario sociale, le sue inquietudini, le sue attese: le dinamiche, dunque, che fanno da sfondo ai saperi medici e nutrono le pratiche di cura.

La medicina tradizionale bulu è un specchio esemplare di queste dinamiche e di questi interrogativi: al cospetto del male e della malattia prendono rilievo e si esacerbano conflitti, dubbi, preoccupazioni e, primo fra tutti, il sospetto di stregoneria. La sventura, la malattia e gli insuccessi non sarebbero in definitiva che le ferite, le cicatrici lasciate sui corpi, nella vita del giorno, dai colpi inferti durante le battaglie mistiche della notte (questa le bella immagine proposta da Augé in riferimento alla Costa d'Avorio). La società bulu si presenta nell'insieme come una società avvelenata: dal sospetto che altri possano nuocere alla fecondità di questa o quella donna, dall'idea che il successo economico del vicino non è che la prova di un potere ottenuto con mezzi magici tra i cui effetti la miseria degli altri è quasi inevitabile, dalla convinzione che questa o quella morte sia la conseguenza di un atto di sortilegio. Sotto questo aspetto la società bulu non è molto differente da altre società del Camerun (Geschiere P. 1995, de Rosny E. 1981, Ardener E. 1970, Mallart Guimera L. 1981), e anche per la stregoneria bulu potrebbe indubbiamente valere l'analisi proposta a proposito dei Bakweri da Edwin Ardener, sia relativamente alle connessioni fra trasformazioni economiche e credenze nella stregoneria, sia per ciò che ri-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 294 02/11/2010, 16.17

guarda le analogie fra i contenuti della stregoneria bakweri e le credenze europee su streghe e vampiri.

L'etnopsichiatria della scuola di Dakar ci ha reso familiari con la diffusione del meccanismo di difesa proiettivo-persecutorio nelle società africane: meccanismo che spiegherebbe anche la scarsa prevalenza di vissuti e sintomi depressivi, la rarità del senso di colpa e del delirio di rovina. Di questa attitudine, sprovvista di caratteristiche patologiche perché culturalmente sancita e dunque *dotata di valore normativo*, secondo quanto ricordano Marie-Cécile e Edmond Ortigues (ORTIGUES M.-C. - ORTIGUES E. 1966) e Zempléni (ZEMPLÉNI A. 1988), occorre però cominciare a dire qualcosa d'altro, indagarne i profili più oscuri, i lati meno per dir così meno visibili. Mi sembra necessario, ad esempio, dire di come essa partecipi a un immaginario di violenza e di sospetto generalizzato, un immaginario che lacera i rapporti familiari e corrode i legami sociali, rivelando per intero il riflesso obliquo di rapporti sociali scanditi dalla logica della sopraffazione, della gelosia e della violenza. Del resto, se è nell'altro, nei suoi atti che vanno cercate le ragioni della mia sofferenza e del mio insuccesso, Ego e Alter si trovano di fatto ad occupare posizioni di ostilità, di antagonismo permanente, di cui bisogna chiedersi piuttosto come e se, in un dato contesto, si riesca a venirne a capo. I casi in cui l'esito è di segno opposto, in cui l'Altro (etnico, più spesso, ma anche lo straniero in generale) incorpora in quanto tale il negativo, e le responsabilità dei problemi comuni nel proprio gruppo (la scarsezza delle terre coltivabili, la povertà ecc.), sono d'altronde la regola in molti paesi dell'Africa contemporanea.

Quanto sto affermando intende sottrarre le felici osservazioni di Zempléni o degli Ortigues agli effetti di una vulgata che ha considerato spesso questo meccanismo nella sola accezione di una chirurgia felice e riuscita delle angosce individuali e delle tensioni interpersonali, o unicamente nella sua dimensione preventiva e protettiva (per abbandonare questa illusione, basterebbe d'altronde ascoltare sino in fondo i discorsi di tanti immigrati e le ragioni per le quali tanti giovani preferiscono abbandonare i villaggi). Grazie a una tale chirurgia, fondata ovviamente su un consenso sociale, il guaritore sarebbe in grado di recidere quel legame fra malato e male che costituirebbe all'opposto l'effetto perverso delle attitudini nosografiche e interpretative della psichiatria scientifica, quello stesso effetto che gli psicofarmaci non farebbero che riprodurre, e che costituirebbe uno dei maggiori ostacoli alla risoluzione dei sintomi. Ciò è indubbiamente vero, ma perché una tale osservazione possa conservare il suo valore bisogna collocarla in un contesto etnografico preciso, dal quale non siano state cancellate altre non meno decisive contraddizioni. Occorre introdurre, anche a questo riguardo, una

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 295 02/11/2010, 16.17

prospettiva storica che misuri le produzioni dell'inconscio (sociale e individuale) e le forme dell'immaginario, dunque l'attitudine proiettivo-persecutoria, sullo scenario dell'incontro culturale e dello scontro fra opposti universi religiosi, morali, psicologici, nell'orizzonte cioè dell'evento del colonialismo come di quello delle contemporanee forme del dominio.

In via di ipotesi può essere sostenuto che all'interno di una realtà sociale dove la reciprocità e la coesione esprimevano soprattutto il loro valore "protettivo" e solidaristico (*ancorché non privo di violenza e non meno generatore di ineguaglianze*)[11], il meccanismo proiettivo-persecutorio favoriva la costruzione di una scena della cura in cui il male, pensato come "esterno" all'individuo, poteva essere più facilmente "nominato", combattuto, governato e curato. È questo il paradosso della stregoneria: che sebbene possa essere "responsabile dei peggiori furori, può diventare complice dell'ordine costituito e della pace sociale" (DE ROSNY E. 1981: 392)[12].

Là dove i processi di individuazione partecipano a un orizzonte scandito da crescenti ineguaglianze e da una generalizzata competizione legittimata – anche nelle sue forme più disordinate – dal collasso dello stato post-coloniale e neo-patrimoniale, dall'ideologia dell'impunità e dal leit motiv della *débrouillardise* (da un'arte dell'arrangiarsi, cioè, non sottomessa ad alcuna regola né ad alcun principio; cfr. BENEDUCE R. 2004), quello stesso meccanismo non trova più una risposta equilibrata nel *sapiente uso della malattia e del male* che la collettività o il guaritore possono farne attraverso un'esegesi comunitaria. Esso nomina piuttosto un'*assenza* (quella di sorgenti condivise di potere rituale e di autorità, con la connessa capacità di governare i conflitti), e contribuisce alla riproduzione dell'odio e della diffidenza: l'Altro diventa ad uno stesso tempo l'origine della sventura, ma ciò non lenisce più la sofferenza, non preclude a soluzioni efficaci: piuttosto allude all'impotenza delle vittime, misurata per certi versi dalla proliferazione stessa di *rumeurs* sulle cause di questo o quel problema, di questa o quella malattia.

Il meccanismo proiettivo-persecutorio, in epoca pre-coloniale correlato quasi sistematicamente alla stregoneria (rappresentata a quell'epoca come una componente anatomica e morale della persona: MALLART GUIMERA L. 2003) e al suo controllo, a una nozione con la quale dare un significato alla comune osservazione secondo cui esistono differenze nei destini individuali (FERNANDEZ J.W. 1961: 246), ha conosciuto dunque nel corso degli anni una parziale deriva verso la desocializzazione, il sospetto generalizzato, un'aggressività distruttiva. Al di là di un'analisi rivolta ai mutamenti storici dei contesti nei quali affiora questo o quel meccanismo psichico,

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 296 02/11/2010, 16.17

una prudenza tutta etnografica suggerisce d'altronde di non generalizzare il modello persecutorio alla totalità delle società africane. Già Ruel scriveva, relativamente ad un'altra società del Camerun, che:

> «solo raramente e in circostanze inusuali si accuserà concretamente e deliberatamente una persona di stregoneria malefica. Infatti, quando i Banyang cercano la spiegazione di una disgrazia, la pressione della loro società opera in una direzione opposta: sono le azioni del singolo individuo piuttosto che quelle degli altri che devono essere attentamente esaminate» (RUEL M. 1980: 403).

Un enigma richiede però spiegazione. Come è noto, la crescente diffusione dei profetismi e delle chiese africane, di cui l'Harrismo è stato espressione paradigmatica (PIAULT C. 1975, WALKER S.S. 1980), hanno fatto emergere un poderoso processo di colpevolizzazione individuale per spiegare l'insuccesso e la sfortuna: una contro-tendenza, se così si può dire, nei confronti dell'interpretazione fondata sulla stregoneria. Controverse espressioni di questo processo sono state descritte nel movimento dell'*Holy Spirit Movement*, nel Nord Uganda, da Heike Behrend (BEHREND H. 1999: 49). L'enigma che chiede di essere indagato è dunque il seguente: per quali ragioni il processo di colpevolizzazione e di individuazione – di "monadizzazione", secondo Augé (AUGÉ M. 1975) – che l'accompagnava, non ha contribuito ad un indebolimento, o ad un'erosione, del meccanismo persecutorio-proiettivo caratteristico della stregoneria? Quest'ultimo, come rivela esemplarmente il caso del Camerun, sembra anzi essere ancora più radicato e diffuso nell'immaginario sociale di quanto lo fosse un tempo (anche Behrend ricorda questi sviluppi in un certo senso inattesi indagando le trasformazioni nella società acholi e nella cultura luo, in Uganda e rispettivamente in Kenia).

L'interesse di una prospettiva teorica che esamini le particolari ideologie del male, della malattia o della cura all'interno di un quadro sociale particolarmente degradato, impone infine ancora un passaggio: che non si rinunci cioè a scrutare da vicino i protagonisti di itinerari terapeutici complessi quanto drammatici, che si ascoltino per intero le loro ansie e i loro silenzi, quelli dei pazienti come quelli dei guaritori. Troppo spesso le descrizioni dei sistemi di cura tradizionali, anche quando particolarmente accurate, hanno trascurato queste dimensioni e messo da parte le voci, le inquietudini e i dubbi degli stessi guaritori, le faglie del loro sapere. Quella che appare talvolta come una vera e propria cacofonia di voci intorno alla malattia e alla guarigione, pur nella sua confusione e nella sua opacità, mi sembra offrire infatti elementi significativi per comprendere la logica, l'esperienza e il senso di entrambe. Sono d'altronde questi profili, queste

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 297 02/11/2010, 16.17

zone di opacità, che meglio possono mostrare ciò che, da parte loro, il sapere della cura e i rituali terapeutici spesso contribuiscono a dissimulare: l'inconscio sociale. L'analisi ravvicinata delle vicende individuali rivela in definitiva aspetti fondamentali, primo fra tutti il lavoro attraverso il quale gli individui trasformano conoscenze, credenze, rituali (la "cultura", in altri termini) in qualcosa di privato e di decisivo, in azioni e discorsi, e viceversa.

2. Una ricerca "dal basso"

Recentemente Fabian, fra gli autori che più hanno scritto sulla costruzione antropologica dell'alterità e la crisi della rappresentazione etnografica, è tornato a riflettere su un tema vicino a quello da noi evocato. Riferendosi ai cosiddetti "artefatti etnici", cioè agli oggetti che hanno riempito i nostri musei e sono stati spesso presi con la violenza o l'inganno, così scrive:

> «La smaterializzazione (che impone la rimozione di un artefatto dal suo contesto originario e l'astenersi da ogni desiderio di restituirgli la sua materialità), sembrerebbe ciò che rende possibile la de-localizzazione e permette agli artefatti che sono stati prodotti (ed anche utilizzati) localmente di diventare parte di ciò che noi chiamiamo oggi globalizzazione. Che Marx abbia formulato la sua teoria sulla circolazione dei beni, e che i primi antropologi abbiano cominciato a costruire la loro teoria diffusionista della storia del mondo e i musei per ammassare le loro collezioni di oggetti etnici all'incirca nello stesso periodo è affascinante, ma, in fin dei conti, niente affatto sorprendente. La smaterializzazione delle cose materiali costituiva il comune denominatore» (FABIAN J. 2004: 54).

L'antropologia ha dunque oggi come imperativo metodologico quello di evitare (o quantomeno ridurre) il rischio di smaterializzare la cultura dell'altro, e più in generale qualsivoglia "oggetto" essa si volga ad analizzare ed interpretare (canto rituale, gesto, cerimonia funebre, feticcio, maschere, tabù, statue, etc.). Parallelamente a tale imperativo, si impone nella ricerca etnografica l'obbligo di *restituire materialità* ai protagonisti stessi della propria attività, ai suoi interlocutori, secondo l'adagio dell'antropologia dialogica. Faccio mie queste riflessioni riproponendole nell'ambito di una ricerca sulla struttura dei sistemi di cura in una società contemporanea particolare, quella bulu, nel corso della quale ho voluto privilegiare l'analisi del racconto e delle esperienze dei soggetti intervistati, le loro parole.

Le riflessioni alla base della mia ricerca hanno preso dunque spunto soprattutto dai discorsi e dalle esperienze dei guaritori intervistati, senza aver avuto la pretesa di poter giungere ad una sintesi coerente delle cate-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 298 02/11/2010, 16.17

gorie utilizzate. Guardando alla medicina tradizionale da una prospettiva che non si limiti a considerare i discorsi e i documenti ufficiali degli organismi locali o internazionali, dei portavoce di questa o quella associazione, ci si trova di fatto confrontati con pratiche, rappresentazioni e conoscenze spesso frammentarie, difficilmente riconducibili tout court ad *un* sapere o a strategie epistemologiche coerenti. Analizzare "dal basso" (*from below*, come recita la formula oggi sovente adottata nelle letteratura antropologica) la *scena della cura* e la formazione dei percorsi identitari dei guaritori, così come il racconto della malattia da parte dei malati incontrati, significa osservare ciò che gli attori sociali fanno in concreto quando intendono affermare i propri progetti, lottare contro i rischi della marginalità o risolvere un problema di salute. Seguirne gli itinerari terapeutici, registrare la visione del male e delle sue cause, prendere in esame i discorsi dei familiari e le pratiche dei guaritori, consente di intravedere anche ricorrenze e ridondanze, ma soprattutto consente di cogliere, attraverso una prospettiva privilegiata, la dimensione *storica* di questi saperi e di queste pratiche, di queste biografie. È all'interno di una tale premessa che riprende piena legittimità l'analisi delle corrispondenze, delle "rappresentazioni" e delle "credenze", della logica che sottende le interpretazioni del male, o delle conoscenze che orientano all'uso di questo o quel rimedio nella cura di una determinata malattia.

Ciò che sto affermando è che l'orizzonte delle azioni, il tessuto vivo della parola e dei discorsi, l'atto del credere di questo o quel paziente, le vicende personali che hanno concorso a costruire l'atteggiamento e il personale stile di pensiero di un guaritore, sono importanti quanto (e in certi casi più) i *contenuti* delle conoscenze e delle rappresentazioni (Zempléni A. 1973, 1974). La "vita ordinaria" (Comaroff J. - Comaroff J. 1991) osservata intorno a *forme elementari dell'evento* quali sono la nascita, la malattia, la morte, è dunque il teatro sul quale tornare ad interrogarsi, e quello che ho scelto di analizzare a partire dai resoconti di alcuni incontri: al suo interno i percorsi degli individui assumono una salienza peculiare, e la "medicina tradizionale" – come la vita quotidiana descritta nelle grandi metropoli africane (Marie A. 1999, Trefon Th. 2004) – può diventare la trama nella quale riconoscere l'ordito di altre lotte, di sogni e progetti individuali, o di drammi culturali.

Mi sento qui prossimo a quanto ha ricordato Galinier nella sua densa analisi della cultura otomì (Messico). Benché proposto a partire da un contesto etnografico assai diverso, mi sembra prezioso il suggerimento dell'autore di interpellare silenzi, omissioni, o *amnesie culturali*: di enigma del silenzio, dell'implicito e dei non detti dell'indigeno, parla Galinier

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 299 02/11/2010, 16.17

(GALINIER J. 1997: 24). Non è proprio questo che spesso incontriamo quando svolgiamo le nostre ricerche con i *maestri della notte e della cura*? Un'antropologia del silenzio e della diffidenza costituisce una strategia teorica non eludibile, soprattutto quando ci si accinge a osservare e decifrare saperi locali e sistemi di conoscenze quali quelli relativi alla cura, presi nel violento contrasto che oppose tradizioni culturali (*ermeneutiche*) indigene da un lato e potere coloniale e evangelizzazione dall'altro [13]. Nell'indagare i rimedi utilizzati in questa o quell'affezione, nel ricordare rituali ormai scomparsi come il *sô* o il *ngii*, o nell'esplorare la logica soggiacente ad una categoria nosografica oggi desueta, ho sperimentato inoltre, accanto al silenzio, all'amnesia o al rifiuto, anche la sensazione che talvolta le domande avessero scarso interesse per il mio interlocutore, ciò che ricorda l'osservazione di Galinier, secondo il quale il ricercatore scopre che le preoccupazioni esplicite delle persone incontrate sono lontane, e talvolta persino "incompatibili", con le proprie:

> «Questa contraddizione, che dappertutto gli etnologi incontrano sempre più spesso, può assumere la dimensione di un confronto doloroso. L'osservatore, accusato di voyeurismo nostalgico e di rifiutare alle società [...] ogni diritto al progresso, non troverebbe allora altra gratificazione e consolazione che nella nostalgia dei vecchi, che piangono il loro passato irrimediabilmente perduto [...]. Per gli Otomi non c'è riflessione sulla società che non passi attraverso la considerazione di questo immenso desiderio di giustizia di fronte alla povertà, alla disperazione e alla cieca violenza» (GALINIER J. 1997: 20).

Le sue parole ricordano l'adagio di Evans-Pritchard, che ammetteva la necessità di indagare la stregoneria fra gli Azande e "orientare" la sua mente verso le vacche fra i Nuer perché erano *queste* le cose che interessavano le popolazioni fra le quali svolgeva le sue ricerche (EVANS-PRITCHARD E.E. 2002: 287-288). Messa da parte la ricerca ostinata di una coerenza impossibile da documentare, l'analisi dei camuffamenti che talvolta definiamo "sincretismi" e dei contrasti fra l'ordine *concettuale* espresso a livello esegetico e l'ordine *vissuto* delle pratiche locali, è dunque fondamentale e rivelatrice della vera posta in gioco di questi saperi, dei rapporti di forza e di senso di cui essi partecipano. Ed è a quell'analisi che l'etnografia dei sistemi medici locali deve insistentemente volgersi per ripensare i suoi concetti.

L'analisi delle opacità e delle contraddizioni, quali si incontrano nelle storie personali di malati, guaritori o profeti, lascia affiorare per intero le preoccupazioni di coloro che attraversano il campo che definiamo "medicina tradizionale": un campo dove le angosce e le inquietudini sono vere,

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 300 02/11/2010, 16.17

dove le minacce della morte e della malattia, della solitudine, dell'insuccesso o della povertà, assediano gli individui da vicino, come ombre oscure di cui i loro itinerari terapeutici non sono che l'effetto visibile e razionale. Questi aspetti non sono secondari in un'indagine sulla medicina tradizionale: sono le matrici d'intelligibilità delle conoscenze e delle rappresentazioni relative alla salute, al male o alla cura, così come delle esperienze della sofferenza o della guarigione.

Il racconto dettagliato di queste vicende evidenzia infine come "crisi" che sembravano condurre al rischio di una marginalizzazione, malattie o fallimenti siano stati spesso re-interpretati come "malattia iniziatica" o "chiamata", rappresentando l'evento propulsivo a partire dal quale hanno potuto intraprendere il loro cammino di terapeuti, la loro "singolarizzazione" (riprendo qui il concetto di "crisi" nel suo senso teologico, giuridico o medico, secondo Koselleck; cit. in BEHREND H. 1999: 22). Balandier ricordava, a proposito di Simon Kimbangu, profeta in Congo negli anni '20 del secolo scorso, come gli insuccessi (secondo i casi scolastici, religiosi o sociali) rappresentassero il frequente esordio di queste biografie, che *dalla marginalità* traggono lo spunto per asserire la propria soggettività e, insieme, *il proprio potere sociale*. Nel caso di Kimbangu, era stato il fallimento negli esami che lo avrebbero dovuto consacrare pastore a rappresentare quello «choc che favorisce (o suscita) la *separazione*». Era stata infatti quella rottura a far nascere, nel giovane sacerdote umiliato nell'orgoglio, il «*bisogno di agire* ai margini della Chiesa ufficiale, e in una certa misura contro di essa» (BALANDIER G. 1955: 428, *il corsivo è mio R.B.*). Si potrebbe generalizzare questa osservazione e pensare nei termini di una "medicina tradizionale di crisi" (così come è stato proposto con la nozione di "sessualità di crisi") la proliferazione di vocazioni, di profeti, di saperi della cura, la moltiplicazione di sedicenti guaritori o di maghi, la parallela promessa di guarigioni magiche, osservata in contesti diversi, dall'Africa alla Russia postsovietica agli Stati Uniti: territorio incerto, dove affiora sempre, accanto al rischio di pratiche ciarlatane, una peculiare semantica sociale della speranza che occorre investigare (LINDQUIST G. 2006, per ciò che concerne la Russia).

Nelle pagine seguenti viene riportato solo qualche frammento tratto dalla ricerca svolta con un guaritore di Monaveße, una frazione di Sangmélina, allo scopo di offrire riferimenti più circoscritti a questo primo tentativo di analisi della medicina tradizionale nell'area considerata. I rinvii a categorie nosologiche, rimedi ed altri concetti chiave del sapere terapeutico locale costituiscono l'oggetto di un lavoro di prossima pubblicazione (BENEDUCE R., *in corso di stampa*): essi emergono spesso in questi racconti fra passaggi

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 301 02/11/2010, 16.17

inerenti alla propria biografia, notizie concernenti casi controversi o vicende di cui non si è avuta testimonianza diretta ma che tuttavia sono ricordate perché hanno valore di exemplum.

3. Papà Joseph

Mentre stavo conducendo alcune interviste con il personale sanitario dell'ospedale della diocesi di Sangmélima, ebbi notizia di un guaritore abbastanza rinomato, chiamato semplicemente "il lebbroso" a causa della terribile malattia con la quale aveva combattuto per anni. Mi recai nella sua capanna di legno, situata in un luogo isolato alla periferia della città, nel quartiere di Monaveße, raggiungibile attraverso uno stretto sentiero che correndo fra campi e tratti di foresta conduce infine a quattro o cinque case in legno: quelle stesse che avevano accolto un tempo i lebbrosi della città. In una di quelle case egli viveva solo; nella casa accanto c'era una donna, con i suoi bambini, che gli preparava del cibo; oltre ai malati, veniva a trovarlo di tanto in tanto il figlio, che lavorava con una moto-taxi. Papà Joseph, questo il suo nome, mi accolse con la disponibilità di un vecchio abituato a parlare, a raccontare. Seduto dietro un tavolo, immerso nel silenzio e nell'ombra della sua casa, aveva il nipotino di pochi mesi che dormiva sulle sue gambe; le estremità di mani e piedi erano state ormai amputate dalla malattia: camminava con estrema difficoltà, e tuttavia, con capacità sorprendente riusciva a spostare oggetti, avvicinare alla bocca un tubo da fleboclisi che – immerso in una bottiglia – gli consentiva di bere, ed era riuscito persino a piantare del mais grazie all'uso di rudimentali protesi applicate agli avambracci e utilizzate a mo' di zappa. Sulla parete della casa alle sue spalle stavano alcune foto sbiadite della famiglia (quella di una figlia morta, di un'altra che viveva lontano, di un amico di cui non aveva più notizia, della moglie ritratta accanto a lui che guarda con un sorriso triste l'obiettivo: uscita all'alba di qualche anno prima da quella casa, non era mai più tornata...). Poco distanti, sulla stessa parete, stavano inchiodati un calendario, vecchio di qualche anno, con un'immagine di Adamo ed Eva che passeggiano nell'Eden; il cranio di un gorilla, simbolo per eccellenza degli *nganga*ŋ e del loro potere; una *calebasse*.

Le malattie trattate dall'anziano guaritore erano diverse: la follia del *ko*ŋ (un tipo di stregoneria), i "vermi mistici" (*minsoh*), i disturbi della sterilità e altre affezioni dell'infanzia. A differenza di altri interlocutori si era rivelato subito disponibile a chiacchierare e come consapevole del lavoro di ricerca che stavo conducendo: aveva viaggiato, conosciuto numerosi bian-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 302 02/11/2010, 16.17

chi, vissuto a lungo nei lebbrosari protestanti e cattolici della zona, e letto molto. Ad un tratto il discorso cadde sulle tradizioni culturali dei Bulu. Mi chiese di andare a prendere un libro posto su un tavolo nella stanza accanto, che avrebbe dovuto facilitare la comprensione dei suoi discorsi. Voleva mostrarmi qualcosa che aveva a che fare con ciò di cui si stava parlando. Nella stanza, ancora più buia di quella nella quale mi aveva accolto, trovai il libro vecchio e polveroso che papà Joseph mi aveva indicato e che m'invitò a sfogliare: «È qui che ho imparato le nostre tradizioni», aggiunse con un tono di soddisfazione indicandomi con un cenno la parte sulla quale concentrare la mia attenzione. Riconoscevo, non senza sorpresa, in quelle pagine la versione francese de *Il Milione* della De Agostini, in un'edi-zione di diversi anni fa, la stessa, fatta eccezione per la lingua, che avevo tante volte guardato con avida curiosità da bambino. Le sorprese non erano però ancora terminate. In un incontro successivo, nel corso del quale egli stava tracciando la differenza fra i ciarlatani, «quelli che pensano di poter curare ogni cosa», e i veri guaritori, «quelli che studiano molto», mi disse di cercare ancora una volta un libro sul quale aveva appreso non poche delle conoscenze relative alle malattie di cui era diventato specialista e che gli era stato dato in dono da un medico dell'ospedale protestante dove era stato a lungo ricoverato a causa della lebbra. Il libro era un volume, ben conservato considerate le caratteristiche del luogo, delle opere d'Ippocrate: il libro III (quello sulle malattie della donna e del bambino, sul parto, sull'epilessia, ecc.).

Le sue "tradizioni culturali", quell'anziano uomo bulu, le aveva dunque apprese non "oralmente", come era facile aspettarsi, ma da un libro scritto in Europa? Le "tradizioni" che egli offriva, alla stregua di una comoda sintesi, allo straniero che aveva di fronte, erano quelle raccontate in una qualunque delle nostre geografie universali? Quanto al sapere medico di cui lo immaginavo esperto e alla conoscenza delle piante medicinali (compresa quell'*eboga* temuta e potente che stava lì, proprio dinanzi a casa sua, in tre esemplari fra i più rigogliosi che avessi mai visto), essi si erano come intrecciati, sino a confondervisi, con quello ippocratico. Il suo stesso linguaggio mostrava (nelle rappresentazioni del corpo umano, o nella descrizione delle tradizioni terapeutiche) un lavoro di fusione simile a quello che i linguisti chiamano effetto Carroll. Ho immaginato spesso quest'uomo malato, colpito dalla lebbra, intento a leggere l'opera ippocratica nell'ospedale dove veniva curato. La scena che sto evocando potrebbe rappresentare, nei suoi innumerevoli riverberi, l'immagine eccellente di quelle "pratiche di spostamento" di cui parla James Clifford (Clifford J. 1999) quando definisce la cultura come *viaggio*, o l'al-trettanto eccellente prova

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 303 02/11/2010, 16.17

di quel "sincretismo originario" delle culture al quale fa riferimento Amselle (AMSELLE J.-L. 2001).

Papà Joseph non perde l'occasione per ricordare che egli non è un "char-la-tan" [è lui a scandire questa parola, *n.d.a.*]. È un terapeuta che cura i malati ricorrendo al sapere che gli ha trasmesso il padre, e questo sapere, conquistato grazie alle esperienze di viaggio condotte in altri paesi (Nigeria e Gabon, ad esempio), trae forza e legittimità anche e soprattutto dalla lettura dei libri. Qui la *scrittura*, i libri (e quello per eccellenza: il testo di Ippocrate) sembrano legittimare le sue conoscenze, il loro fondamento scientifico, ma insieme conferiscono unità e coerenza a nozioni apprese in ambienti e sistemi di pensiero lontani (le piante medicinali la cui azione ha appreso nel corso dell'infanzia, l'*eboga* i cui usi ha conosciuto in Gabon, i medici bianchi degli ospedali nei quali ha trascorso anni come paziente e dei quali ha ripreso gesti, discorsi e modi di osservare le malattie). Si potrebbe proporre un'analogia con quanto ha scritto Charuty per i curati della Francia nel secolo diciannovesimo: anche nel caso di questo anziano *tradipraticien* il testo scritto e la lettura si affermano come uno spartiacque definitivo che separa il suo lavoro da quello dei "ciarlatani", degli illetterati che praticano nell'oscurità dell'ignoranza e approfittano di malati "creduloni": come è possibile, afferma papà Joseph, "curare cose che non si vedono"? Ma il senso del "vedere" al quale fa riferimento non è facile da delimitare o da interpretare una volta per tutte, perché qui, nella lingua bulu, è proprio intorno al *vedere* che si delimita un territorio dai confini incerti fra conoscenza, veggenza e visione, è sempre a partire dal vedere che si gioca una lotta incessante fra poteri che non risparmiano nessuno, che *distinguono* gli uomini come in due razze distinte. I viaggi notturni nel mondo del *mgbwel* di cui racconta papà Joseph parlano infatti di un mondo inaccessibile a chi non è "doppio", un mondo invisibile alle persone comuni, agli "uomini semplici" (*mmimie*), difficile da comprendere a chi non è in qualche misura coinvolto nella sua logica: se ne può parlare solo a partire dagli effetti che esso provoca (cfr. su questi temi TALIANI S. 2006). Anche nelle parole di questo anziano guaritore ricorrono i riferimenti alla questione dell'invisibile, alla natura ambigua del potere, alla questione dell'*essere*, delle *forze* o del conoscere, che secondo taluni etnofilosofi africani si declinano secondo espressioni radicalmente distinte da quelle del pensiero occidentale (HALLEN B. - SODIPO J.O. 1986, MUDIMBE V.Y. 1988).

I pazienti credono in questo vecchio, che nonostante le ferite lasciate dalla "grande malattia" (è questa la definizione che in un altro sistema nosologico, quello dogon, è riservata alla lebbra) e le difficoltà incontrate nel procu-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 304 02/11/2010, 16.17

rarsi le piante medicinali, rimane lì, disponibile ad accoglierli nella sua capanna, a curare i loro mali malgrado la crescente stanchezza e la condizione di desolata solitudine nella quale vive. Papà Joseph non può contare sui figli maschi: se uno lavora come tassista con la sua moto, l'altro, che ho incontrato per caso nel corso di una delle visite, sogna di diventare infermiere. Il motivo che quest'ultimo mi offre per giustificare la sua scelta professionale (e il disinteresse per quell'arte di guarire che il padre potrebbe trasmettergli) è banale e singolare ad uno stesso tempo: egli afferma non senza imbarazzo che, a differenza del padre, «non ha la memoria per ricordare i nomi di tutte quelle piante».

Papà Joseph è un altro volto di quella medicina tradizionale la cui forza paradossale sembra sorgere meno dalla coerenza del proprio dispositivo epistemologico o tecnico, meno dall'esibizione del successo e della ricchezza, quanto piuttosto dalla sfida ostinata che essa lancia al male e alla malattia, al dolore e alla finitudine: e questo a partire dal suo stesso corpo, dalla propria condizione di uomo che ha lottato contro la lebbra. Catturate in questa rete di metafore, di piante medicamentose, di veleni e di gesti sapienti, anche le affezioni più minacciose sembrano animali imprigionati in una rete invisibile ma efficace: preda del guaritore che ha saputo domarle. Ma il volto di Papà Joseph, la sua parola strascicata e la solitudine nella quale prende corpo il suo discorso visionario non lasciano spazio a trionfalismi: sono i segni della fatica di un sapere che in alcuni casi sembra non riuscire più "a pensarsi", o – se si preferisce – a trasmettersi e riprodursi. Le difficoltà dovute alla malattia, la competizione crescente nel mercato della cura, non sono tuttavia riuscite, sino ad oggi, a respingerlo in una nicchia marginale, tutt'altro: "và da lui, và dal lebbroso", mi hanno detto molte volte gli infermieri dell'ospedale di Monaveße o altri informatori quando chiedevo loro chi potesse aiutarmi a capire meglio taluni aspetti della malattia o della cura. E avevano ragione: sempre papà Joseph, pur nel suo francese incerto, pur nell'oscurità silenziosa della sua povera abitazione o ricurvo nel suo giardino intento a seminare mais, ha avuto tempo per accogliermi e ha saputo offrire le risposte che cercavo.

4. L'analisi della "medicina tradizionale" e l'antropologia della violenza come domini intrecciati della ricerca

La cura è in primo luogo la sconfitta del male, dell'Altro, dei desideri mortiferi presenti in seno alla famiglia o alla comunità, della sofferenza. Si

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 305 02/11/2010, 16.17

tratta di una lotta e di un confronto ostinati fra il potere del terapeuta e quello della malattia. In una società percorsa da mille sospetti, da infinite incertezze, il guaritore, il profeta, l'erborista continuano il loro lavoro, partecipano a un orizzonte di dubbi e di solitudini, si misurano con le zone grigie dell'esistenza. In queste zone non smette di interrogare la nozione di '*agency*', definita come la capacità di agire sul mondo in modo volontario, superando ostacoli e trascendendo circostanze.

Non è del tutto erroneo sostenere che le categorie che i guaritori adottano per nominare la causa del male, le stesse – in buona parte – dei loro pazienti, contribuiscono in una certa misura ad occultare la natura di altri conflitti, i rapporti di dominio, le *vere* cause della sofferenza. Farmer lo suggerisce indirettamente quando sottolinea la necessità di non confondere la "violenza strutturale" e la "differenza culturale", aggiungendo che lo studio della cultura dovrebbe avere un ruolo più limitato quando si tratta di comprendere piuttosto la "distribuzione della miseria" (FARMER P. 2001, 2004).

Se ciò è vero, occorre tuttavia aggiungere che il guaritore, il *nganga*, non fa che occupare, sulla scena della cura, il ruolo che gli assegna l'inconscio sociale in una società particolare, una società che – come quella bulu – vede i suoi membri minacciati dall'ombra della malattia, dell'attacco e dell'invidia altrui o all'opposto consumati dal desiderio febbrile di realizzare *con ogni mezzo* il proprio successo (un successo che, se in certi casi evoca toni sinistri, in altri indica semplicemente la disperata volontà di "riuscire", di vivere)[14]. Castoriadis (CASTORIADIS G. 1975) si interrogava sulle ragioni per le quali coloro che sono subordinati rimangono largamente tributari dell'immaginario di coloro che li dominano: approfondire la sua riflessione sarebbe decisivo, ma ci porterebbe molto lontano. Mi sembra importante tuttavia almeno evocare il suo magistrale contributo perché esso suona particolarmente appropriato quando si analizzano i poteri spirituali, l'intreccio fra tradizione e mutamento nei sistemi di cura locali, la natura politica del magico o del mistico, e quando si parla di eziologie tradizionali del male, stregoneria, antenati o sortilegi (ossia del potere di agire sull'altro, di nuocere all'altro). A differenza di Farmer, se pure condivido l'urgenza da lui evidenziata, per l'antropologia, di non distogliere lo sguardo dalle disuguaglianze sociali (FARMER P. 2005), non sono del tutto convinto che la semantica sociale della stregoneria e della magia non riveli già, pienamente formulata, una critica delle disuguaglianze, un discorso politico, percepibile ovviamente a condizione di situarsi fra altre categorie del sé e altre modalità di realizzazione di ciò che si definisce nel linguaggio anglosassone '*agency*'.

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 306 02/11/2010, 16.17

Dopo aver percorso la strada della "valorizzazione" e della "promozione" dei sistemi di cura locale, dopo aver riconsiderato criticamente la troppo frettolosa cancellazione di differenze decisive fra i diversi orizzonti medici, la ricerca sulle conoscenze dei guaritori, sugli itinerari terapeutici, sull'efficacia simbolica deve intraprendere una nuova svolta per non rimanere congelata all'interno di una antropologia tutto sommato neutrale. Riflettere sulla maniera attraverso la quale la "risalita" in superficie dei fantasmi di morte, di sconfitta, di vulnerabilità generata dall'evento della malattia mette in scena il sogno della guarigione, della libertà dal male, o della vittoria sulla sofferenza e l'incertezza, rimane uno degli aspetti più rilevanti della riflessione sulla struttura e la logica dei sistemi medici tradizionali, sulla natura della loro efficacia: ma occorre considerare con maggiore attenzione i problemi che affollano la scena della sofferenza, della malattia e della morte, e della cura stessa. Questi problemi includono in primo luogo la violenza, il potere e la sua riproduzione, le disuguaglianze economiche, i dissidi che lacerano il corpo sociale: quello stesso che Lévi-Strauss (Lévi-Strauss C. 1978) vedeva legato all'esperienza e all'arte dello stregone dai fili invisibili di una "coerenza mentale" del gruppo che proprio i suoi atti avrebbero dovuto salvaguardare. La società bulu costituisce un caso abbastanza esemplare, forse meno drammatico di altri nell'Africa contemporanea ma non meno significativo, nel quale è facile riconoscere le inquietudini del vivere quotidiano, dove dominano fantasmi di competizione, di sopraffazione e di vulnerabilità.

Il modello proettivo-persecutorio, a partire dall'evento coloniale e da quanto lo ha accompagnato (l'erosione delle forme tradizionali di autorità, la *privatizzazione* di poteri un tempo collettivamente gestiti, come nel caso delle società segrete), è ampiamente presente nei racconti della malattia, nell'interpretazione che pazienti e familiari ne danno. Esso costituisce certo un meccanismo psichico culturalmente diffuso in Africa, largamente utilizzato dai terapeuti nell'allestire la scena della cura e ristrutturare il vissuto psichico del paziente. Ma quel meccanismo forse parla anche di altro: di un "dispotismo decentralizzato" (Mahmood Mamdani), di uno "stato mentale di guerra" (Achille Mbembe), di ingiustizie indicibili e di lotte che rischiano di restare impercettibili quando si guardi unicamente agli enigmi dell'efficacia simbolica.

L'antropologia medica e l'etnopsichiatria che si sono occupate dei sistemi medici tradizionali hanno in molti casi reiterato, talvolta inconsapevolmente, l'errore di una certa antropologia: quello di non guardare alla violenza e alla povertà, facendone un campo di investigazione fondamentale per comprendere la struttura e le dinamiche dei sistemi medici tradiziona-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 307 02/11/2010, 16.17

li, i punti di frattura o le linee lungo le quali si alternavano continuità e ricombinazioni epistemologiche quanto morali. Sono rimaste così spesso inesplorate alcune fra le dimensioni più critiche di questo campo: quelle a partire dalle quali si producono l'arbitrio del potere e l'ineguaglianza, *e insieme* la malattia e la morte (quelle *stesse* di cui l'interpretazione del guaritore si fa carico), e sulle quali ha richiamato la propria attenzione Taussig sostenendo che ogni arte della cura (anche quella dei curanderos) partecipa in qualche misura della logica della manipolazione e della violenza. Sono in definitiva pochi gli studi che, nell'investigare i sistemi medici tradizionali, hanno parlato in modo efficace della povertà, dell'esercizio della violenza o della disponibilità di risorse economiche come delle variabili che decidono dei tempi della cura e del suo esito (dobbiamo molto a Nancy Scheper-Hughes per l'analisi che ha condotto su questi temi in Brasile, e in particolare su quella paradossale *indifferenza* al cospetto della morte spesso descritta nei contesti dove la povertà e la violenza sono più drammatiche) (SCHEPER-HUGHES N. 1992). Si tratta di una "rimozione" che Scheper-Hughes e Bourgois ricordano in una recente antologia (SCHEPER-HUGHES N. - BOURGOIS Ph. curr. 2004) come caratteristica di buona parte della disciplina antropologica: una rimozione che ha conosciuto molti celebri esempi e che vede spesso gli antropologi, ancora oggi, come a "disagio" al cospetto della violenza e del conflitto [15].

Una dialettica sottile fra saperi della cura e saperi della morte, fra ideologie della solidarietà e dispositivi della sopraffazione, in un'atmosfera resa opprimente dal problema dell'impunità, impone un esame rigoroso delle molte variabili in gioco. Ma perché ciò non appaia unicamente come un ritorno ad un'antropologia *materialistica* priva di ragioni nuove, voglio ricordare due fattori per così dire "interni" (o se si preferisce: strutturali) che giustificano ampiamente, e rendono fecondo a mio giudizio, l'orizzonte teorico qui rapidamente tratteggiato.

In un libro che ha fatto molto parlare, e che ancora oggi non smette di generare interrogativi fra i giovani camerunesi (i quali rimproverano ai guaritori la scelta di aver consentito ad un bianco, per di più un sacerdote, l'ingresso nel sapere della tradizione), de Rosny analizzava con estrema precisione e tocco poetico il teatro d'azione del guaritore diventato suo maestro: egli stesso, una volta iniziato, aveva "aperto gli occhi" (era stato instillato nei suoi occhi un liquido particolarmente urente) e potuto percepire, come in una visione, che il teatro sulla cui scena muove i suoi gesti di lotta il *nganga* era quello dominato dalla violenza sociale, dalla violenza degli uomini: la malattia non essendo che il riflesso più frequente, la traccia dolorosa e visibile di questa lotta oscura e incessante.

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 308 02/11/2010, 16.17

Il sapere dei guaritori, nel cercare i rimedi per i mali che affliggono i loro pazienti, racchiuderebbe dunque la consapevolezza che la loro cura deve come proteggerli dalla violenza del mondo: il loro lavoro terapeutico è la traduzione di questa coscienza profonda, talvolta faticosa da sostenere, che riconosciamo solo ai *veri* guaritori: quelli che ridono di rado, si potrebbe ripetere con Quesalid, lo sciamano ricordato da Lévi-Strauss nel suo celebre articolo sullo stregone e la sua magia (principale informatore di Franz Boas, il suo vero nome era Gorge Hunt).

La società duala non è diversa in questo dalla società bulu, ma il suggerimento di de Rosny rinvia ad un altro ben noto profilo: il ruolo ambiguo e non meno oscuro che il sapere di taluni tradipraticiens ha occupato e occupa sul teatro delle contemporanee violenze e dei conflitti bellici in Africa. Il caso dei medium che operavano per proteggere i miliziani della RENAMO in Mozambico, ad esempio, è solo uno dei tanti che potrebbero essere evocati per sottolineare il legame fra un potere ambiguo, quale è quello spirituale o terapeutico, *carisma* avente sempre un doppio profilo, e le forme del potere politico o le espressioni della violenza spesso feroce che ha scandito recentemente numerosi conflitti [16]. L'uso politico delle tradizioni e la *reinvenzione* di taluni rituali allo scopo di rendere invulnerabili i combattenti delle innumerevoli milizie operanti nel Congo orientale, impone inoltre che si indaghi il modo attraverso il quale gesti e figure un tempo centrali nei rituali di costruzione dell'autorità o dell'identità (rituali iniziatici, di intronizzazione, ecc.) abbiano potuto essere messi al servizio del potere di uccidere, mutilare, umiliare [17].

Infine, un secondo e forse persino più decisivo motivo spinge a riconsiderare in una luce nuova la logica e il contesto dei saperi della cura, dei poteri spirituali che essi utilizzano, dei mali di cui si occupano. Questo motivo emerge con forza da molti contesti, ma in modo particolarmente evidente dai culti profetici e dai culti di possessione che percorrono il continente africano, oggetto di una sconfinata letteratura. Behrend vi si riferisce nella sua brillante analisi dell'Holy Spirit Movement e della biografia della sua ispiratrice, Alice. In merito alla natura dei *jogi*, spiriti centrali nella cultura acholi e, più in generale, luo (Kenya e Uganda settentrionale), Behrend propone il seguente commento:

> «*Jok* può essere tradotto come spirito, forza, o potere. Nell'idea di *jok*, i confini che separano il politico dal religioso nella nostra cultura vengono a dissolversi. L'idea di *jok* non corrisponde al nostro concetto del politico o del religioso: *esso li include entrambi, ma va al di là di essi*. *Jok* esiste in una molteplicità e diversità di forme, e può possedere secondo i casi uomini, animali o cose» (BEHREND H. 1999: 106, *il corsivo è mio R.B.*).

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 309 02/11/2010, 16.17

Non meno rilevante è un altro aspetto messo in luce da Behrend. Esistevano un tempo, ed esistono ancora oggi, diversi tipi di *jogi*: quelli legati ai clan (*tipu*) e quelli che erano connessi ai *chiefdoms*, responsabili del benessere collettivo e di quello della natura, o della guerra, i quali intervenivano provocando malattie e decessi quando le regole sociali e familiari erano trasgredite, l'ordine morale infranto. Oltre ad essi esistevano ed esistono ancora *jogi* "liberi": questi ultimi, apparsi prevalentemente in epoca coloniale, prendevano spesso la forma di spiriti stranieri ("*ethnic foreigness*", questa l'espressione utilizzata), ed avrebbero conosciuto – come gli stregoni – un incremento considerevole del loro potere e del loro numero proprio a partire dalle vicende coloniali, a differenza dei primi, che sarebbero diventati invece via via più marginali. Behrend analizza lo stretto intreccio fra lotta politica, poteri spirituali, discorsi ecologici e strategie di cura in un movimento religioso peculiare, quale quello del *Holy Spirit Movement*, ma innumerevoli potrebbero essere gli esempi che dimostrano come potere della cura, poteri spirituali e registro propriamente *politico* siano quasi ovunque saldamente intrecciati [18].

L'analisi della cura (e dell'efficacia) nei sistemi medici tradizionali deve fare sua questa regola: l'esame delle categorie nosologiche, delle conoscenze fitoterapeutiche o delle tecniche terapeutiche, non potranno d'ora in avanti omettere l'analisi dell'uso *politico* del male e della malattia o della loro interpretazione, né si potrà ritenere estranea alla logica del loro funzionamento la produzione o la ridefinizione dei rapporti di forza a partire dai centri spirituali di potere o di cura. I concetti di "purificazione" e "redenzione", così frequentemente utilizzati nei linguaggi dei guaritori e dei profeti, le antropologie che alludono al potere della metamorfosi o le sottili metafore che descrivono i poteri della stregoneria e le furiose battaglie mistiche che ne scandiscono il teatro notturno, sono una allegoria perfetta per rappresentare i conflitti economici e sociali, le lotte fra individui e gruppi: ne offrono come un'immagine trasfigurata, e insieme sottolineano quanto il religioso, il politico, la cura e il potere siano saldamente intrecciati l'uno all'altro: nel *Holy Spirit Movement* di Alice Lakwena come nella ribellione dei Maji Maji (WRIGHT M. 1995), nelle pratiche dei guaritori bulu del Sud Camerun come in quelle dei *tradithérapeutes* dogon (Mali).

La negoziazione dell'esperienza della malattia o del significato della guarigione, analizzata a partire dalle preoccupazioni dei pazienti e dai conflitti prevalenti in una società data, permette in definitiva di ripensare il vecchio adagio, secondo il quale le medicine tradizionali sono anche e soprattutto *medicine sociali e morali*, in una prospettiva sensibile ai drammi e alle contraddizioni sociali, con i quali esse interagiscono. L'immaginario col-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 310 02/11/2010, 16.17

lettivo quale si esprime nelle biografie di guaritori e malati, negli aneddoti relativi a questa o quella morte, o nelle ermeneutiche locali della malattia, è il riflesso singolarmente vivido della dialettica incessante e invisibile fra quei "poteri di vita e poteri di morte" di cui ha scritto Augé. Esso *indica* con altrettanta radicalità la vera posta in gioco nell'interpretazione della malattia, della sventura e dell'insuccesso, così come del potere della cura. Se il corpo è il ventriloquo del sociale (GODELIER M. 1996), l'interpretazione del corpo malato e le strategie della cura rappresentano allora il commentario diffuso, incoercibile e, soprattutto, "indocile" (MBEMBE A. 1990) delle sue patologie e dei suoi conflitti, delle sue ipocrisie e delle sue violenze. Si potrebbe percorrere per intero il periplo delle associazioni evocate dall'etimologia del termine "ventriloquo", e riconoscervi suggestive continuità fra il suo senso originario, nella cultura greca, e le istanze "mistiche" (Minkuk, Evu, ecc.) che nell'immaginario bulu sembrano svolgere nel nostro caso un analogo ruolo: *parlare* della società e dei suoi conflitti, *rivelare* ansie, *denunciare* colpe, *alludere* a desideri attraverso una "bocca" (il corpo malato) che solo ai sordi può sembrare muta. A modo loro, il sapere della cura e la rappresentazione della malattia si fanno testimoni di questo teatro. Scriveva Laburthe-Tolra a proposito della cultura beti: «Tutte le inquietudini collettive o individuali – *in particolare la malattia* – saranno allora concepite *sotto la forma di un attacco e come gli effetti di una guerra*» (LABURTHE-TOLRA Ph. 1985: 11, *il corsivo è mio R.B.*).

Lo sforzo che qui si sta immaginando consiste nel congiungere cultura e storia, dimensioni simboliche e angustie quotidiane, a partire dal territorio del male e della sua interpretazione, della malattia e della cura: in questo territorio si possono ascoltare, accanto alle voci di un sapere denso e fecondo, i rumori di una guerra incessante. Non partecipano anche i saperi della guarigione, le terapie volte a neutralizzare invidie e conflitti, allo sforzo di ridisegnare confini violati e ristabilire legami, alleanze, vincoli? Non sono i rituali terapeutici anche l'espressione di memorie collettive e di particolari politiche del corpo e dell'identità? Fassin (FASSIN D. 2002), muovendo da altre riflessioni, offre un'espressione particolarmente felice per esprimere alcuni di questi profili: "*embodiment of history*". Riprendo questa formula, analoga a quella di "*performed history*" proposta da Arpin (ARPIN J. 2003), per indicare qui il peculiare modo attraverso il quale le vicende della Storia (e del presente), le disuguaglianze, vengono *trascritte* all'interno dei corpi individuali e collettivi sotto forma di malattia, sofferenza, stigma, memoria. Se il concetto di "sessualità di crisi" ha mostrato come il comportamento sessuale possa direttamente incarnare profonde derive sociali, preoccupazioni economiche, esperienze di solitudine e vari

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 311 02/11/2010, 16.17

gradi di desocializzazione, non è difficile immaginare che una "medicina tradizionale di crisi" possa allo stesso modo costituire un teatro particolare per la nostra pratica di ricercatori, sulla cui scena riconoscere conflitti, insuccessi, incertezze, e interpretare sullo sfondo di questi ultimi specifici comportamenti, discorsi o modelli di malattia e di cura. Queste formule mi sembrano utili per interrogare la maniera con la quale vicende storiche penetrano all'interno dei saperi della cura partecipando alla costruzione delle rappresentazioni e delle interpretazioni del male: come, in altre parole, i fatti della Storia, i drammi sociali, orientano gli sguardi rivolti a catturare, sui corpi, gli indizi e le tracce dei conflitti quotidiani. Questo è certo uno dei territori che l'analisi di un sistema medico tradizionale deve percorrere [19]. Seguire queste ed altre tracce nell'analisi della malattia e della cura, dell'efficacia simbolica e delle rappresentazioni del male in una società africana contemporanea, permette di aprire piste di ricerca che mi sembrano oggi di importanza critica, che queste note hanno voluto qui suggerire.

Note

[1] La ricerca è stata condotta nel corso di tre missioni fra l'agosto 2001 e il febbraio 2003. Alcuni aspetti del materiale qui analizzato sono stati presentati a Barcellona al seminario internazionale organizzato dal Centre d'Estudis Africans (26 ottobre 2004) su salute e malattia in Africa. L'approfondimento dei temi epistemologici, di quelli concernenti la questione dell'efficacia, e l'analisi della categorie della medicina bulu, è sviluppata in Beneduce R. (*in corso di stampa*).

[2] Uso qui questa espressione senza preoccuparmi della terminologia locale per riferirmi a quanti operano nel campo della salute e della malattia, della sventura e dell'insuccesso, nella ricerca del benessere o nella lotta contro il male, indipendentemente dall'orizzonte religioso di riferimento, dal giudizio nei confronti di questa o quella pratica, o dalle particolari strategie adottate.

[3] È quanto afferma André Mary (Mary A. 2000) nel suo lavoro sui profeti fang in Gabon e più in generale sul ruolo del religioso e del cristianesimo. Questo tema è oggetto di una letteratura sconfinata, che nell'insieme prova ancora una volta anche l'impossibilità di una separazione fra questa dimensione e quella del politico (Chrétien J.-P. cur. 1993, Meyer B. 1998, Van Djik R. 1998).

[4] Su aspetti analoghi, come ad esempio la questione della legittimazione del sapere dei medici tradizionali, cfr. in particolare Schirripa P. 1998, 2006, per ciò che concerne il Ghana.

[5] Ne è eloquente testimonianza il Projet de développement «Complexe de Plantes Médicinales Traditionnelles Bek'-Cameroun», di Mounsieur Bekono Meyong, sulla cui abitazione è esposta la seguente targa: «Ingénieur des travaux d'Agriculture, Phytopathologiste, Diplôme d'études universitaires Economie Coopérative de l'Université Sherbrooke, Canada, et Apothécaire – Phytothérapeute traditionnel». Nel documento che presenta la sua iniziativa, sono numerose le espressioni caratteristiche di un certo linguaggio medico-burocratico quale domina in tanti documenti ufficiali, e si riconosce un'attenzione particolare nell'enumerare cifre, dati, valutazioni. In un documento del 2000 si parla della realizzazione di un certo numero di prodotti i cui principali, con le relative indicazioni, ammontano a 78. Fra le diverse malattie menzionate tra quelle per le

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 312 02/11/2010, 16.17

quali si è trovata idonea terapia non manca l'Aids, sebbene venga espresso il rammarico che non sia stato possibile effettuare nessuna sperimentazione clinica al riguardo Il Cemphyter Bek's, il centro dove si realizza la produzione di prodotti fitoterapeutici, ha tre "unità di trattamento e di erboristeria": a Sangmélima, Bengbis e Mbalmayo.

(6) Osservazione personale: Chiesa Presbiteriana del Camerun, Sangmélima, cerimonia religiosa serale, dicembre 2002.

(7) Si fa qui riferimento ai lavori di Alexandre P. 1965, Alexandre P. - Binet J. 1958 e di Laburthe-Tolra P. 1985 per gli aspetti storico-culturali e linguistici; per la trascrizione dei termini bulu mi sono servito dei dizionari di Bates (Bates L.G. 1936) e di quello di Yanes e Eyinga Essam (Yanes S. - Eyinga E.M. 1987). Sulla farmacopea della società evuzok e sulla medicina tradizionale di questa società, per molti versi analoga a quella bulu, cfr. Mallart Guimera L. 2003.

(8) Cfr. Dozon J.-P. 1987, per una critica dell'abusato concetto di "valorizzazione" della medicina tradizionale.

(9) Questi termini non necessariamente ritagliano cioè gli stessi "campi di significato" in contesti diversi. Nel riflettere sul sistema medico angbandi, Bibeau insiste da parte sua sulla necessità di una preliminare indagine etnosemantica che riconosca l'area di significato dei termini e il grado di legittimità delle traduzioni proposte (Bibeau G. 1978). La polisemia caratteristica di termini traducibili *prima facie* come "rimedio" ma comprendenti al loro interno altri significati è un esempio comune di queste difficoltà: è il caso del termine *mcɛp* che, fra i Limbum delle Grassfield, in Camerun, conosce oltre al significato di 'medicina' quello di 'oggetto carico di potere' e ha non meno di 7 diversi campi di significato (Pool R. 1994: 120-128). Un altro esempio è, fra i Mano della Liberia, quello del termine *nye*, che indica un'erba medicinale, un veleno, un incantesimo, un oggetto magico, ecc. (Harley, cit. in Fainzang S. 1981-1982: 418).

(10) Bibeau ha espresso in più d'una occasione una posizione critica verso quelle ricerche e quei progetti di cooperazione a suo giudizio troppo rivolti all'analisi e alla valorizzazione delle sole dimensioni empiriche o fitoterapeutiche della medicina tradizionale, sordi alle difficoltà e ai fallimenti di una tale cooperazione (Bibeau G. 1985). Dozon J.-P. 1987 ricorda lo stesso genere di difficoltà in Costa d'Avorio. In un lavoro successivo di Bibeau e Charland (Bibeau G. - Charland C. 1994) si parla in particolare di "deriva farmacologizzante" relativamente all'esperienza del Centre Régional de Médecine Traditionnelle di Bandiagara (Mali).

(11) A proposito di questo "mito sociologico", Peel (Peel J.D.Y. 2003: 54) ricorda come nella società yoruba del secolo diciannovesimo la parentela fosse "una delle più potenti sorgenti di diseguaglianza". Analogamente Olivier de Sardan (Olivier de Sardan J.-P. 1990: 31) ricorda a proposito del "mito della comunità" la molteplicità dei livelli di decisione, le stratificazioni sociali che percorrono i villaggi, ma soprattutto le rivalità individuali, le querelle, gli antagonismi dei gruppi per concludere: «Non esiste 'una' pratica terapeutica autoctona, che sarebbe il bene comune della comunità di villaggio, ma solo 'degli' itinerari terapeutici differenziati, complementari e/o contraddittori. I maghi, i sacerdoti e i guaritori locali, che nell'insieme, a titolo diverso e secondo procedure specifiche, aiutano gli individui a far fronte alle sfide dell'esistenza, e dunque ai problemi della salute, sono degli specialisti in concorrenza fra loro. Ed è in questo campo concorrenziale che gli operatori della salute pubblica vanno ad inserirsi a loro volta».

(12) Continua de Rosny: «Là dove essa regna, i modi sono apparentemente più pacifici, i bambini più calmi, le risse con uso di armi, i suicidi e gli omicidi meno numerosi. Non si tratta di un caso: la stregoneria porta in se stessa i suoi propri antidoti: gli anti-stregoni (indovini, esorcisti e *nganga ŋ*)» (De Rosny E. 1981: 392). Devereux aveva suggerito una prospettiva sociologica per spiegare le divergenti prevalenze della schizofrenia e dell'isteria in rapporto ai diversi orizzonti culturali della *Gemeinschaft* e della *Geselschaft*: la seconda, nelle culture solidaristiche, era lo sfondo coerente sul quale prendeva rilievo un'espressione *comunitaria* del disagio e del conflitto, teatrale e condivisa, diversamente da quanto accadeva in contesti individualizzanti e anomici quali quelli delle società moderne.

(13) Mi sembra utile ricordare a questo proposito quanto Fernandez scriveva oltre quaranta anni fa sulla lotta che scandiva i rapporti fra il cristianesimo e la sua idea di responsabilità individuale da

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 313 02/11/2010, 16.17

un lato, le idee sulla stregoneria o il potere personale dall'altro (ben più che una semplice "battaglia fra due sistemi di credenze", aggiungeva l'Autore): «Al di là di questa lotta riconosciamo l'elaborazione di una grandiosa mitologia del male. Non vi è dubbio che per gli africani essa rappresenta un soddisfacente dramma per compensare e canalizzare, come la stregoneria stessa, la frustrazione e la tensione che essi hanno subito durante il periodo coloniale e anticoloniale» (Fernandez J.W. 1961: 244, cfr. anche Fernandez J.W. 1982). In riferimento al complesso rituale del *bwiti* l'autore sottolineava inoltre che il nucleo duro dei processi di rielaborazione, mimesi e ricomposizione di mitologie e rituali terapeutici era costituito in particolare dalla questione del male e della "condition noire". In non pochi degli incontri avuti con i guaritori nella cittadina di Sangmélima o nei villaggi limitrofi non c'è dubbio che le mie domande andavano dritte al cuore di quei processi, e riportavano alla memoria altri eventi e problemi: la colonizzazione, il potere dei Bianchi, l'evangelizzazione e il suo ruolo nella repressione dei rituali iniziatici, non meno del sogno della ricchezza. Quanto affermava Fernandez è ancora vero oggi. La questione della *condizione nera*, del rapporto con i Bianchi, continua a scandire in Africa la ricerca (quella sui sistemi medici tradizionali in modo particolare) e più in generale l'incontro etnografico, e chiedono dunque di essere indagati in tutta la loro problematicità (Beneduce R. 2005). La possibilità di lavorare con alcuni guaritori e non con altri è d'altronde il prodotto di vicende che trascendono ampiamente la relazione che si stabilisce fra ricercatore e terapeuta tradizionale.

(14) In Camerun, come in altri paesi dell'Africa francofona, termini come "réussite", "force", "puissance", non diversamente da quello di "débrouillardise", rappresentano vere e proprie "chiavi per l'immaginario" (riprendo qui l'espressione di Mannoni O. 1969). All'opposto, per un'*osmosi semantica* certo familiare agli storici delle idee, è spesso il lessico della medicina, le sue metafore, a fornire un'efficace veicolo per parlare della povertà e dei problemi economici. Ne costituisce esemplare testimonianza il libretto di David François Nyeck, diplomato in contabilità, pubblicato nel 2002 a Yaunde in Camerun con il titolo *La pauvreté... est une malarie clinique. Comprendre la vie du ménage, pour pouvoir prévenir, surveiller, diagnostiquer et solutionner ses difficultés éventuelles*. Sostenuto da una serie di citazioni quanto mai eterogenee, da Rousseau a Emerson, dal *Reader's Digest Selection* a François Jacob o a Napoleone, il libro sembra situarsi nel solco dei trattati d'igienistica dell'Europa del secolo XIX, non mancando di sottolineare – con riferimenti e proverbi – la ricchezza delle tradizioni africane.

(15) «La violenza non è un tema naturale per gli antropologi [...]. Le formulazioni teoretiche degli antropologi, l'orientamento epistemologico, e l'identità borghese di molti dei suoi rappresentanti ha condotto questa disciplina lontano dalla violenza strutturale e dalle patologie del potere» (Farmer P. 2004: 6). Da un punto di vista psicoanalitico analoga è la critica che Michel-Jones F. 1978 aveva rivolto all'etnografia dogon.

(16) Behrend (Behrend H. 1999: 48) ricorda un particolare curioso: secondo una comunicazione personale di Roesch, i miliziani della Renamo avrebbero cominciato a far uso dei medium dopo aver letto libri come quelli di Ranger (Ranger T. 1985) o di Lan (Lan D. 1985) sul ruolo dei medium nella guerra in Zimbabwe.

(17) Ellis ricorda come il *National Patriotic Front of Liberia* abbia cercato in tutti i modi di integrare nei suoi ranghi esperti rituali, anche provenienti da altri paesi, considerato che quelli locali spesso non godevano più, presso i giovani, di credito (Ellis S. 1999: 261 e ss.).

(18) Anderson M.D. - Douglas H.J. curr. 1995, Lanternari V. 2003, Mudimbe V.Y. 1997, Ranger T. 1986, ecc. Come questi contributi rivelano, conflitto politico, questione coloniale, conflitti di genere e rivendicazione identitaria, si mescolano all'interno della ricerca e della promessa di cura, di rinnovamento o di autonomia. I linguaggi adottati sono d'altronde diversi e talvolta inediti (culti di possessione, culti religiosi a carattere regionale, movimenti di rivendicazione etnica, emergere di chiese locali e movimenti profetici, ecc.). La proposta di un'*economia politica del male e della cura* quale quella qui suggerita si ispira anche all'approccio di Rosalinda Shaw alla nozione di sé e di individuo (Shaw R. 2000). Cfr. anche Bayart J.F. 1992, 2000.

(19) Fassin indicava già molti anni or sono come la medicina fosse in sé una posta in gioco sociale e politica, e come nei paesi non occidentali l'antropologia e la sociologia della salute non dovessero accontentarsi di analizzare la malattia come «un fenomeno culturale al di fuori del tempo e

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 314 02/11/2010, 16.17

della storia e la medicina sotto il solo angolo delle pratiche tradizionali» (Fassin D. 1990: 47). Qui ci si è limitati ad indagare alcuni aspetti delle pratiche di cura in un contesto sociale e storico particolare, suggerendo che l'analisi dei discorsi e dei gesti dei protagonisti e il consapevole intreccio di alcuni temi di ordine sociale, politico ed epistemologico possono considerevolmente arricchire la prospettiva tradizionalmente adottata nell'etnografia dei sistemi medici locali. Cfr. anche Beneduce R. (*in corso di stampa*).

Bibliografia

Alexandre Pierre (1965), *Protohistoire du groupe beti-bulu-fang: essai de synthèse provisoire*, "Cahiers d'Études Africaines", vol. V, n. 4, 1965, pp. 503-560.

Alexandre Pierre - Binet Jacques (1958), *Le Groupe dit Pahouin (Fang - Boulou - Beti)*, Presses Universitaires de France, Paris.

Amselle Jean-Loup (1999 [1990]), *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*, Payot, Paris, 1990].

Anderson M. David - Douglas H. Johnson (curatori) (1995), *Revealing prophets*, Currey, London.

Ardener Edwin (1980 [1970]), *Stregoneria, economia e continuità di credenze*, pp. 185-208, in Douglas Mary (curatore), *La stregoneria. Confessioni e accuse nell'analisi di storici e antropologi*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Witchcraft. Confessions and accusations*, Association of Social Anthropologists of the Commonwealth, Tavistock Publications, London, 1970].

Arpin Jacques (2003), *Masters of their conditions: at the crossroads of health, culture and performance*, "Transcultural Psychiatry", vol. 40, n. 3, 2003, pp. 299-328.

Augé Marc (1975), *Logique lignagère et logique de Bregbo*, pp. 219-237, in Piault Colette (curatore), *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Hermann, Paris.

Augé Marc (1985), *Introduction*, pp. 1-13, in Augé Marc (curatore), *Interpreting Illness*, Harwood Academic Publishers, Chur [Svizzera], 1985 (*History and anthropology*, a cura di Hertog F. - Valensi N. - Watchel N.).

Augé Marc - Herzlich Claudine (curatori) (1986 [1983]), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Overseas, Amsterdam, 1983].

Bayart Jean François (direzione) (1992), *Dieu pour tous, chacun pour soi. Pratiques religieuses et médiations politiques en Afrique noire*, Karthala, Paris.

Bayart Jean François (2000), *Africa in the World: A history of extraversion*, "African Affairs", n. 99, 2000, pp. 217-267.

Balandier Georges (1955), *Sociologie actuelle de l'Afrique noire. Dynamique sociale en Afrique centrale*, Presses Universitaires de France, Paris.

Balandier Georges (1975), *Economie, société et pouvoir chez les Douala anciens*, "Cahiers d'Etudes Africaines", n. 59, vol. XV, fasc. 3, 1975, p. 361-380.

Barthes Roland (1966 [1964]), *Elementi di semiologia*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Eléments de sémiologie*, Seuil, Paris, 1964].

Bates L. George (1936), *Handbook of Bulu*, The Halsey Memorial Press, Elat [Cameroon].

Behrend Heike (1999), *Alice Lakwena & the holy spirits. War in northern Uganda*, James Currey, Oxford.

Behrend Heike (2003), *Photo Magic: Photographs in practices of healing and harming in East Africa*, "Journal of Religion in Africa", vol. 33, n. 2, 2003, pp. 129-145.

Beneduce Roberto (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi mimesi storia*, Bollati Boringhieri, Torino.

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 315 02/11/2010, 16.17

BENEDUCE Roberto (2004), *Politiche ed etnografie della morte in Africa subsahariana*, "La Ricerca Folklorica", n. 49, 2004, pp. 89-101.

BENEDUCE Roberto (2005), *Enigmi dell'esperienza. Conversazioni nella foresta del Camerun meridionale*, pp. 234-304, in BENEDUCE R. - ROUDINESCO E. (curatori), *Antropologia e psicanalisi*, vol. II. *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005.

BENEDUCE Roberto (in corso di stampa), *Corpi e saperi indocili. Stregoneria, medicina tradizionale e postcoloniale in Camerun*, Argo, Lecce.

BIBEAU Gilles (1978), *L'organisation ngbandi des noms de maladie*, "Antropologie et Société", vol. 2, n. 3, 1978, pp. 83-116.

BIBEAU Gilles (1983 [1998]), *L'activation des mécanismes endogènes d'autoguérison dans les traitements rituels des Angbandi*, "Culture", vol. III, n. 1, 1983, pp. 33-49 [ediz. ital.: *L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi*, pp. 131-158, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II, Liguori, Napoli, 1998].

BIBEAU Gilles (1985 [2000]), *From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and Western medicines*, "Culture Medicine & Psychiatry", vol. 21, n. 8, 1985, pp. 937-943 [ediz. ital.: *Dalla Cina all'Africa. L'impossibile sintesi tra medicina tradizionale e medicina occidentale*, pp. 67-82, in SCHIRRIPA Pino - VULPIANI Pietro (curatori), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nella Americhe*, Argo, Lecce, 2000].

BIBEAU Gilles - CHARLAND Carole (1994), *Sur la piste des errances du renard pâle. Les recherches d'une équipe italo-malienne sur le haut-plateau dogon*, "Psychopathologie Africaine", vol. XXVI, n. 3, 1994, pp. 341-386.

CASTORIADIS Georges (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Seuil, Paris.

CHRÉTIEN Jean-Paul (curatore) (1993), *L'invention religieuse en Afrique. Histoire et religion en Afrique noire*, Karthala, Paris.

CLIFFORD James (1999 [1997]), *Strade. Viaggio e traduzione alla fine del secolo XX*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Routes. Travel and translation in the late twentieth century*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1997].

COMAROFF Jean - COMAROFF John (1991), *Of revelation and revolution: Christianity, colonialism, and consciousness in South Africa*, University of Chicago Press, Chicago.

COMAROFF Jean - COMAROFF John (curatori) (1993), *Modernity and its malcontents. Ritual and power in postcolonial Africa*, Chicago University Press, Chicago.

CRICK Malcolm (1982), *Anthropology of knowledge*, "Annual Review of Anthropology", n. 11, 1982, pp. 287-313.

DE ROSNY Eric (1981), *Les yeux de ma chèvre*, Plon, Paris.

DE ROSNY Eric (1992), *L'Afrique des guérisons*, Karthala, Paris.

DEVEREUX Georges (1984 [1967]), *Dall'angoscia al metodo*, a cura di Carlo SEVERI, Istituto dell'Enciclopedia Treccani, Roma [ediz. orig.: *From anxiety to method in behavioral sciences*, Mouton & Co., The Hague - Paris, 1967].

DOZON Jean-Pierre (1987), *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire*, "Politique Africaine", n. 2, 1987, pp. 9-20 [ediz. ital.: *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, pp. 41-54, in SCHIRRIPA Pino - VULPIANI Pietro (curatori) *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nella Americhe*, Argo, Lecce, 2000].

ELLIS Stephen (1999), *The mask of anarchy. The destruction of Liberia and the religious dimensions of an African civil war*, New York University Press, New York.

EVANS-PRITCHARD Edward E. (2002 [1976]), *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, edizione italiana a cura di Roberto MALIGHETTI, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Witchcraft, oracles, and magic among the Azande*, a cura di Eva GILLES, Oxford University Press, Oxford, 1976].

FABIAN Johannes (2004), *On recognizing things. The «ethnic artefact» and the «ethnographic object»*, "L'Homme", n. 170, 2004, pp. 47-60.

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 316 02/11/2010, 16.17

FAINZANG Sylvie (1981-1982), *La cure comme mythe. Le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelques exemples ouest-africains*, "Cahiers de l'ORSTOM" [Office de la Recherche Scientifique et Technique d'Outre-Mer], vol. XVIII, n. 4, 1981-1982, pp. 415-421.

FARMER Paul (2001), *Infections and inequalities. The modern plagues*, California University Press, Berkeley.

FARMER Paul (2004), *On suffering and structural violence: A view from below*, pp. 281-289, in SCHEPER-HUGHES Nancy - BOURGOIS Philippe (curatori), *Violence in war and peace. An anthology*, Blackwell Publishers, Oxford.

FARMER Paul (2005), *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley.

FASSIN Didier (1990), *Maladie et médecines*, pp. 38-49, in FASSIN Didier - JAFFRÉ Yannick (curatori), *Sociétés, développements et santé*, Ellipses, Paris.

FASSIN Didier (2002), *Embodied history: uniqueness and exemplarity of South African AIDS*, "African Journal of AIDS Research", vol. 1, n. 1, 2002, pp. 65-70.

FERNANDEZ James W. (1961), *Christian acculturation and fang witchcraft*, "Cahier d'Études Africaines", vol. II, n. 6, 1961, pp. 244-270.

FERNANDEZ James W. (1982), *Bwiti. An ethnography of the religious imagination in Africa*, Princeton University Press, Princeton.

GALINIER Jacques (1997), *La moitié du monde. Le corps et le cosmos dans le rituel des Indiens otomi*, Presses Universitaires de France, Paris.

GESCHIERE Peter (1995), *Sorcellerie et politique en Afrique. La viande des autres*, Karthala, Paris.

GINZBURG Carlo (2002 [1966]), *I benandanti. Stregoneria e culti agrari tra Cinquecento e Seicento*, Einaudi, Torino [I ediz.: 1966].

GODELIER Maurice (1978), *La part idéelle du réel. Essai sur l'idéologisme*, "L'Homme", vol. XVIII, n. 34, 1978, pp. 155-187.

GODELIER Maurice (1996), *Sexualité et société*, "Journal des Anthropologues", n. 64-65, 1996, pp. 49-63.

HALLEN Barry - SODIPO J.O. (1986), *Knowledge belief & witchcraft. Analytic experiments in African philosophy*, Ethnographica, London.

LABURTHE-TOLRA Philippe (1985), *Initiations et sociétés secrètes au Cameroun. Essai sur la religion beti*, Karthala, Paris.

LAN David (1985), *Guns and Rain. Guerrillas and spirit mediums in Zimbabwe: a comparative study*, Zimbabwe Publishing House, Harare.

LANTERNARI Vittorio (2003 [1960]), *Movimenti religiosi di libertà e salvezza*, Editori Riuniti, Roma [I ediz.: 1960].

LÉVI-STRAUSS Claude (1978 [1959]), *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1959].

LINDQUIST Galina (2005), *Conjuring hope. Healing and magic in contemporary Russia*, Berghahn Books, New York - Oxford.

MAC CORMACK Carol P. (1992), *Health care and the concept of legitimacy in Sierra Leone*, pp. 426-437, in FEIERMAN Steven - JANZEN John M. (curatori), *The social basis of health and healing in Africa*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles, 1992.

MALLART GUIMERA Louis (1981), *Ni dos ni ventre. Religion, magie et sorcellerie Evuzok*, Société d'Ethnographie, Paris.

MALLART GUIMERA Louis (2003), *La forêt de nos ancêtres. Le système médical des Evuzok du Cameroun*, Institut d'Ethnologie, Tërvëuren.

MAMDANI Mahmood (2004 [1996]), *Citizen and subject. Contemporary Africa and the legacy of late colonialism*, Fountain Publishers, Kampala [I ediz.: 1996].

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 317 02/11/2010, 16.17

MANNONI Octave (1969), *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*, Seuil, Paris.

MARIE Alain (1997), *Avatars de la dette communautaire. Crise des solidarités, sorcellerie et procès d'individualisation (itinéraires abidjanais)*, pp. 249-328, in MARIE Alain (curatore), *L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, Khartala, Paris, 1997.

MARY André (2000), *La naissance à l'envers. Essai sur le rituel Bwiti fang au Gabon*, L'Harmattan, Paris.

MBEMBE Achille (1990), *Afriques indociles*, L'Harmattan, Paris.

MBEMBE Achille (2001), *On the postcolony*, University of California Press, Berkeley.

MEYER Birgitte (1998), «*Make a complete break with the past*»: *memory and postcolonial modernity in Ghanaian Pentecostal discourse*, pp. 182-208, in WERBNER R. (curatore), *Memory and the postcolony. African anthropology and the critique of power*, Zed Books, London, 1998.

MICHEL-JONES François (1978), *Retour aux Dogon. Figure du double et ambivalence*, Le Sycomore, Paris.

MUDIMBE Valentin Y. (1988), *The invention of Africa. Gnosis, philosophy, and the order of knowledge*, Currey, London.

MUDIMBE Valentin Y. (1997), *Tales of faith. Religion as political performance in Central Africa*, The Athlone Press, London.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (1990), *Sociétés et développement*, pp. 28-37, in FASSIN Didier - JAFFRÉ Yannick (curatori), *Sociétés, développements et santé*, Ellipses, Paris, 1990.

ORTIGUES Marie-Cécile - ORTIGUES Edmond (1966), *Œdipe africain*, L'Harmattan, Paris.

PIAULT Colette (curatore) (1975), *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Paris, Hermann.

PEEL J.D.Y. (2003), *Religious encounters and the making of the Yoruba*, Indiana University Press, Bloomington.

POOL Robert (1994), *Dialogue and the interpretation of illness. Conversations in a Cameroon village*, Berg Publishers, Oxford.

RANGER Terence (1985), *Peasant consciousness and guerrilla war in Zimbabwe*, Currey, London.

RANGER Terence (1986), *Religious movements and politics in Sub-Saharan Africa*, "African Studies Review", n. 29, 1986, pp. 1-69.

RUEL Malcolm (1980 [1970]), *Gli uomini animali e la strega introversa*, pp. 403-422, in DOUGLAS Mary (curatore), *La stregoneria. Confessioni e accuse nell'analisi di storici e antropologi*, Einaudi, Torino, 1980 [ediz. orig.: *Witchcraft. Confessions and accusations*, Association of Social Anthropologists of the Commonwealth, Tavistock Publications, London, 1970].

SAHLINS Marshall (1999), *Two or three things that I know about culture*, "Journal of the Royal Antropological Institute", vol. 5, n. 3, 1999, pp. 399-421.

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

SCHEPER-HUGHES Nancy - BOURGOIS Philippe (curatori) (2004), *Violence in war and peace. An anthology,* Blackwell Publishers, Oxford.

SCHIRRIPA Pino (1998), *Le associazioni di guaritori tradizionali e il gioco della legittimazione in Ghana*, pp. 345-367, in LANTERNARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori,* vol. II, Liguori, Napoli, 1998.

SCHIRRIPA Pino (2006), *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.

SHAW Rosalind (2000), «*Tok Af, Lef Af*»: *A political economy of Temne techniques of secrecy and self*, pp. 50-65, in KARP Ivan - MASOLO D. A. (curatori), *African philosophy as cultural inquiry*, Indiana University Press, Bloomington, 2000.

SINDZINGRE Nicole (1985), *Healing is as healing does. Pragmatic resolution of misfortune among the Senufo (Ivory Coast)*, pp. 33-58, in AUGÉ Marc (curatore), *Interpreting Illness*, Harwood Academic Publishers, Chur [Svizzera], 1985 (*History and anthropology*, a cura di HERTOG F. - VALENSI N. - WATCHEL N.).

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 318 02/11/2010, 16.17

SINDZINGRE Nicole (1986 [1983]), *La necessità del senso: la spiegazione della sventura presso i Senufo*, pp. 87-114, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, 1986 [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Overseas, Amsterdam, 1983].

TALIANI Simona (2006), *Il bambino e il suo doppio. Malattia, stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun*, Franco Angeli, Milano, 2006.

TALL Emmanuelle K. (1992), *L'anthropologue et le psychiatre face aux médecines traditionnelles*, "Cahiers des Sciences Humaines", 28, n. 1, pp. 67-81.

TONDA Joseph (2001), *Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires*,

"Cahiers d'Études Africaines", vol XL, tomo 1, n. 161, 2001, pp. 139-162.

TREFON Theodore (curatore) (2004), *Ordre et désordre à Kinshasa. Réponses populaires à la faillite de l'Etat*, "Cahiers d'Afrique/Afrika Studies", n. 61-62, 2004.

VAN DIJK Rijk (1998), *Pentecostalism, cultural memory and the State: contested representations of time in postcolonial Malawi*, pp. 155-181, in R. WERBNER (curatore), *Memory and the postcolony. African anthropology and the critique of power*, Zed Books, London, 1998.

WALKER S. Sheila (1980), *Young Men, Old Men, and Devils in Aeroplanes: The Harrist Church, the witchcraft complex and social change in the Ivory Coast*, "Journal of Religion in Africa", vol. 11, n. 2, 1980, pp. 106-123.

WRIGHT Marcia (1995), *Maji Maji. Prophecy & historiography*, pp. 124-142, in ANDERSON M. David - DOUGLAS H. Johnson (curatori), *Revealing Prophets*, Currey, London, 1995.

ZEMPLÉNI Andras (1973 [2005]), *Pouvoir dans la cure et pouvoir social*, "Nouvelle Revue de Psychanalyse", n. 8, 1973, pp. 141-178 [ediz. ital.: *Potere nella cura e potere sociale*, pp. 160-208, in BENEDUCE R. - ROUDINESCO E. (curatori), *Antropologia e psicanalisi*, vol. II. *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005].

ZEMPLÉNI Andras (1974 [2005]), *Du symptôme au sacrifice. Histoire de Khady Fall*, "L'Homme", vol. XIV, n. 2, 1974, pp. 31-77 [ediz. ital.: *Dal sintomo al sacrificio. Storia di Khady Fall*, pp. 103-159, in BENEDUCE R. - ROUDINESCO E. (curatori), *Antropologia e psicanalisi*, vol. II. *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino, 2005].

ZEMPLÉNI Andras (1988 [1999]), *Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation à l'individuation de la maladie*, "Social Science and Medicine", n. 11, 1988, pp. 1171-1182 [ediz. ital.: *Fra 'sickness'e 'illness': dalla socializzazione all'individualizzazione della 'malattia'*, pp. 57-82, in BENEDUCE R. (curatore), *Mente persona cultura, Materiali di etnopsicologia*, L'Harmattan Italia, Torino, 1999].

YANES Serge - EYINGA Essam Moise (1987), *Dictionnaire Boulou-Français, Français-Boulou, avec grammaire*, Éditions Padre Monti, Sangmélima (Cameroon).

Scheda sull'Autore

Roberto Beneduce è nato a Napoli il 26 ottobre 1957. Dopo aver conseguito la laurea in medicina e Chirurgia (1981, Napoli) con una tesi sui disturbi psicosomatici, e la specializzazione in Psichiatria (1985, Napoli) con una tesi sulla psicoterapia di Palo Alto (pubblicata poi con il titolo *Strategie del disincanto. La psichiatria americana fra Lakeville e Palo Alto*, Salerno, 1987), lavora nei servizi di salute mentale territoriali di Napoli sotto la direzione di Sergio Piro e poi di Collegno e Torino, continuando ad occuparsi della storia e dell'epistemologia della psichiatria e della clinica. Psicoterapeuta, parte-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 319 02/11/2010, 16.17

cipa a corsi di Medicina tropicale (Brescia), diventa membro della Società italiana di antropologia medica e comincia nel 1988 le sue ricerche in etnopsichiatria ed etnomedicina all'interno di un progetto di cooperazione in Mali, dove si occupa della medicina tradizionale dogon (tali ricerche sono tuttora in corso). Nel 1996 fonda a Torino il Centro Frantz Fanon, primo centro etnopsichiatrico in Italia che si occupa di pazienti immigrati, rifugiati, vittime di tortura. Svolge attività di ricerca e consulenza per agenzie delle Nazioni Unite sui temi della violenza, dell'infanzia, della salute mentale e della guerra in Eritrea, Etiopia, in Albania e in Mozambico. Terminato il dottorato in Antropologia ed etnologia a Parigi, presso l'EHESS (sotto la direzione di Marc Augé, con una tesi sulla trance e la possessione in Africa), intraprende una nuova ricerca nel Camerun meridionale all'interno della Missione etnologica in Africa Equatoriale, diretta da Francesco Remotti. Dal 2004 è coordinatore – per la Repubblica Democratica del Congo – di una ricerca internazionale (Ford Foundation, New York e Faculté des sciences politiques – CERI, Paris) sulle atrocità e i crimini di massa, e svolge diverse missioni in Ituri e in Kivu. Dal 2006 è inoltre responsabile della Missione etnologica italiana in Africa Subsahariana (Ministero degli affari esteri).

Dal 2000 insegna Antropologia culturale alla Facoltà di psicologia dell'Università di Torino (al cui interno tiene corsi di Antropologia medica, Antropologia della violenza e della devianza, Etnopsicologia, Etnografia; insegna inoltre Antropologia psicologica presso la Facoltà di lettere e filosofia della stessa Università di Torino). Attività di formazione sono svolte presso università e istituti di ricerca, sia italiani che stranieri (Lugano, Barcellona, Parigi, Sarajevo, Lisbona). La sua attività di ricerca rimane essenzialmente caratterizzata da tre assi principali: l'etnopsichiatria e l'antropologia della migrazione; l'analisi della struttura e delle trasformazioni dei sistemi medici tradizionali in Africa, l'antropologia della violenza.

Riassunto

Note per un'epistemologia politica della medicina tradizionale nel Sud del Camerun

L'Autore delinea il campo di analisi della medicina tradizionale bulu entro coordinate che sono ad uno stesso tempo epistemologiche e politiche. Come indicato da numerosi lavori medico-antropologici contemporanei, l'insistenza sulle sole dimensioni simboliche o le conoscenze empiriche, l'analisi delle sole categorie nosologiche o delle dimensioni tecniche delle strategie terapeutiche, rischiano di lasciare ciò che dà significato alle pratiche e ai discorsi che definiscono l'universo della cosiddetta medicina tradizionale (i suoi attori, le sue categorie, gli itinerari terapeutici, l'ansia identitaria dei guaritori). La riflessione sul contesto generale consente di leggere taluni mutamenti all'interno della categoria "medicina tradizionale di crisi", non diversamente da quan-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 320 02/11/2010, 16.17

to è stato suggerito con il concetto di "sessualità di crisi". L'indagine del sapere medico locale s'intreccia così con quello dei rapporti di potere e suggerisce di indagare le forme di contaminazione o di "alterazione" che si sono prodotte fra saperi e pratiche di origine eterogenea. Questo tipo di prospettiva evidenzia come, a partire dai discorsi sul corpo, la salute, la malattia e le sue cause mistiche, la medicina tradizionale rappresenti un insieme di strategie rivolte a governare l'incertezza, i conflitti interpersonali, la sofferenza, la violenza sociale.

Résumé

Pour une épistémologie politique de la médicine traditionnelle au Sud Cameroun

L'article dessine le scénario à l'intérieur duquel il est proposé d'analyser la médecine traditionnelle bulu: un scénario où les données politiques doivent être prises en compte en même temps que les variables d'ordre épistémologique. Comme l'anthropologie médicale contemporaine l'a montré, en se situant uniquement parmi les aspects symboliques ou empiriques de tel ou tel système médical traditionnel, entre les connaissances phyto-thérapeutiques et les catégories nosologiques ou les dimensions techniques de l'acte thérapeutique, l'on risque de perdre ce qui justement fonde les discours et les pratiques de la médecine traditionnelle: à savoir, la lutte des pouvoirs (occultes ou visibles), les lignes de fracture qui parcourent l'imaginaire et les rapports sociaux. L'introduction des données politiques nous permet par contre de mieux saisir le signifié des changements, des contaminations souvent décrites, ainsi que le sens de la crise identitaire des acteurs (tradipraticiens, prophètes, prêtres, ainsi que les patients), dans un mot: de saisir la médecine traditionnelle comme un domaine "social total". Comme il a été suggéré par le concept de "sexualité de crise", la notion de "médecine traditionnelle de crise" peut nous aider à comprendre quel type d'incertitudes, de souffrances et de violence les savoir médicaux locaux cherchent à maîtriser (souvent participant à leur reproduction) en même temps qu'ils cherchent à soigner.

Resumen

Apuntes para una epistemología política de la medicina tradicional en el Sur del Camerún

El Autor delimita el campo de análisis de la medicina tradicional bulu dentro de coordinadas que son al mismo tiempo epistemológicas y políticas. Como indican numerosos trabajos médico-antropológicos contemporáneos, la insistencia sobre las únicas di-

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 321 02/11/2010, 16.17

mensiones simbólicas o los conocimientos empíricos, el análisis de las únicas categorías noseológicas y de las dimensiones técnicas de las estratégias terapéuticas, corren el riesgo de perder lo que da significado a las prácticas y a los discursos que definen el universo de la llamada medicina tradicional (sus actores, sus categorías, sus itinerarios terapéuticos, el ansia de identidad de los curanderos). La reflexión sobre el contexto general permite leer algunos mutamientos internos de la categoría "medicina tradicional de crisis", de manera no diferente de como ha sido sugerido con el concepto de "sexualidad de crisis". La investigación del saber médico local se mezcla así con el de las relaciones de poder y sugiere indagar sobre las formas de contaminación o de "alteración" que se han producido entre saberes y prácticas de origen hetereogéneas. Este tipo de perspectiva demuestra como, tomando como punto de partida los discursos relativos al cuerpo, la salud, la enfermedad y sus causas místicas, la medicina tradicional represente un conjunto de estratégias dirigidas a controlar la incertidumbre, los conflictos interpersonales, el sufrimiento y la violencia social.

Abstract

Toward a political epistemology of traditional medicine in South Cameroon

The Author puts the study of Bulu traditional medicine (South Cameroon) between epistemological and political axes. In fact, it would be misleading circumscribing the study of traditional medicine only to symbolical aspects or empirical knowledge, diagnostic categories or technical therapeutic procedures. If political parameters are forgotten, the study risks to lose all that underlies the practices and discourses concerning the so called "traditional medicine". In order to understand the pragmatics of local medical systems or their changes, social and political context have to be taken in consideration, as well as the specific "identity anxiety" of the different actors: healers, prophets, priests, patients. As it has been suggested by the "crisis' sexuality" concept, we can propose the analogous concept of "crisis' traditional medicine" in order to enlighten the logic of changes and the metamorphosis of semantics and pragmatics characterizing traditional medicine. This perspective makes clear how traditional medicine tries to heal, but at the same time it tries to domesticate uncertainty, private conflicts, suffering, and violence, in some case reproducing itself violence and misunderstanding. The study of local medical knowledge becomes at once the investigation of a specific knowledge and the analysis of embodied history, relationships of power and social struggles, as well as hegemonic and counterhegemonic practices.

12-(Ricerche) Beneduce.pmd 322 02/11/2010, 16.17

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 323-359

Sguardi ipnotici e pubbliche dimostrazioni.

Magnetismo e sonnambulismo in alcuni laboratori, palcoscenici e tavoli medianici

Massimiliano Minelli

ricercatore in discipline demo-etno-antropologiche, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli studi di Perugia
[m.minelli@unipg.it]

> Ogni indagine seria delle doti e dei fenomeni occulti, surrealisti, allucinatori presuppone un intreccio dialettico di cui una mentalità romantica non verrà mai a capo. E infatti non è molto utile sottolineare con tono patetico o fanatico gli aspetti enigmatici dell'enigmatico; noi riusciamo a penetrare il mistero solo nella misura in cui lo ritroviamo nella vita quotidiana, grazie a un'ottica dialettica che riconosce il quotidiano come impenetrabile, l'impenetrabile come quotidiano. Ad esempio, la più appassionata indagine dei fenomeni telepatici non insegnerà, sul fenomeno della lettura (che è un processo eminentemente telepatico), nemmeno la metà di quello che l'illuminazione profana della lettura insegna intorno ai fenomeni telepatici.
>
> (BENJAMIN Walter, *Il Surrealismo. L'ultima istantanea sugli intellettuali europei*, Einaudi, Torino, 1993 [1974-1989, 1929]: 265-266).

> I filosofi, che credono che pensando si possa, per così dire, estendere l'esperienza, dovrebbero riflettere che per telefono si può trasmettere un discorso, ma non il morbillo.
>
> (WITTGENSTEIN Ludwig, *Zettel*, Torino, Einaudi, 1986 [1967]: 58, §. 256).

Premessa

Nelle storie della psichiatria, le dispute su elettricità, magnetismo animale ed ipnotismo hanno svolto spesso una funzione di spartiacque fra differenti concezioni del "fare ricerca" (ALEXANDER F.G. - SELESNICK S.T. 1975 [1966]). È come se, per meglio circoscrivere le nuove scienze della psiche e del cervello, proliferate alla fine del secolo XIX, si dovesse scegliere fra i *salti di paradigma* e le "operazioni di ripulitura" in cui sono quotidianamente impegnati i ricercatori della cosiddetta *scienza normale* (KUHN T.S. 1978 [1962]: 44). Tale scelta sembrerebbe indicare più nitidamente la separazione fra un esercizio della razionalità sorretto da *dimostrazioni* e prove sperimentali e un fascino per l'ignoto espresso da azioni eclatanti, ricono-

Note

sciute come efficaci, ma accompagnate da *credenze apparentemente irrazionali* (SPERBER D. 1984 [1982]: 53-86). Si ha l'impressione, in fondo, che le principali dispute scientifiche di fine Ottocento fossero vere e proprie "rese dei conti", dopo le quali, per così dire, non era più possibile tornare indietro.

Va detto tuttavia che nei confronti di quelle dispute l'antropologia della conoscenza può esercitarsi con un certo profitto, proprio lavorando sulle azioni quotidiane e le microstorie che proliferano in quei vuoti e quei salti epistemici. Attraverso l'etnografia di situazioni di scambio intersoggettivo, l'antropologia come critica culturale permette infatti di riaprire questioni che sembrano altrimenti definitivamente chiuse.

In un campo vasto, nel quale anche una ricognizione preliminare rileverebbe numerosi importanti contributi (ELLENBERGER H.F. 1976 [1970], CHERTOK L. - DE SASSURE R. 1975 [1973], GALLINI C. 1983, CHERTOK L. - STENGERS I. 1991 [1989], VIOLI A. 2004), l'argomento circoscritto di questo testo è costituito dal rapporto fra sperimentazione ed esplorazione scientifica degli stati di coscienza, a cominciare da alcune dispute sull'ipnotismo del secolo XIX. A tal fine, prenderò in considerazione alcuni punti di svolta, nelle controversie sul magnetismo e sull'isteria, focalizzando l'attenzione sugli attori, sugli assetti istituzionali e su una complessa economia della dimostrazione scientifica. Le dispute sono storicamente importanti, perché hanno definito ambiti in cui oggi sembra possibile ragionare del *come fare scienza*, con pacata sicurezza, senza dover spendere energie nelle polemiche alimentate dal "paranormale" e dalla "parascienza" (LAGRANGE P. 1993). La strategia, per studiare questo tipo di problemi, consiste nel capire come le pratiche siano socialmente distribuite e come entrino direttamente in gioco i corpi dei ricercatori. Bisognerebbe, in altri termini, seguire da vicino gli "scienziati", mentre costruiscono i loro dispositivi sperimentali e clinici: accompagnare i protagonisti nei loro spostamenti, fuori e dentro i laboratori; assistere in platea agli spettacoli in teatri popolari; frequentare i salotti della nuova borghesia; mantenere una ricca corrispondenza epistolare. Ci sono poi domande da fare, nei luoghi in cui vivono e lottano contro le loro afflizioni i pazienti: cosa si dice di loro, come sono trattati, com'è stata data forma ai sintomi e ai discorsi che li circondano.

Si tratta di un percorso che può contribuire a chiarire quel "fascio intermedio di relazioni" fra saperi sull'anatomia del corpo umano, sulla salute delle popolazioni e sulla memoria personale, in cui sono attive le discipline della psiche. In questo fascio intermedio di relazioni, a fianco della *anatomo-politica* del corpo umano e alla *bio-politica* delle popolazioni, capi-

13-(Note) Minelli.pmd 324 02/11/2010, 16.18

saldi della analisi foucaltiana, Ian Hacking colloca la *mnemo-politica* dell'anima umana – «una nozione che chiama in causa, insieme a molte altre cose, carattere, scelta riflessiva e coscienza di sé» – (HACKING I. 1996 [1995]: 294-295). Qui potrebbe essere individuata un'area problematica in cui i dispositivi sperimentali siano ricostruiti attraverso la mappatura delle pratiche e gli oggetti di conoscenza non siano dati come pre-esistenti, ma considerati invece come attivi e generatori di significato (HARAWAY D.J. 1991 [1988]: 200-201). Nella gestione del binomio malattia/meraviglioso, infatti, sono coinvolti attori umani e non-umani (LATOUR B. 1995 [1991], 2005 [1996]), dei quali seguire le azioni concrete, ricordando che «una storia delle idee è una storia dei soggetti storici che di queste idee fanno pratica» (GALLINI C. 1983: 197).

Tavolo medianico in interno borghese

Per iniziare, una situazione concreta e per certi versi allegorica. In un appartamento di Genova, una sera di fine dicembre 1906, una celebre medium, Eusapia Paladino, siede – tenendoli per mano – fra un noto giornalista del "Corriere della Sera", Luigi Barzini, e un eminente scienziato e alienista, Enrico Morselli. Assieme a loro, con le mani sul tavolo in contatto per formare una catena medianica, ci sono: il signor Bozzano, studioso accompagnatore di Eusapia, la signora e il signor Berisso, padroni di casa, e il dottor Venzano, un medico che si occupa di spiritismo.

Il gruppo è riunito nel salotto quadrato, di quattro metri e mezzo di lato, della casa del pittore Berisso, al quinto piano di un palazzo genovese. Come mostra la planimetria della stanza, riportata in un resoconto di Barzini[(1)], il salotto è arredato con un tavolo e sette sedie, un divano, un pianoforte; in un angolo è stata appesa una tenda nera, dietro cui è sistemata una sedia. Questo angolo è il vero e proprio gabinetto medianico. La situazione sperimentale nel salotto è stata definita da alcune operazioni preliminari di Morselli e collaboratori, i quali dopo aver accuratamente escluso la presenza d'eventuali trucchi, hanno sigillato la porta, sistemato tre macchine fotografiche pronte a catturare «qualche eventuale istantanea al magnesio» e controllato la quantità e la qualità della luce bianca proveniente da una lampada elettrica da sedici candele (BARZINI L. 1984 [1907]: 63). L'allestimento della stanza e della seduta è ogni volta il risultato di quella che appare allo stesso tempo come una complicata negoziazione e una prova di forza: in questo caso ad esempio Morselli – sempre pronto a proporre altri congegni di rilevazione – ha chiesto di piazzare una lastra fotografica dietro la spalliera

Note

13-(Note) Minelli.pmd 325 02/11/2010, 16.18

della sedia della medium, per captare eventuali radiazioni della sua testa; ma Eusapia, che è una che "detesta le novità", ha opposto un secco rifiuto.

La dettagliata descrizione degli accadimenti della serata è di Barzini:

> «Si seguono dei fenomeni noti: agitazione delle tende e persino dei *rideaux* delle finestre, movimento della seggiola nell'interno del gabinetto, la quale ritorna a farmi visita, ecc. Ad un certo punto l'Eusapia dice al professor Morselli il solito: "stai attento!" e segue uno dei prodigi più singolari. Premetto che, messi in guardia dall'avviso, ci siamo assicurati di tutti i controlli. Fra la scienza e l'opinione pubblica l'Eusapia aveva tutta l'aria d'essere invece fra due guardie di questura. Avevamo il contatto delle sue mani, delle sue ginocchia e dei suoi piedi. Essa contraeva fortemente gli avambracci, e il professor Morselli è toccato in più parti dalla tenda che si agita» (BARZINI L. 1984 [1907]: 80).

La medium artefice di questo strano esperimento è messa al sicuro, presa fra *scienza*, *opinione pubblica* e *giurisdizione*. Eppure, colpisce il modo perentorio in cui Eusapia richiama e indirizza l'attenzione dei testimoni verso i fenomeni che si producono nella semioscurità. Il singolare prodigio descritto da Barzini (che gli richiama alla mente l'*Uomo invisibile* di Wells) è il rilievo di un corpo umano sulla tenda nera "sinuosamente gonfia e vuota". Tutto questo accade mentre Morselli «sente il suo corpo appoggiarsi a lui, sente le sue braccia stringerlo, e noi le vediamo queste braccia, avvolte nella tenda» (BARZINI L.1984 [1907]: *Ibidem*) [2].

Lo schema della catena spiritica, costituita da persone che insieme alla medium siedono attorno ad un tavolo tenendosi per mano, si è ripresentato più volte, con altri osservatori eccellenti. Ecco cosa accadde, alla presenza di Cesare Lombroso, quando Eusapia venne alle prese con l'evocazione di John King, padre di Katy King, uno dei più noti spiriti inglesi.

> «Pochi minuti dopo che siamo adunati, il tavolo geme, oscilla, si solleva da un lato, ricade, si solleva ancora, leggermente. Io sto seduto alla sinistra del medium [Eusapia], tengo il mio piede destro sotto il suo piede sinistro, il mio ginocchio contro al suo, la mia destra sulla sua sinistra: ciò si chiama avere il controllo. Dalla mia parte essa non può svincolare né gambe né braccia senza che io me ne accorga. La metà dell'Eusapia è affidata alle mie cure, ed io la vigilo con scrupolosa attenzione. L'altra metà è in possesso di Cesare Lombroso, il quale disimpegna il suo compito con benevola dignità. L'illustre scienziato, che così al tavolo ricorda la figura di un vecchio diplomatico giapponese in qualche adunanza di plenipotenziari, interroga gravemente John: "Ci sei?" gli chiede. Il tavolino si solleva e ricade tre volte sopra una gamba, e questo significa: *Sì*.
>
> Il vocabolario del mobile animato non è eccessivamente esteso. Un colpo vuol dire *attenti*, due *no*, tre *sì*, quattro *conversate*, cinque *meno luce*, sei *più luce* e sette *basta*. È più facile anche dell'esperanto questo linguaggio medianico, capace di esprimere poche idee ma chiare.

13-(Note) Minelli.pmd 326 02/11/2010, 16.18

> Udendo la presenza dello spirito ufficialmente annunziata mi metto in guardia e controllo con tanta energia che il medium manda un grido. La poveretta soffre di podagra, e un improvviso e vigoroso urto del mio piede le ha rammentato il male in tutta la sua estensione. Ma inutilmente mi dedico ad un perfetto mantenimento di contatti molteplici, ai quali mi autorizza la venerabile età della Paladino: non riesco a scoprire il minimo inganno» (BARZINI L. 1984 [1907]: 36).

In questa lunga citazione si trova molto più di un'esperienza medianica sottoposta a una rigorosa procedura di controllo. Uno scienziato, che sembra un diplomatico giapponese, e una medium con la gotta sono coinvolti in un complicato scambio sociale. Barzini fa trapelare quale solerzia e quanta "energia" siano richieste ai controllori, allo scopo di smascherare eventuali trucchi. Non sono da trascurare inoltre l'efficacia e la laconicità del linguaggio degli spiriti, che invitano gli interroganti a tradurre enunciati complessi in domande, che ricevono risposte secondo una ferrea logica binaria. Altrettanto significativo è il richiamo ad un linguaggio universale (l'*esperanto*) che fa capire come, nella cosmopolita *età degli imperi* (HOBSBAWM E.J. 1987), la fama degli spiriti corra più velocemente degli esponenti della comunità scientifica internazionale: la presenza di ectoplasmi deve molto alla organizzazione di procedure d'osservazione e, insieme, alla comunicazione che corre lungo i fili telegrafici di una rete commerciale transnazionale.

Dalla testimonianza diretta della seduta medianica, è difficile pensare ad un'osservazione distaccata di quello che appare come un groviglio di corpi, che cercano di mantenere "contatti molteplici". In questo senso, il resoconto in prima persona di Barzini, con i suoi commenti ironici sulle pose scomode ma dignitose degli scienziati sul terreno dello spiritismo, è prezioso: permette infatti di far emergere dettagli che sono in genere tralasciati sia dai resoconti delle prove di laboratorio, sia dalla descrizione di casi della antropologia criminale lombrosiana.

> «Nei caratteri esterni, a prima vista, l'Eusapia nulla presenta di anormale, salvo un fiocco di capelli bianchi, che contorna un infossamento del parietale sinistro, infossamento causato non si sa bene se da un colpo di casseruola datole dalla matrigna, o da una caduta da una finestra fatta all'età di un anno. Pesa 60 chilogrammi, ed il peso poco varia dopo le sedute; ha stenocrotafia (ossia il diametro bizigomatico maggiore del frontale: 127 a 113); dolicocefalia con indice cefalico: 73, che è però etnica; circonferenza del capo normale: 530; asimmetria tanto del cranio quanto della faccia, per maggiore sviluppo della parte destra. L'occhio sinistro presenta il fenomeno di Claude Bernard Hörner comune agli epilettici. [...] Essa ha poi delle note morbose che vanno fino alla follia isterica; passa rapidamente dalla gioia al dolore, ha fobie strane: per esempio, di macchiarsi le mani; di temere l'oscurità; è fortemente impressionata e soggetta ai sogni, malgrado l'età matura. Ha non rare volte allucinazioni, spessissimo vede la sua

13-(Note) Minelli.pmd 327 02/11/2010, 16.18

> ombra; da bambina credeva veder due occhi che la fissassero dietro gli alberi e dietro le siepi. Quando è in collera, specie quando è offesa nella sua riputazione di medio, è violenta ed impulsiva fino a malmenare gli avversari» (LOMBROSO C. 1909: 78-82).

Allo scopo di penetrare il tono e la retorica del modo di procedere di Lombroso, va ricordato che egli giunse a studiare lo spiritismo nel quadro di un complessivo processo di patologizzazione del sonnambulismo. A questo egli si riferisce quando dichiara d'essere stato spinto, nel 1882, ad occuparsi di "fenomeni psichici singolari" avvenuti in individui isterici o ipnotizzati. Nel modo in cui egli inquadra il problema, i fenomeni telepatici in pazienti isterici sono segni d'atavismo e la produzione di ectoplasmi è uno dei possibili effetti della maggiore prossimità alla materia dei popoli primitivi[3]. Ecco perché, nella biografia di Eusapia, gli episodi cui egli dà più rilevanza si riferiscono ai traumi subiti dalla sensitiva ancora bambina, quando a otto anni vide uccidere il padre dai briganti, oppure ai suoi ricoveri e alle traversie superate prima di essere accolta come domestica in una ricca famiglia borghese di Napoli. L'apprendistato della medium era iniziato proprio nel corso di alcune sedute spiritiche nella casa in cui era a servizio. In una di quelle occasioni, si presentò un certo Damiani il quale, intuendo le possibili prospettive economiche di una nuova attività, le propose di firmare un contratto, dando così inizio ad una lunga carriera professionale (LOMBROSO C. 1909: 47 e segg.).

Della moltiplicazione di sguardi e voci, in una scena affollata e polifonica, permangono varie tracce nel modo di procedere delle sedute medianiche. Una microanalisi degli spostamenti e delle visioni situate dei protagonisti (HARAWAY D.J. 1991 [1988]) mostrerebbe almeno che ciò che i partecipanti vedono in una seduta rimane in rapporto permanente con la possibilità logica di essere visti da qualcuno che rimane invisibile. Nelle sue descrizioni Barzini, ad esempio, riporta quello che ha visto, in una situazione in cui, insieme ad altri testimoni viventi/visibili, la medium Eusapia dice di aver comunicato con osservatori non-viventi/invisibili. La seduta appare come un rituale laico, con evidenti tratti funerei, predisposto per gli umani, esattamente come potrebbe mostrare i tratti di uno spettacolo allestito per un pubblico di morti (BERGE C. 2003). La logica porterebbe ad immaginare gruppi di spiriti, in contatto con Eusapia, che si danno appuntamento per osservare cosa accade tra i viventi/visibili seduti attorno al tavolo medianico. La presenza di eventuali trucchi, ovvero la possibilità che vi sia un complice esterno alla seduta o (peggio ancora) presente fra i partecipanti, nascosto a tramare inganni per indurre a credere in fenomeni paranormali, non modifica sostanzialmente questa scomoda

13-(Note) Minelli.pmd 328 02/11/2010, 16.18

posizione di *osservatori costantemente osservati* in cui si sono sistemati Lombroso e Morselli [4].

D'altra parte, le descrizioni delle esperienze medianiche sopra riportate mettono in gioco una complicata interazione sociale, sul confine fra il pubblico e il privato. L'effetto è quello della quarta parete nel dramma borghese, che introduce l'idea della *fiction* nell'ambito dei sentimenti intimi e delle psicologie individuali. Il fatto che questi fenomeni avvengano in un salotto, fa pensare ad una strana manipolazione della linea ideale che separa sfera pubblica e sfera privata borghese. Una linea che, come scrive Jürgen Habermas, «passa nel bel mezzo della casa» proprio quando al grande salone di soggiorno, in cui la famiglia si mostra al pubblico, subentra il «salotto di una famiglia più piccola dove i coniugi con i figli minori si appartano dal personale di servizio» (HABERMAS J. 1988 [1962]: 62).

"Evidence based spiritism"

Nel seguire le complicate vicende dello spiritismo tra Otto e Novecento bisogna provare a immaginare trasformazioni e corrispondenze tra fenomeni che sono ora considerati come "bersagli" di differenti approcci specialistici. Ma storicamente *transe* del medium, sonnambulismo magnetico e sintomi dell'attacco isterico si sono prodotti all'incrocio fra scienze anatomiche, scienze statistiche negli stati moderni e pratiche giurisdizionali basate sulla raccolta di storie biografiche di devianti, in cui hanno svolto funzioni decisive le scienze della psiche e la nascente neurologia (HACKING I. 1996 [1995]: 288-300). Per ricostruire la trama che connette argomenti e approcci apparentemente scollegati, si deve tentare, per quanto possibile, di ricondurre la conoscenza dei dispositivi all'esperienza e al posizionamento dei ricercatori, mentre si muovono fra "mille incertezze" in un terreno per certi versi esotico.

George W. Stocking ha scovato negli archivi del Pitt Rivers Museum di Oxford e poi pubblicato un breve diario autografo di Edward B. Tylor, risalente al novembre 1872, vale a dire al periodo in cui il capostipite dell'antropologia vittoriana si trasferì a Londra per descrivere in prima persona i caratteri moderni dello spiritismo. Nell'opera di Tylor, com'è noto, la possessione spiritica è in prevalenza collocata in ambienti extraeuropei e riconducibile alla teoria dell'animismo, ma la ricognizione sistematica delle "sopravvivenze" lo portò a intraprendere un'indagine in case e società spiritiche londinesi, con una fitta agenda di appuntamenti. L'ipotesi che lo guidava nel *field work* urbano è che i fenomeni fossero il risultato della

13-(Note) Minelli.pmd 329 02/11/2010, 16.18

combinazione delle credenze illusorie sulla realtà, di *performances* degli stessi medium, insieme alla possibilità che alcuni poteri mesmerici influissero sulla percezione dei testimoni (STOCKING G.W. 1971: 91). Tylor, che aveva già partecipato agli esperimenti di Crookes e avuto modo di percepire voci di sedicenti ectoplasmi, seguì il movimento spiritista londinese con un misto di attenzione e di scetticismo, prendendo parte a diverse sedute con dieci medium, alcuni dei quali erano fra i più noti dell'epoca (Kate Fox, Danile Home, il reverendo Moses) (5).

In quel momento, la produzione di eventi straordinari, in particolari condizioni psichiche, riconducibili a fenomeni fisici ordinariamente non visibili, sembrava una faccenda molto seria. Vari sperimentatori avevano sostenuto l'esistenza di un ipotetico quarto stato della materia "radiante", da affiancare a quelli già conosciuti (solido, gassoso, liquido) (EDELMAN N. 2003). Gli studi sulla doppia personalità avevano inoltre aperto un terreno di scambio fra neurologizzazione e spiritismo, inteso come "positivismo spirituale" (6). Le procedure di controllo approntate dalla scienza dell'epoca all'interno di quello che sembra configurarsi come un dispositivo rituale, seguivano alcune premesse e una ferrea logica induttiva, per mettere alla prova gli assunti basilari dello spiritismo: (*a*) che in presenza del medium si producano fenomeni significativi in specifiche circostanze; (*b*) che il medium sia in grado di sapere molto del passato e del presente dei partecipanti alle sedute, anche senza averli prima conosciuti; (*c*) che la conoscenza del medium derivi dall'essere in contatto con il mondo degli spiriti dei defunti, i quali sarebbero a loro volta responsabili della produzione di fenomeni e informazioni paranormali (HACKING I. 1988: 435). Va aggiunto a questo riguardo che, in quel momento, non era stata ancora prospettata una divisione del lavoro fra scienziati della materia e dei corpi e specialisti della cultura. È così possibile stilare una lunga lista di scienziati fisici e naturali disposti a sedersi ai tavoli medianici: oltre a Wallace, Darwin, Galton, William Crookes, il gruppo della Society for Psychical Research raccoltosi nel 1882 attorno al filosofo Henry Sidgwick a Cambridge (PARETI G. 1990) e poi Charles Richet insieme ad altri esponenti della scuola di Charcot in Francia (7).

Qualche volta però l'esame critico delle evidenze dà risultati poco incoraggianti. Nella sua indagine del 1872, Tylor incontrò persone molto varie, come quando il 15 novembre a Southampton Road si fermò a conversare con una francese mesmerista professionista e si trovò coinvolto in una seduta fra loquaci signorine, che non facevano un attimo di silenzio, e un vecchio che interruppe la *transe* del malcapitato sensitivo con un forte starnuto. Oppure quando, seguendo l'attività di medium che evocavano spiri-

13-(Note) Minelli.pmd 330 02/11/2010, 16.18

ti bambini indiani parlanti lingue native improbabili, smascherò la deprecabile tendenza a riprodurre nel mercato spiritico europeo modelli di pratica messi a punto nella prima ondata dello spiritismo americano [8]. Alla fine, si capisce che Tylor si era convinto di aver assistito per lo più a probabili trucchi, rimanendo stupito dalle abilità tecniche profane del medium – «*the extreme skill with which he sent out rings of tobacco smoke*» – piuttosto che dalla straordinarietà dei fenomeni prodotti (STOCKING G.W. 1971: 92).

La ricerca sul campo di Tylor non ha fornito prove per ipotizzare un eventuale residuo genuino dello spiritismo. Il suo diario propone soprattutto inferenze sull'attendibilità dei testimoni, da ricondurre al rapporto fra rispettabilità e classe sociale. Ricorda Stocking che «il fatto che gli spiriti che prendono il controllo fossero (nei termini di Tylor) razzialmente e/o socialmente inferiori, parlassero il dialetto, e dicessero cose stupide era una buona ragione per non credere» (STOCKING G.W. 1971: 102). Per quel che riguarda la possessione, inoltre, Tylor sembra accettare la spiegazione più diffusa della simulazione isterica e, a fronte di un materiale irregolare e pulviscolare, alla fine, preferisce soffermarsi su un genere particolare d'evidenza, fondata sulle testimonianze di persone di fiducia. Il fatto che, in situazioni caotiche e alterate, membri istruiti della *upper-class* da un lato fornissero evidenze della presenza di una frode e dall'altro restassero nell'insieme convinte della realtà del fenomeno, rendeva più cauta e sottile la valutazione delle testimonianze dirette e indirette da parte dell'antropologo [9].

Dissimulazione e forza si combinano fra loro e investono complessivamente la situazione sperimentale o il dispositivo d'osservazione. Si potrebbe dire che il trucco è parte costitutiva della tecnica e si verifica in situazioni ove lo scienziato non può scegliersi avversario, armi e testimoni del duello (come in un pericoloso ma onorabile gioco di società) ed è costretto a venire alle prese con soggetti ambigui e ingannevoli: generalmente incolti, poveri, spesso donne. Ma in tale scenario il trucco è parte costitutiva della tecnica. Il movimento di finte e contro-finte, il terribile e giocoso scambio dissimulatorio di questo "nervous system" (TAUSSIG M. 1992) scaturisce da una combinazione fra camuffamento, spettacolo e morte (TAUSSIG M. 2006: 128). Sebbene la strategia investigativa oxoniense presupponga che per ogni impostore ci possano essere molti operatori in buona fede che restano sconosciuti, chi è troppo impegnato nello smascherare il trucco potrebbe non rendersi conto «che il segreto del segreto è che non ve ne è alcuno, o piuttosto che il segreto è un segreto pubblico, qualcosa che è generalmente conosciuto ma non può essere generalmente articolato» (TAUSSIG M. 2006: 151).

13-(Note) Minelli.pmd 331 02/11/2010, 16.18

Teatri dei nervi

Negli episodi riportati all'inizio, Eusapia è una figura di notevole spessore, che si staglia solitaria in tutto il suo fascino. In realtà, la presenza del medium, che fa dell'evocazione degli spiriti una particolare modalità di comunicazione a più voci, potrebbe essere vista come la versione "individuata" e la "proiezione magica" della coppia magnetizzatore-sonnambula. Tale coppia, che ha calcato i palcoscenici delle maggiori città europee, è a usa volta entrata in rapporto con la scoperta di una tendenza autonoma al sonnambulismo di alcune persone, avvenuta attraverso l'esplorazione clinica dell'isteria. Il confine tra ricerca sperimentale ed esibizione pubblica non è però facilmente distinguibile. Le principali procedure per la gestione degli stati dissociativi erano state messe a punto in esibizioni spettacolari e l'attivazione di risposte comportamentali, agendo in qualche modo sul sistema nervoso centrale, aveva avuto un iridescente corrispettivo sulle scene dei teatri e sulle *réclames* delle pagine locali dei quotidiani [(10)].

L'esplorazione degli stati dissociativi, in cui uno specialista dell'induzione ipnotica crea le condizioni perché la sua paziente/collaboratrice produca, a sua volta, fenomeni non ordinari, è stata proposta al pubblico come un modo per entrare in contatto con una realtà "altra". Le tecniche di induzione sono note: un ipnotista, di solito uomo, porta un paziente, in genere donna, in uno stato di coscienza "altro" simile al sonno; uno stato che permette al secondo di rispondere docilmente a ingiunzioni del primo e allo stesso tempo di produrre fenomeni extraordinari. Il soggetto che agisce sotto ipnosi può sviluppare una personalità che potrebbe risultare anche molto diversa da quella ordinaria. Tale soggetto non riuscirà a ricordare atti e intenzioni della persona seconda, che si è dileguata al risveglio. Questo meccanismo ha permesso per anni agli *show ipnotici* di diventare *freak show* temporanei. Un comportamento strano, indotto sotto ipnosi, mostra che il confine tra la norma sociale e il bizzarro e il grottesco è molto sottile. D'altra parte, la messa in scena di queste curiosità ha attinto ampiamente alla popolarizzazione della scienza sperimentale. Ecco perché molte campagne pubblicitarie degli ipnotismi da baraccone hanno combinato creativamente un metodo terapeutico con il prodigio moderno dell'elettricità e delle telecomunicazioni (telegrafo e poi telefono). Alcune figure come l'ipnotista inglese Walford Bodie hanno collocato il loro spettacolo dentro un paradigma progressivo, molto simile ad alcuni assunti del positivismo, mettendo insieme magia e scienza e sostenendo che i misteri del soprannaturale sarebbero diventati fatti scientifici nell'epoca della "magia elettrica" (NADIS F. 2001). La nuova tecnologia diventa il grande mistero dello show che

13-(Note) Minelli.pmd 332 02/11/2010, 16.18

mette in gioco la forza del pensiero e l'azione a distanza per suscitare forti emozioni nel pubblico.

Del ruolo dello shock nella nuova era, Walter Benjamin ha acutamente colto i gangli nevralgici, quando ha seguito le tracce della innervazione che attraversa la scrittura di Baudelaire, di Poe e del movimento surrealista francese – la folla, la macchina della nuova industria, la fantasmagoria, la scrittura automatica –. La tesi di Benjamin è che la fantasmagoria, come montaggio fantastico, rappresenta l'interfaccia fra organismo e tecnica moderna, nel sistema neurologico riconfigurato (BENJAMIN W. 1962 [1955]). Come scrive Patrizia Violi nel suo documentato saggio *Il teatro dei nervi*, per modellare il disturbo isterico sono stati fondamentali i rapporti fra macchine esterne ed interne del sentire, «vale a dire tra un corpo sempre più autonomo dalla mente nei suoi processi di captazione nervosa, e una società che si popola di protesi artificiali del sentire, come le fantasmagorie, i diorami, i *tableaux vivants*» (VIOLI P. 2004: 13)[11]. È la scena ipnotica a presentare il gioco a distanza, che vede al centro la crisi, lo stupore e la visionarietà del corpo isterico, in un dispositivo tecnologico.

> «[...] in un certo senso, è come se il sonnambulismo diventasse la forma normale dell'interscambio tra i corpi, ciò che li rende a un tempo più governabili – disciplinabili come tante marionette – e più anarchici nel loro statuto di "posseduti" dalla logica inconscia delle sensazioni. La modernità viene a configurarsi come un grande teatro dei nervi, in cui, riprendendo un'immagine di Benjamin, è abolita ogni distinzione tra interiorità ed esterno per dar spazio a un unico corpo culturale mesmerizzato e alle forme della sua malattia» (VIOLI P. 2004: 40).

Henri F. Ellenberger ha mostrato convincentemente che la parte spettacolare è già sui palcoscenici, quando i più noti alienisti dell'Ottocento si impadroniscono delle tecniche dell'ipnosi e del magnetismo: Braid aveva seguito il magnetizzatore Lafontaine a Manchester nel 1841, Donato aveva molto impressionato il dott. Morselli nell'aprile 1886 a Torino (ELLENBERGER H.F. 1976 [1970]: 95 e segg., vedi anche GUARNIERI P. 1986: 102 e segg.). Ironicamente, medico e medium erano coppie fisse, in modo non dissimile da quanto stava accadendo sul versante dell'ipnosi fra il magnetizzatore e la sonnambula. Ecco perché ci si trova spesso a ricordare i nomi degli scienziati insieme a quello delle artefici delle sedute spiritiche. Rispettabilità degli uni e successo di pubblico e lettori delle altre costituiscono un'innovativa combinazione mediatica. Ed ecco perché si ripercorrono insieme, nelle storie della psichiatria, i casi di Lombroso ed Eusapia Paladino, di William James e Mrs Piper.

Note

13-(Note) Minelli.pmd 333 02/11/2010, 16.18

Già nel 1838, presso lo University College Hospital di Londra, John Elliotson, aveva esposto al pubblico nel suo teatro medico pazienti sottoposti a magnetismo (KAPLAN F. 1974). Una volta entrata in *transe*, la persona salita sul palco diventava un corpo in grado di riprodurre posizioni e movimenti, secondo i comandi del mesmerizzatore e del pubblico.

> «I soggetti preferiti da Elliotson, ossia i più duttili all'esperimento e quindi di maggior richiamo nella dimostrazione, sono due sorelle, poi note come Sisters O'Key, le quali si rivelano in grado di teatralizzare l'intero "repertorio" del corpo nervoso durante la trance. In questa fase di percezione sospesa, l'interno del corpo si trasforma in un vero e proprio spettacolo fantasmagorico: la geografia dei sensi si ridefinisce in base a un processo di inarrestabile sinestesia, per cui le pazienti giungono a "vedere" con le mani, "udire" con lo stomaco, "toccare" con la vista. Per certi versi, è come se, calate dentro la scena panoramica del proprio corpo senza la necessaria distanza, ne isterizzassero la rappresentazione» (VIOLI P. 2004: 77-78).

Parallelamente agli spettacoli mesmerici, in Europa attraverso i diorami e le fantasmagorie sono stati ripensati alla radice gli effetti ottenuti con le lanterne magiche, il gioco filosofico prediletto nel Settecento (12). I grandi allestimenti scenografici hanno costituito uno straordinario banco di prova per l'attivazione dei sensi degli spettatori. Nei primi anni dell'Ottocento, Etienne Gaspard Robertson adottò la tecnologia più avanzata per produrre resurrezioni di corpi secondo la nuova moda elettrica e gotica del Galvanismo.

> «L'intera esperienza fantasmagorica è volta chiaramente a indurre nello spettatore uno shock percettivo: l'elemento di stupore per il venir meno della barriera tra vita e morte (i fantasmi che risorgono) tra naturale e artificiale (i ritratti e i simulacri che si animano), tra presente e passato (i ricordi che si reincarnano), si combina in modi inquietanti a un realismo che invita addirittura a poter "toccare" gli ectoplasmi di luce» (VIOLI P. 2004: 48).

Lo spettacolo è formato da illusione e simulazione, proprio quanto la prova scientifica vorrebbe pubblicamente invalidare (13). I protagonisti di queste attività, al confine tra scienza e museo delle meraviglie, erano consapevoli del ruolo ambiguo giocato dal magnetismo. Su tale ambiguità si fondano dispositivi che fanno assumere al corpo dello spettatore qualità come l'impressionabilità e la plasmabilità e fanno immaginare forme di trasmissione dell'esperienza ancora sconosciute.

> «Nato nello spazio di una sperimentazione eterodossa, nel segreto di un capezzale o nell'esclusivismo di un salotto aristocratico o alto-borghese, è proprio qui, sulle scene di un teatro di massa, nel momento stesso dei suoi maggiori trionfi, che il meraviglioso magnetico solennizza il suo statuto marginale. Perché – per quanto i magnetisti più seri avvertissero i rischi di confronti e contaminazioni – doveva essere sotto gli occhi di tutti l'evidenza

13-(Note) Minelli.pmd 334 02/11/2010, 16.18

> palmare che esisteva un'altra serie di spettacoli, in cui l'eccezionale, l'impossibile, l'incredibile ma vero entravano trionfalmente in scena. Spettacoli popolarissimi, erano di casa nei teatri, ma anche negli ambienti considerati molto meno rispettabili, come i circhi, i padiglioni delle meraviglie, alcuni caffè di dubbia fama, luoghi dove anche circolavano magnetizzatori e sonnambule di seconda categoria» (GALLINI C. 1983: 117).

In questo terreno ove si mescolano rappresentazione e simulazione, si creano aspre polemiche e talvolta vere e proprie denunce contro chi usa i poteri mesmerici per prendersi gioco degli avventori più ingenui. In Italia, le variazioni sul controllo e sulla eterodirezione, come nucleo del Donatismo, fanno diventare l'ipnotismo un affare di stato, sotto il governo Crispi; dopo un esposto al Consiglio superiore di sanità, saranno messe al bando le più importanti esibizioni di magnetizzatori e sonnambule (GALLINI C. 1983: 221-224). L'alleanza fra medicina e tribunale è sancita per sciogliere il dilemma vero/falso nella definizione della suggestione, del plagio e della circonvenzione d'incapace che accompagnano il "meraviglioso".

Excursus mesmerico

Il medico austriaco Franz Anton Mesmer (1734-1815) arriva a Parigi nel 1778 e comincia a magnetizzare nella sua casa, in sedute pubbliche che seguono un accurato allestimento teatrale (ELLENBERGER H.F. 1976 [1970]). In una vasca, il *baquet*, si trovano immersi numerosi oggetti: pietre, fili e limatura di ferro, bottiglie, che Mesmer ha provveduto a caricare con il fluido magnetico proveniente dalla sua persona. Ne fuoriescono sottili barre in metallo (verghe) che i pazienti devono toccare con una parte del loro corpo. Mesmer si avvicina al paziente, lo tocca e gli parla: questi entra in uno stato quasi di stupore, talvolta è colto da sensazioni extra-ordinarie e perde il controllo del proprio corpo. Le crisi convulsive, che in alcuni casi hanno il sopravvento, secondo il modello mesmerico, dovrebbero ristabilire un equilibrio nella distribuzione del fluido universale che attraversa il corpo umano.

Perché questa sorprendente procedura fosse accettata dalla medicina del tempo era necessario riformulare una intera cosmologia, che prevedesse l'azione a distanza e il movimento di un fluido magnetico non visibile. L'ipotesi era che se tale fluido magnetico esisteva realmente, negli esseri viventi, allora risultava fondamentale farlo circolare controllandone le intensità ed evitandone le dispersioni. Ecco perché si cercava di "caricare magneticamente" gli oggetti da mettere in contatto con le persone e si guardava con interesse a tutte le procedure che consentivano di potenziare

13-(Note) Minelli.pmd 335 02/11/2010, 16.18

gli effetti del fluido [14]. È questo il momento in cui si comincia a strutturare, per analogia, un campo fenomenico elettrizzato (MORUS I.R. 1993), che dalla elettricità animale oggetto della contesa fra Galvani e Volta (PERA M. 1986, MERTENS J. 1998) [15], giungerà nell'Ottocento ai successivi esperimenti di Faraday ed Helmoltz sull'elettromagnetismo, alle ramificate "reti viventi del telegrafo" (OTIS L. 2002). In tale vivace ambiente intellettuale vanno storicamente collocate le due principali forme di trattamento medico a Parigi di *ancien régime*: il Magnetismo animale, da un lato; la terapia elettrica di Nicolas-Philippe Le Dru che apre una clinica a Parigi, dall'altro (SUTTON G. 1983) [16]. Dello stesso ambiente colpisce l'ampiezza d'interessi, che sconfina nel gusto della stranezza, di molti dei suoi protagonisti [17].

Mesmer aveva guadagnato in poco tempo grande fama nella società parigina di *ancien régime*. Lo storico Robert Darnton – in uno studio classico sul mesmerismo, solo recentemente tradotto in italiano (DARNTON R. 2005 [1968]) – evoca il fascino dei salotti foderati di velluto e le stanze imbottite per le crisi delle signore che si erano avvicinate incuriosite alle vasche magnetizzate. Un fascino che deve aver influito anche sui protagonisti dell'imminente Rivoluzione, rispetto alla quale, secondo Darnton, il mesmerismo e i voli in mongolfiera hanno avuto un impatto maggiore del *Contratto sociale* di Rousseau. Certo è che negli anni Ottanta del Settecento si moltiplicano gli scambi epistolari, gli incontri e le esibizioni pubbliche riguardanti il corpo convulsivo. Sono consuetudini della ricerca sperimentale determinanti per la nascita e lo sviluppo di una comunità di *savants*, fatta di uomini colti, curiosi, economicamente benestanti pronti ad essere arruolati come attendibili testimoni sperimentali. Già nella prima parte del secolo XVIII è l'elettricità ad essere considerata come la vera scienza delle meraviglie (PERA M. 1986: 3-41) Vi sono strumenti capaci di registrare i cambiamenti di flussi e cariche dell'atmosfera. Si moltiplicano i trattamenti medici con effetti convulsivi. Sembra finalmente possibile progettare dispositivi di misurazione, che di questi scambi con la realtà esterna facciano una meccanica dei sensi [18]. Non solo gli astri, come nel Mesmerismo, ma anche gli elementi atmosferici sono chiamati in causa nella diagnosi e nella terapia da naturalisti e medici francesi. Geoffrey Sutton ha ricostruito un particolare modo di definire l'ortodossia scientifica, in Francia, che si è fondato sulla sistematica raccolta di lettere provenienti da centinaia di medici corrispondenti, con resoconti sul clima, la meteorologia e le malattie prevalenti nelle comunità periferiche (SUTTON G. 1983).

La fine di Mesmer è in genere interpretata come il successo della scienza che scopre fatti, smascherando una grande illusione. Nel 1784, due com-

13-(Note) Minelli.pmd 336 02/11/2010, 16.18

missioni sono incaricate dalla Corona francese di indagare sulle tecniche di Deslon (ELLENBERGER H.F. 1976 [1970], CHERTOK L. - DE SASSURE R. 1975 [1973], CHERTOK L. - STENGERS I. 1991 [1989]; GOULD S.J. 2002 [1989]). Già seguace di Mesmer e ora suo rivale, ben inserito nell'Accademia francese, Deslon vorrebbe promuovere i suoi successi terapeutici chiamando a testimoniare i suoi ex pazienti. Di lui si occupano i più importanti scienziati dell'epoca, determinati a mettere alla prova i metodi di Mesmer.

La prima commissione è composta da cinque membri dell'Accademia delle scienze. L'astronomo Bailly, Benjamin Franklin, Lavoisier, il chimico Dorcet, il medico Guillotin. Uno dei membri, Bailly, è inoltre incaricato di scrivere per il Luigi XVI un rapporto segreto dedicato ai pericoli per la moralità dei costumi. La seconda commissione annovera cinque membri della Società reale di medicina ed è presieduta dal naturalista e botanico Antoine Laurent de Jussieu. Entrambi i rapporti contengono dettagliate descrizioni di stati convulsivi seguiti da sonnambulismo, ma mettono a punto due diverse strategie di ricerca.

La commissione diretta da Lavoisier cerca di dimostrare l'inconsistenza della ipotesi del fluido magnetico. Messi di fronte qualcosa che non è sensibile perché invisibile, inodore, insapore, e con proprietà attrattive non evidenti, a differenza della calamita, i commissari decidono di verificare l'esistenza o meno del fluido non in base alle sue proprietà fisiche, ma in rapporto ai suoi effetti. Tra gli effetti, però, escludono la possibilità di considerare la proposta di Deslon di occuparsi delle presunte guarigioni. Della disputa sul magnetismo animale sono orgogliosamente ricordati il rigore e la lucidità argomentativa di Lavoisier e colleghi, come fa ad esempio Stephen J. Gould nella sua ricostruzione:

> «I commissari scartarono la verifica delle guarigioni per tre ragioni ovvie ed eccellenti: le guarigioni richiedono troppo tempo, e seguire le terapie comportava un dispendio di tempo eccessivo, considerando la crescente diffusione del mesmerismo; le guarigioni possono inoltre essere causate da molti fattori, e la presunta azione del magnetismo non poteva essere separata da altre cause di guarigione; la natura, lasciata alle sue sole risorse, guarisce molti mali senza nessun intervento umano» (GOULD S.J. 2002 [1989]: 192).

Nel corso della sperimentazione Franklin, Lavoisier e gli altri si sottoposero personalmente alla magnetizzazione: usando se stessi come "rilevatori", divennero allo stesso tempo testimoni-giudici-giuria del mesmerismo. Tuttavia, durante i lavori, emerse una contraddizione: anche se il fluido non esisteva, qualcosa sembrava "passare" dal medico al malato. Nelle prove si assunse che la reazione dei *savants* al fenomeno fosse "normale", ma si

13-(Note) Minelli.pmd 337 02/11/2010, 16.18

affacciò più volte il dubbio che il corpo dello sperimentatore fosse la fonte di sensazioni ambigue, non consentendo di elaborare un giudizio distaccato e limpido. Franklin allora inventò esperimenti brillanti per separare gli effetti della suggestione dagli effetti del magnetismo.

> «Il metodo sperimentale richiede che due possibili cause vengano separate in situazioni controllate. Alcune persone dovrebbero essere sottoposte al potere della suggestione ma non magnetizzate, e poi magnetizzate senza essere sottoposte alla suggestione. Queste separazioni richiedevano ai commissari una dose di onesta doppiezza, in quanto essi dovevano dire ai soggetti dell'esperimento che certi oggetti non magnetizzati erano in realtà carichi di fluido mesmerico (suggestione senza causa fisica) e poi dovevano magnetizzare persone senza che queste ne fossero a conoscenza (causa fisica senza suggestione) [...] Per separare la suggestione dal magnetismo, Franklin chiese a Deslon di magnetizzare uno di cinque alberi del suo giardino. A un giovane, presentato da Deslon come particolarmente sensibile al magnetismo, fu chiesto di abbracciare successivamente ogni albero, senza spiegargli però nei particolari la natura dell'esperimento. Egli riferì di percepire un'intensità crescente della magnetizzazione a ogni albero, infine cadde in una classica crisi mesmerica con perdita di coscienza davanti al quarto albero. Soltanto il quinto, però, era stato magnetizzato da Deslon!» (GOULD S.J. 2002 [1989]: 193-194).

Per quel che riguarda il rapporto della seconda commissione, va detto che nella valutazione delle pratiche irregolari e sfuggenti di Deslon, il naturalista Jussieu non era interessato a sapere se le crisi erano scatenate da un fluido, ma intendeva piuttosto indagare se tali crisi potessero insegnare qualcosa (CHERTOK L. - STENGERS I. 1991 [1989]: 31). Perciò, egli adottò un approccio empirico, volto a ricostruire quanto accadeva in situazioni affollate e caotiche, nelle sale che ospitavano il *baquet*. La sua curiosità lo portava a interrogare il dispositivo per capire cosa potesse accadere, in una situazione specifica, a fronte di una "evidenza".

> «"Non conveniva piuttosto" [Jussieu] sostiene nel contro-rapporto che opporrà ai colleghi, "stabilire il primo luogo delle osservazioni nelle sale di trattamento, dove molti malati sono riuniti e si può vedere molto, conoscere uno per uno tutti i dettagli dei procedimenti, cogliere tutte le sfumature passeggere e le contraddizioni delle sensazioni e dei loro risultati, in una parola notare tutti gli effetti che avrebbero meritato di essere verificati metodicamente?"» (CHERTOK L. - STENGERS I. 1991 [1989]: 273-274).

È seguendo le vicissitudini delle due commissioni sul dispositivo di Deslon che Léon Chertok e Isabelle Stengers possono sottolineare una contraddizione irriducibile con cui si ha a che fare quando c'è ipnosi.

> «L'ipnosi, in modo intrinseco e non perché sia integrata "male", mette quindi in discussione il fine cui mira ogni sperimentazione: fare "render ragione", capire le condizioni alle quali la testimonianza di ciò che viene interrogato

13-(Note) Minelli.pmd 338 02/11/2010, 16.18

> può esser ritenuta attendibile e creare sperimentalmente la differenza tra questo registro "obiettivo" e l'insieme degli altri registri definiti come illusori o incapaci di resistere alle verifiche. L'ipnosi produce "falsi testimoni", trasforma le condizioni che dovrebbero permettere l'obiettivazione in altrettante *informazioni*, cosicché il testimone integra nella sua testimonianza il modo in cui è interrogato e in cui è suscettibile di dar ragione e a coloro che lo interrogano. Colui che *si prende i mezzi* di obiettivare l'ipnosi *dà* quindi a colui che interroga proprio *i mezzi* di produrre la cosa che l'interrogante teme di più di ogni altra: *un artefatto*» (CHERTOK L. - STENGERS I. 1991 [1989]: 273-274).

L'eleganza dell'esposizione e l'ingegnosità nella costruzione di prove di supporto all'argomentazione messe in campo dai commissari colpiscono, al punto da far pensare che la ragione possa procedere, con principi regolativi, a costituire un'ideale comunità epistemica. Invece il "residuo" alle prove predisposte dai commissari fa emergere un paradosso che Isabelle Stengers ha efficacemente reso con l'espressione "guarire per cattive ragioni". A suo giudizio, la specificità della medicina moderna si definisce a partire dal riconoscimento che il corpo sofferente non è un testimone attendibile e che la guarigione non è sufficiente a identificare le procedure mediche razionali: si crea dunque una specie di coincidenza fra imperativo di razionalità e denuncia del ciarlatano (STENGERS I. 1996 [1995]). Ogni volta che per le crisi catalizzate nella stanza imbottita di Mesmer si predispongono procedure di controllo secondo una tecnologia dimostrativa, si produce un "falso testimone". Ancora oggi non possiamo fare a meno di riflettere su quell'ambito della psicoterapia corrispondente alla strutturazione di un campo di pratiche, definitosi nella disputa sul magnetismo animale. Nel corpo a corpo della psicoterapia permane, sotto traccia, una formula agonistica e rischiosa di procedere nella direzione della guarigione.

Nella disputa su Mesmer si capisce che, purificando il dispositivo dalle relazioni sociali fra terapeuta e paziente, i commissari non permettono al fenomeno di manifestarsi. Questo perché si tratta di una realtà eminentemente interpersonale. Nella pratica clinico-terapeutica la relazione sociale è la pre-condizione perché la guarigione come fenomeno si manifesti e rimane perciò un enigma per la dimostrazione modellata sull'esperimento. Anche nelle recenti dispute sulla memoria traumatica si propongono dilemmi simili a quelli incontrati attorno al *baquet* (ASHMORE M. *et al.* 2005). Esse prendono forma in situazioni in cui le accuse di simulazione e la costruzione di prove sperimentali si alimentano a vicenda. Nel campo agonistico e dissimulatorio delle memorie si configurano varie tipologie di dimostrazione, fra loro variamente combinate, che attraversano il dominio

13-(Note) Minelli.pmd 339 02/11/2010, 16.18

privato del laboratorio e dell'ambulatorio; la sfera pubblica dei media; le procedure legali nei tribunali [19]. Se da un lato la natura fisica del fenomeno e i protocolli terapeutici mettono in causa quella che appare come una separazione fra carattere pubblico delle dimostrazioni e carattere privato della relazione terapeutica, dall'altro la scelta di separare il privato dal pubblico, sottoponendo il fenomeno al giudizio di giurati attendibili, fa emergere paradossi nelle stesse pratiche psicoterapeutiche [20].

Medici-investigatori sulle tracce di magnetizzatori e sonnambule

Quando negli anni Ottanta dell'Ottocento Gilles de la Tourette intraprende una investigazione critica del magnetismo francese, nella letteratura scientifica poco è stato scritto sulle pratiche concrete. Così, dopo aver passato in rassegna una variegata tipologia di documenti, come manifesti e *réclames*, estratti di giornali, articoli sulle sentenze relative ai casi giudiziari più famosi, egli decide di avvalersi dell'osservazione diretta (con la preziosa collaborazione dei colleghi dott. G. Legué e Th. Belin). I tre anni di lavoro impiegati per concludere un'inchiesta "in proprio" sulle società di magnetismo, sui gabinetti delle sonnambule e sulle società di spiritismo di Parigi, sono confluiti nella parte quarta (*L'ipnotismo e la legge*) del suo trattato *L'ipnotismo e gli stati analoghi sotto l'aspetto medico-legale* (TOURETTE G. DE LA 1888: 325-534). Il testo che ne scaturisce ha la densità del resoconto etnografico (ci sono descrizioni stese dai ricercatori subito dopo gli eventi pubblici e, ove possibile, trascrizioni stenografiche di scambi verbali). Un tratto veramente notevole della indagine è inoltre costituito dalle testimonianze dirette di tre ex pazienti di Charcot, che ad un certo momento della loro vita sono state assunte come sonnambule professioniste.

Il riferimento a Gilles de la Tourette sembra essere particolarmente adatto per ricostruire cosa accade in quegli anni, si muove infatti con diplomazia fra differenti approcci e scuole. Ha lavorato con Charcot come *ancien interne des Hopitaux de Paris et de la Salpêtrière*, è stato allievo anche del professore di medicina legale Brouardel (ai due *carissimi ed illustri maestri* dedica il volume), dice infine di essere stato ben accolto da Bernheim e gli altri esponenti del gruppo di Nancy [21]. La sua impresa ha lo scopo di scongiurare un pericolo: che il successo e la popolarità del magnetismo sollevino questioni politiche e cause giudiziarie, proprio come era accaduto circa un secolo prima con il Mesmerismo e più recentemente in Italia con il processo a Donato. L'approccio medico-legale si esercita perciò sulle conseguenze sociali degli esperimenti con il magnetismo in luoghi pubblici, cercan-

13-(Note) Minelli.pmd 340 02/11/2010, 16.18

do di contrastare quella moda che conduceva molti francesi ad acquisire la "insana abitudine" di cedere allo spasmo convulsivo. Il modo in cui argomenta Gilles de la Tourette è al riguardo particolarmente incisivo e convincente: gli effetti del magnetismo sono svariati e irregolari, ma tutti riconducibili alla proliferazione dei sintomi studiata sperimentalmente nelle pazienti isteriche. Poiché tale proliferazione è il risultato di un'esplorazione clinica condotta con l'ipnosi, ne consegue che l'ipnotismo è il dispositivo rivelatore delle nevrosi. Se è vero infatti che l'ipnotismo non crea l'isterismo, è anche vero che esso tende a verificarsi solo in persone predisposte a essere magnetizzate.

La vivida descrizione delle giornate trascorse nel mondo del magnetismo parigino porta il lettore a confrontarsi con i problemi di gestione del gabinetto sonnabolico, visto come una casa di commercio e un'azienda familiare tramandata da una generazione all'altra. Per metterlo in piedi servono almeno due camere, in cui allestire rispettivamente una sala d'aspetto e un gabinetto di consultazione.

> «Come presso un medico, l'ammobiliamento è severo; si cammina in punta di piedi, soltanto i rumori esterni vengono ogni tanto a turbare il silenzio.
>
> Spesso nella sala d'aspetto s'incontra il *magnetizzatore*, personaggio indispensabile che, dopo un momento, vorrà caricare la sonnambula di tutto il suo fluido e mettere la sua augusta persona in rapporto diretto colla vostra. Una volta stabilito il rapporto, egli ritorna nella sala d'aspetto; giacché nel gabinetto vi è una signora che consulta su materie talmente delicate che la sua presenza può diventare importuna.
>
> D'altra parte, la sonnambula fa lo stesso le carte, legge nella mano [...] tutte cose per le quali essa può perfettamente fare a meno del suo accolito. Questi non perde il suo tempo; utilizza i suoi momenti d'ozio a chiacchierare colle persone che aspettano; con bella grazia si fa narrare i loro segreti, e se la lucidità della compare non è sempre all'altezza della situazione, egli interverrà senza averne l'aria e la rimetterà dolcemente sul retto cammino. Come non aver confidenza in un uomo quando è lui solo che può mettervi in rapporto colla pitonessa!» (TOURETTE G. DE LA 1888: 390-391).

In genere il cliente, anche quando si rivolge personalmente alla sonnambula, è inscritto in un triangolo che prevede – come vertice – il magnetizzatore, sempre pronto a subentrare se la sensitiva perde lucidità e deve essere "ricaricarta". Ci vuole un poco di fluido, insieme alla capacità di metterlo in circolazione con gesti che siano mimeticamente vicini al mondo della medicina.

In questo capillare reticolo del magnetismo – un sistema di connessioni nervose nel nuovo mercato della sventura e dell'immaginazione sociale – le strategie di reclutamento di manodopera sono consolidate. La sonnambule

13-(Note) Minelli.pmd 341 02/11/2010, 16.18

sono scovate fra la parte più giovane del pubblico femminile delle Società di magnetismo. Negli anni Settanta e Ottanta dell'Ottocento, l'*età d'oro* dell'isteria, agiscono a Parigi circa quaranta magnetizzatori di primo livello e oltre cinquecento gabinetti sonnambolici a prezzi accessibili. Vi sono due principali riviste in concorrenza: "La Catena Magnetica" e la "Rivista Spiritica". Con le adesioni dei soci e gli abbonamenti si affittano locali in cui più volte al mese si tengono le sedute collettive. Una tecnica di propaganda molto efficace è inoltre l'organizzazione di "serate in casa propria". Tourette distingue sfruttatori e sfruttati in un circuito di scambio stratificato: tra i primi, in alto, colloca i "magnetizzatori rinomati" e le "sonnambule già stabilite"; tra i secondi, in basso, gli ospiti delle serate ad invito che formano un pubblico singolare:

> «Tutti questi invitati formano un pubblico bizzarro veramente curioso a studiarsi. Si rimarcano nella sala delle famiglie intiere, compresi i bambini, accorse ad uno spettacolo fatto apposta per sviluppare il nervosismo che esiste allo stato latente; delle ragazze, fra le quali si reclutano le future sonnambule; degl'indifferenti venuti là per ammazzare il tempo, degli scettici infine, i quali, qualche volta, manifestano così rumorosamente la loro ostilità che il presidente li prega a ritirarsi pena di espulsione immediata» (TOURETTE G. DE LA 1888: 403).

Egli si accorge ben presto che la collocazione di classe degli attori della rete parigina del magnetismo è molto varia, anche se costante sembra essere il rapporto reale o simulato con le professioni mediche e paramediche: garzoni farmacisti, droghieri, studenti fuori corso di medicina. In questo ambito, sono ricostruite le complicate storie di concreta prossimità tra i futuri magnetizzatori e i più illustri alienisti. Tourette rievoca le gesta di un suo vecchio compagno di collegio, «di una pigrizia incurabile», che dopo essere stato droghiere alla metà degli anni Settanta, fallisce come dentista ambulante intorno al 1880 e diventa magnetizzatore grazie al fratello medico. Intraprende tournée teatrali in provincia con la sua amante sonnambula. Ma la sua compagna lo lascia e così è costretto a pregare l'ex collega di collegio affinché, cercando tra le pazienti isteriche della Salpêtrière, gli procuri *un soggetto*. Se ne va bestemmiando, infine, dopo essere stato respinto dagli infermieri all'ingresso.

Un altro studente di medicina riesce addirittura ad entrare nel gruppo di Charcot, ma è espulso con un'accusa di furto.

> «Dopo d'allora divenne dentista, e ce ne dispiace assai per questa professione, che conta nelle sue file tanti membri istruiti e d'una perfetta onorabilità. Poco dopo siamo venuti a sapere che era stato questo stesso cavaliere d'industria quello che aveva fatto uscire Mig... [una paziente], dalla Salpêtrière,

13-(Note) Minelli.pmd 342 02/11/2010, 16.18

> e l'aveva collocata presso una sonnambula (varietà speciale) ove egli esercitava il mestiere di magnetizzatore.
>
> Senza volerlo, egli ci aveva procurato una vera miniera d'informazioni; perché la giovine (che le sue funzioni non avevano guarita, anzi tutto al contrario, benché avesse dati molti consulti a degli ammalati) ritornando all'ospizio, non si fece alcuno scrupolo di informarci sugli stratagemmi della sua antica professione» (TOURETTE G. DE LA 1888: 394).

I medici-investigatori sulla scena del magnetismo dispongono dunque di *insiders* di provata esperienza. Non è facile capire come possa costituirsi tale alleanza fra alienista e isterica fuori dalla Salpêtrière. Ancora più difficoltoso è capire come ha agito la nuova terapeuta-consigliera. D'altra parte si comprende che le sonnambule cominciano a rendersi presto conto dell'indotto che circonda l'attività, commissionando a farmacie preparati erboristici e acqua magnetizzata da far acquistare ai propri clienti.

Nella assunzione delle giovani apprendiste sonnambule rientra talvolta quella che appare come una vera e propria transazione matrimoniale. Intere famiglie accompagnano la figlia, sensibile e nervosa, pronte a trovare un magnetizzatore che sia anche un buon partito: «Se lasciate passare la folla, e tendete un po' l'orecchio, sentirete magnetizzatori e sonnambule ciarlare dei loro piccoli affari. È così che noi abbiamo sorpreso il "*tutto o nulla, bisogna che mia sorella si stabilisca*"» (TOURETTE G. DE LA 1888: 407).

L'inchiesta dei medici-detective, oltre all'organigramma del magnetismo parigino, focalizza anche un complicato processo di emancipazione e ascesa sociale. Infatti, come si è visto, quando la sonnambula si accorge di essere indispensabile e autonoma, sostituisce il partner con un magnetizzatore-dipendente e si mette in proprio.

> «Del resto, il caposaldo della consultazione è la sonnambula: il primo venuto, sempre che la *rappresenti* discretamente, può recitare la parte del magnetizzatore. Così che non è necessario pagarlo molto caro. Un po' più un po' meno di fluido poco importa! Del resto, tranne poche eccezioni, ogni sonnambula ha più corde al suo arco: essa fa le carte, legge sulla mano, fa il *fondo di caffè*, il *bianco dell'uovo*, il *setaccio*, tutte cose per le quali non ha bisogno di magnetizzatore» (TOURETTE G. DE LA 1888: 398).

La sensitiva prende il controllo di un dispositivo che, almeno in teoria, dovrebbe produrre il suo stato di sonnambulismo solo grazie alla sua totale passività. Va da sé che, in questo campo agonistico e scettico, la logica della isterizzazione della sofferenza non dovrebbe essere vista meccanicamente come una subalternità strutturata del genere femminile. La divisione sociale e sessuale del lavoro magnetico suggerisce di considerare con cautela la complessità storica dei concreti rapporti di forza.

13-(Note) Minelli.pmd 343 02/11/2010, 16.18

Grandi manovre alla Salpêtrière

Alla Salpêtrière in pochi anni, fra il 1870 e il 1880, l'isteria diviene una complessa configurazione di sintomi attorno ai quali ruota il sapere neurologico. In quella fase, la "neurologizzazione" delle manifestazioni nervose deve molto alla ipnosi, considerata come una specie di isteria sperimentale [22], attraverso cui Jean-Martin Charcot tenta di comprendere la relazione fra componenti causali e quelle sintomatiche della malattia. Charcot era convinto che l'isteria fosse un disturbo ereditario del sistema nervoso e che potesse essere scatenato da traumi fisici o da altre cause organiche [23]. In mancanza di riscontro della lesione, era possibile postulare un'origine causale non ancora individuata che permettesse così di definire la sindrome in termini esclusivamente sintomatici. L'oggetto dell'intervento diagnostico veniva in tal modo circoscritto attraverso una descrizione fenomenologica di sintomi, elusivi e mobili, e l'ipnosi era usata per produrre e controllare sperimentalmente tali sintomi.

In pochi anni si assiste ad una vera e propria "inflazione nosografica", in cui l'attenzione neurologica produce nuovi quadri diagnostici aumentando le definizioni descrittive. È questo il periodo in cui Jean-Martin Charcot (CHARCOT J.-M. 1875-1877) descrive la grande crisi isterica come un attacco istero-epilettico a più fasi. Ad una prima fase epilettoide caratterizzata da contratture toniche e da spasmi clonici, segue un secondo periodo di grandi movimenti, con esiti anche spettacolari come l'arco isterico; vi è poi una terza fase, differenziata, in cui si alternano atteggiamenti passionali con la ripetizione di eventi emozionali passati (come preghiera, estasi, seduzione); ed infine una quarta di ritiro, caratterizzata da deliri e allucinazioni. È con questa descrizione di elementi stabili che le nevrosi rientrano in una diagnosi differenziale. Nelle crisi isteriche classiche, l'immaginazione delle malate sembra da un lato acquisire potere attraverso la capacità di investire i rapporti ospedalieri con la mimesi sintomatica, dall'altro perdere un articolato apparato simbolico che metteva in contatto il corpo convulsivo con la mistica cristiana (SWAIN G. 1985) [24]. La mobilità del corpo isterizzato, che ritaglia uno spazio di manovra, producendo attese su fenomeni non visibili, è inserita in un più ampio processo di patologizzazione al femminile dell'ordine sociale.

Michel Foucault, nelle lezioni sul *Potere psichiatrico* tenute al Collège de France nel 1973-1974, ha sostenuto che "medicina elettrica" e "dispute sul magnetismo" hanno segnato in modo indelebile il passaggio dalla protopsichiatria alla crisi della isteria, dagli anni venti agli anni sessanta-settanta dell'Ottocento. Con le nuove procedure di interrogazione del paziente,

13-(Note) Minelli.pmd 344 02/11/2010, 16.18

fra le quali svolgono funzione primaria l'ipnosi e l'uso di alcune droghe, all'interno dell'ospedale psichiatrico, la questione della verità è stata posta alla follia: il sapere medico deve parlare non solo in termini di potere (come in precedenza), ma in termini di verità. Attraverso l'ipnosi [25] anche la psichiatria potrà lavorare finalmente su una conoscenza differenziale e trovare uno spazio di manovra nella medicina generale, tra anatomia patologica e fisiologia patologica.

> «L'ipnosi è ciò che consentirà effettivamente di intervenire sul corpo, ma non semplicemente a livello disciplinare dei comportamenti manifesti, bensì a livello dei muscoli, dei nervi, delle funzioni elementari. Di conseguenza, l'ipnosi rappresenta per lo psichiatra un nuovo modo, molto più perfezionato e molto più radicale dell'interrogatorio, di avere effettivamente presa sul corpo del malato, nel dettaglio delle sue specifiche caratteristiche funzionali» (FOUCAULT M. 2004 [2003]: 251).

Al centro di tale nuova interrogazione è collocata la diagnosi di isteria. Foucault illustra tre *grandi manovre* dell'isteria dentro e fuori la Salpêtrière [26]. Tutto quello che sembrerebbe altrimenti collocarsi in una generale storia delle idee, diventa così un insieme di dispositivi e di pratiche, che ruotano attorno alla clinica neurologica come nuovo dispositivo biomedico [27].

1. Manovra dello scenario sintomatologico. Affinché l'isteria possa essere analoga a una malattia organica ci vogliono alcuni sintomi stabili che emergano da un esame obiettivo e senza crisi: che siano dunque caratterizzati da permanenza e leggibilità. Negli anni Settanta del XIX secolo, Charcot usando l'ipnosi ottiene crisi regolari secondo uno "scenario tipico" e individua i segni (*stimmate*) che caratterizzano l'isterica anche fuori dalla crisi. L'isteria è codificata in modo rigoroso sul modello della epilessia. D'altra parte, per non rimanere intrappolati nel sospetto della fabbricazione artificiale della isteria dentro il rapporto medico-paziente, sono considerate come espressioni psicopatologiche sia la suscettibilità ad essere ipnotizzati, sia la possibilità che sotto ipnosi i pazienti riproducano sintomi isterici.

2. Manovra del "manichino funzionale". Al proliferare delle crisi isteriche, il medico deve contrapporre strumenti in grado di provocare solo i sintomi tipici. È il trasferimento a distanza dei sintomi da un paziente all'altro, su cui si è esercitato a lungo Joseph Babinski, a ricordare la plasticità e la mobilità della sensibilità isterica, sotto le ingiunzioni sperimentali, provocate avvicinando al soggetto ipnotizzato alcuni magneti. Michel Foucault parla di manichini funzionali per definire il modo in cui si producono e sono fatti circolare i sintomi fra le pazienti isteriche alla Salpêtrière.

3. Manovra di ridistribuzione attorno al traumatismo. In una situazione di traumatismo senza lesioni visibili, Charcot studia i sintomi e prova a ripro-

13-(Note) Minelli.pmd 345 02/11/2010, 16.18

durli sotto ipnosi in un paziente isterico. Se questo accade è possibile diagnosticare l'isteria in un paziente traumatizzato, senza considerarlo come un simulatore. Nella ricerca di un'eziologia e di un evento determinante, il trauma è visto come un intervento esterno che provoca uno stato paraipnotico e funziona come un'ingiunzione permanente. Anche l'ipnotismo potrebbe essere un traumatismo legato ad uno shock breve e transitorio.

A questo punto, poiché l'ipnosi è legata strettamente all'esercizio della volontà del medico, è necessario trovare casi di isteria fuori dalle pratiche e dagli assetti istituzionali, per così dire, "in natura". Saranno gli incidenti ferroviari a fornire una nuova categoria di persone adatte a risolvere il problema: i "malati assicurati". Il traumatizzato, agganciato ad un corpo neurologico, permette di naturalizzare l'isterico e l'isterico permette di scoprire la simulazione.

> «Il malato assicurato che arriva a congiungersi col corpo neurologico, il malato assicurato portatore di un corpo neurologico che si può catturare attraverso il dispositivo clinico della neuropatologia, diventerà così esattamente quello che si cercava, ovvero l'altro personaggio, quello che si può contrapporre all'isterico; e infatti ecco che, da subito, si mette in campo l'uno contro l'altro. Da un lato, con questi malati si hanno a disposizione dei soggetti non ancora ospedalizzati, non ancora medicalizzati, non ancora posti sotto ipnosi, sotto potere medico, e che presentano, se non vengono stimolati, un certo numero di fenomeni naturali. Dall'altro lato, invece, ci sono gli isterici che sono inseriti in un sistema ospedaliero, sottoposti a un potere medico e ai quali vengono imposte, mediante ipnosi, delle malattie artificiali. Ecco che allora l'isterico consentirà, quando venga messo a confronto con i fenomeni traumatici, di riconoscere se colui che è stato vittima di un trauma è un simulatore oppure no» (FOUCAULT M. 2004 [2003]: 271).

Il quadro delineato da Foucault è particolarmente suggestivo perché getta luce sulla relazione che sussiste fra stili di pensiero e pratiche istituzionali. Tale relazione tende a transitare dagli ospedali ai laboratori sperimentali e alle esperienze paranormali prodotte da soggetti che sono stati precedentemente ipnotizzati.

> «In uno spazio destinato a consentire l'estensione del corpo del medico come quello che il manicomio predispone, in quella specie di processo che fa sì che gli ingranaggi stessi del manicomio debbano funzionare come se fossero il sistema nervoso dello psichiatra, all'interno di una meccanica che incorpora quest'ultimo in modo che formi una sola cosa con lo spazio del manicomio in quanto tale, è chiaro che il magnetismo, con tutti i suoi effetti fisici, risultava essere una parte integrante del meccanismo disciplinare» (FOUCAULT M. 2004 [2003]: 209).

Questo incisivo passaggio mostra come l'isteria fosse un quadro patologico e nosografico che ad un certo punto è stato attivamente prodotto, nel

13-(Note) Minelli.pmd 346 02/11/2010, 16.18

"sistema nervoso" della psichiatria manicomiale. Malata d'isteria è colei che incorpora la prova psichiatrica mantenendo attiva quella "duplice investitura di autorità" che sostiene l'assetto ospedaliero: mentre la vita dell'individuo diventa il tessuto di sintomi patologici, l'azione dello psichiatra viene ufficialmente riconosciuta come atto medico. In questo scambio di legittimazioni e attribuzioni di potere, l'isterica rappresenta il punto culminante e per certi versi rivelatore.

> «L'isterica è precisamente colei che dice: è grazie a me, e a me soltanto, che quel che tu fai nei miei confronti – internarmi, prescrivermi droghe, e così via – risulta essere effettivamente un atto medico, nella misura in cui ti fornisco dei sintomi. Sovra-potere del malato sotteso al sovra-potere del medico» (FOUCAULT M. 2004 [2003]: 233).

Le isteriche, suggerisce Foucault, sono le vere militanti dell'antipsichiatria, giacché sono gli unici soggetti che, mentre presentano sintomi soddisfacenti per il medico, schivano la realtà della loro malattia [28], opponendo «un fronte di resistenza al gradiente demenziale costituito dal ruolo incrociato del potere psichiatrico e della disciplina manicomiale [...] il solo modo per non essere dementi in un ospedale del XIX secolo stava nell'essere isterici» (FOUCAULT M. 2004 [2003]: 228).

Conclusione

Shock e innervazione sono due modi eloquenti di presentarsi della modernità, che implicano una complessiva trasformazione della politica e della natura. Dell'ampia diffusione di sensazioni ed esperienze sorprendenti, che corrono lungo i fili del telegrafo e seguono le rotaie delle ferrovie, si possono fare ricostruzioni etnografiche: seguendo le proliferazioni e i punti d'arresto, le celebrazioni pubbliche così come le dispute in cui *savants* fabbricano nuove prove e dimostrazioni nel chiuso dei loro laboratori.

L'itinerario investigativo che è stato sin qui percorso ritrae diverse situazioni in cui sono attivi ricercatori e soggetti sperimentali. Esso appare dunque come una rassegna di tecniche e modi di ragionare (YOUNG A. 1997) ove la complessità delle situazioni e la densità delle esperienze restituiscono una certa profondità storica ai fenomeni (ora prevalentemente individualizzati e naturalizzati) di cui si occupano le scienze della mente. Quello che appare come "un fatto" prodotto da un comportamento individuale può essere infatti collocato in uno scenario plurale in cui la coppia medico-paziente si muove in panorami istituzionali piuttosto precisi. Da qui è poi opportuno vedere come le relazioni proliferano e investono lo

13-(Note) Minelli.pmd 347 02/11/2010, 16.18

scambio sociale, in un campo di pratiche e di modalità di procedere, dove si articolano l'una sull'altra neurologia e psicodinamica. Ritrovare i ricercatori "in situazione" nel corso di indagini e contese scientifiche ha tre conseguenze: (*a*) fa emergere la produzione collettiva del campo scientifico; (*b*) mostra che i fenomeni legati all'ipnotismo e al magnetismo non possono essere considerati individualmente, ma sono sempre co-prodotti da diversi attori sociali in relazione; (*c*) riduce la distanza (che sembra molto ampia) fra dimostrazione destinata agli articoli scientifici e co-implicazione fra umani nel corso della indagine empirica. Ecco perché alcune esperienze straordinarie che oggi sembrano talvolta toccare la etnografia sperimentale (Dei F. 1996, Meintel D. 2007) mostrano di avere somiglianze di famiglia con gli antenati colti di sorpresa nella prassi della ricerca, in particolare quando erano impegnati in contese ancora aperte.

Seguendo Bruno Latour, si potrebbe sostenere che nel percorso delineato in questo testo le strade si sono separate, ma nella pratica concreta, le distinzioni hanno moltiplicato fenomeni ibridi, perché fabbricati sperimentalmente e, al tempo stesso, circondati da "credenze" e professioni di fede (Latour B. 1995 [1991]). Quegli ibridi, se da un lato convocano sulla scena diversi interlocutori impegnati a sviluppare argomentazioni sullo statuto della realtà, dall'altro permettono di individuare aree delle scienze umane particolarmente fertili per una nuova interrogazione antropologica. Nelle corrispondenze e nei dialoghi epistolari dei *savants*, che avevano provato a studiare i flussi fra campi elettrici e organismi viventi, ha cominciato a funzionare quel pensiero critico che, sempre secondo Bruno Latour, ha agito come "una gigantesca pompa aspirante e respingente":

> «Col pretesto di andare a fabbricare gli esseri ai quali crediamo, svuotava tutti gli oggetti-fatati, espellendoli dal mondo reale per trasformarli l'uno dopo l'altro in fantasmi, in immagini, in idee. Il pensiero critico faceva il vuoto. Al contrario, col pretesto che gli oggetti fatti, una volta lavorati in laboratorio sembrano esistere senza di noi, allineava i fatti in battaglioni serrati, componenti un 'mondo reale', continuo, senza buchi, senza vuoto, senza umano. Il pensiero critico faceva il pieno» (Latour B. 2005 [1996]: 91).

Va però detto che solo quando l'angoscia – nei termini di Devereux (Devereux G. 1984 [1967]) – prenderà l'osservatore, svelandone le vulnerabilità, si individuerà il nucleo problematico contenuto nei processi terapeutici. In realtà, i dispositivi per controllare gli enunciati del paranormale fanno vacillare proprio il punto che dovrebbe restare fermo. L'osservatore sperimentale dubita del mondo, ma rischia anche di perdere la propria presenza di testimone affidabile con un buon bagaglio di abilità

13-(Note) Minelli.pmd 348 02/11/2010, 16.18

percettive. De Martino aveva posto il problema in questi termini: i fatti si manifestano nel loro farsi, laddove la presenza dei ricercatori non è in pericolo, mentre i protagonisti del mondo magico vi partecipano perché non sanno ben distinguere il confine tra il sé e il mondo. Quando il coinvolgimento nella relazione con l'Altro si fa pressante, non possono essere date per certe quelle garanzie dell'esperimento potenzialmente ripetibili dal resto della comunità ideale di sperimentatori. Da un lato il mondo magico sembra avere una funzione di rassicurazione convincente sul piano psicologico, dall'altro produce paradossi logici che non trovano soluzione attraverso procedure empiriche e sperimentali. La tesi di de Martino è che se i fatti sono visti come processi, perdono gli attributi di solito assegnati alla natura oggettiva: quegli attributi che fanno di un oggetto ciò che ci precede e ci oltrepassa, si impone alla nostra percezione e non segue le nostre volontà. Ne deriva che vi sono fatti che fanno saltare le premesse della pratica sperimentale.

> «[...] i fatti paranormali non sono, se non per l'astrazione, fatti della natura, e con il *mondo fisico* contrastano almeno in questo, che non sono dati, ma in atto di darsi per l'intervento di una presenza che li costruisce immediatamente nell'impegno storico di distinguersi dal mondo e di contrapporsi ad esso. [...] La nostra scienza è costruita per esplorare fenomeni che appartengono a un mondo *dato*, rispetto al quale la presenza sia *garantita*, e pertanto i suoi metodi non si possono interamente adattare per fenomeni che appartengono a un mondo *che si dà*, e che è ancora incluso nella drammatica decisione di una presenza in crisi. Da ciò deriva, anzitutto, che i fenomeni paranormali, soprattutto alcuni e in dati soggetti, implicano una certa partecipazione, anche minima dell'osservatore al dramma esistenziale di colui che li produce» (DE MARTINO E. 1948: 160).

Sigmund Freud amava ripetere una frase di Charcot: «"La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister" ("la teoria va bene, ma non può impedire alle cose di esistere")» (ROAZEN P. 1998 [1975]: 100). È dopo l'esperienza parigina e l'incontro con il maestro Charcot, tra il 1885 e il 1886, che egli abbandona la fisiologia per la psicologia. In seguito, compie una scelta ancora più radicale quando passa dalla ipnosi e dal metodo catartico (LAPLANCHE J. - PONTALIS J.-B. 1990 [1967]: 64-66), messo a punto insieme a Breuer, alla associazione di idee e alla interpretazione dei sogni nel nuovo grande edificio della psicoanalisi. Per Mikkel Borch-Jacobsen (BORCH-JACOBSEN M. 1998 [1987]) probabilmente Freud e Breuer pensavano a un modello drammatico e quando parlavano di catarsi si riferivano a una scena ri-vissuta. Rendere presente (ri-presentare come rappresentare) l'evento è diverso dal ricordare. I pazienti isterici di Freud e Breuer non avevano dunque nulla da ricordare: nel "presente" del trattamento sotto ipnosi,

13-(Note) Minelli.pmd 349 02/11/2010, 16.18

essi rivivono ed esperiscono il dramma del trauma; e rappresentazione e performance collidono e cortocircuitano. In questo senso, le parole della paziente sono espressioni verbali della scena che sta ri-vivendo e non il racconto di quanto accadde nel suo passato biografico. In questa cornice può essere ripreso un episodio che è spesso ricordato quando si parla della scoperta del transfert. Scrive Freud:

> «... un bel giorno, mi fu possibile aver la prova lampante di ciò che già sospettavo da molto tempo. Una delle mie pazienti più docili, con la quale avevo ottenuto per mezzo dell'ipnotismo i più favorevoli risultati, un giorno nel quale ero riuscito a liberarla da un attacco doloroso, riportandolo alla sua causa iniziale, nello svegliarsi dal sonno ipnotico mi buttò di sorpresa le braccia al collo. Una domestica, che bussò alla porta proprio in quel momento, ci evitò una penosa chiarificazione, però da quel giorno rinunciammo, per un tacito accordo, alla continuazione del trattamento ipnotico. Ero abbastanza sensato per non attribuire quell'incidente alla mia personale irresistibilità, e ritenni che avrei scoperto in esso la natura del fattore misterioso che agiva sotto l'ipnotismo; per escludere tale fattore o, per lo meno, per isolarlo era necessario abbandonare il procedimento ipnotico» (Freud S., *La mia vita e la psicanalisi* [1925], cit. in Chertok L. - de Sassure R. (1975 [1973]: 144-145).

L'episodio è molto noto perché segna la scoperta del transfert nel momento in cui è decisa la rinuncia al procedimento ipnotico[29]. Tale procedimento, se fosse solo un modo di produrre sperimentalmente, a comando, certi sintomi, avrebbe forse continuato a funzionare in psichiatria. Ma quando si fa largo il sospetto che nello stato di sonnambulismo la paziente segue l'oggetto del suo desiderio, le cose possono farsi insostenibili. Siamo così proiettati in una scena primaria, in cui il fascino del magnetismo cattura il nucleo erotico contenuto nella coppia terapeuta-paziente. In questo residuo del trattamento si concentra il cuore della relazione nel dramma terapeutico. Il medico sembra accorgersi di un dettaglio che accomuna ipnosi e colpo di fulmine nell'innamorato: scosso, elettrizzato, messo in fermento, rivoltato, "galvanizzato" (Barthes R. 1979 [1977]: 163).

Alla ricerca degli antecedenti della nascita dell'inconscio, si è assistito a vari tentativi di accostare gli sciamani ai terapeuti. L'idea di Lévi-Strauss che lo sciamano, un abreattore professionale, fosse in grado di scatenare a gestire abreazioni nei suoi pazienti sembra il compimento più alto di tale percorso interpretativo (Lévi-Strauss C. 1966 [1949a] [1949b])[30]. Tuttavia, l'accostamento è sembrato così immediato e giustificato *in premessa*, da non permettere il recupero critico della matrice disciplinare di una separazione che oggi attraversa la psichiatria e la neurologia. In che modo il rapporto fra sonnambulismo e isteria abbia definito il terreno, la posta in gioco e le armi per le discussioni sullo sciamanismo nelle scienze etnologiche

13-(Note) Minelli.pmd 350 02/11/2010, 16.18

e nella storia delle religioni rimane una interessante pista di indagine. I rimandi alla psicoanalisi, in questo caso, sono un invito a riprendere il discorso interrotto da Freud, dopo l'abbraccio di una paziente (CHERTOK L. - DE SASSURE R. 1975 [1973]: 145 e segg.).

Note

(1) Si tratta della pubblicazione in volume (BARZINI L. 1984 [1907]) di alcuni articoli usciti su "Il Corriere della Sera" dedicati alle sedute medianiche condotte da Eusapia Paladino nel 1906.

(2) I fenomeni prodotti dalla Paladino in *transe* sono stati minuziosamente classificati poco tempo dopo dallo stesso Morselli (MORSELLI E. 1908). Egli aveva avuto modo di conoscere bene Eusapia e in una drammatica seduta con la medium nella propria casa, il 12 giugno 1902, era rimasto turbato sino alle lacrime dalla voce flebile e dalle carezze ricevute dal presunto spirito della madre morta ventisette anni prima (GUARNIERI P. 1986: 115).

(3) Per un inquadramento della attività scientifica di Lombroso, in rapporto a fenomeni paranormali prodotti da soggetti delle classi sociali inferiori vedi GIACANELLI F. 2000 e FRIGESSI D. 2003.

(4) La loro impresa sarà destinata a fallire. È paradossale, infatti, che il laboratorio positivista da un lato si occupi di una sfera specifica di creazione culturale, dall'altro produca fatti sperimentali, nel chiuso dei gabinetti scientifici. Ricorda Clara Gallini che il Positivismo deve a questa "estrema prova di forza", in uno "spazio di creazione culturale" sfuggente ai criteri di misurabilità, «la trappola mortale delle sue materialistiche certezze» (GALLINI C. 1983: 215). Ernesto de Martino dedicherà *Il mondo magico* a questo specifico problema (DE MARTINO E. 1948).

(5) La data che convenzionalmente è stata assegnata alla nascita dello spiritismo è il 31 marzo 1848, quando nella cittadina di Hydesville (presso Rochester, New York) le figlie dell'agricoltore metodista Fox hanno esperienze paranormali. Dicono di aver sentito battere colpi sul muro, che sono riuscite ad interpretare come risposte date dagli spiriti alle loro richieste. Il dialogo con l'Aldilà delle sorelle Fox, tramite domande e colpi che segnalano risposte positive, negative o brevi comandi, sarà presto messo sotto contratto da P. T. Barnum per alcune *tournée*. Già nel 1852 i medium americani arrivano nel Regno Unito. Daniel Duglas Home, il più famoso medium dell'Ottocento, giunge a Londra nel 1860. George Stocking ricorda come Londra, insieme a Parigi, a metà secolo XIX sia divenuta rapidamente una delle capitali dello spiritismo. Fra gli antropologi è soprattutto Alfred Russel Wallace a seguire assiduamente le prime sedute intorno al 1865 (STOCKING G.W. 1971, cfr. HACKING I. 1988, PARETI G. 1990).

(6) La separazione fra prospettiva neurologica e clinica psicologica avviene anche in Italia alla fine del secolo XIX. La situazione, secondo Stefano Ferrari è tuttavia piuttosto sfumata, con posizioni più orientate a quadri neurologici da esplorare con approccio clinico-sperimentale (Seppilli, Tamburini, Mosso, Vizioli, Lombroso) e posizioni più psicologiche (Morselli, Tanzi) (FERRARI S. 1987).

(7) Nell'attività di alcuni celebri medium, come i fratelli Davenport, venne coinvolta tutta la Royal Anthropological Society. Dei poteri di Home si occuperà soprattutto William Crookes, più volte citato da de Martino ne *Il mondo magico* (1948) come fonte attendibile.

(8) In realtà, i vari filoni dello spiritismo della seconda metà dell'Ottocento hanno una chiara tendenza ad attingere a diverse formule esotiche. Il "sistema nervoso" europeo deve molto all'ingresso dell'Altro nella storia mondiale. È questo Altro ad alimentare il serbatoio delle scienze della memoria. Nell'economia della dissociazione e dell'emersione di parti della coscienza automatiche e sonnamboliche, in Europa hanno rilevanza le mode provenienti da altri continenti, come quella degli spiriti pellerossa evocati nelle sedute londinesi a cui partecipa Tylor. D'altra parte, le storie di fantasmi della nobiltà del vecchio continente sono particolarmente gradite nel nuovo mondo: il

13-(Note) Minelli.pmd 351 02/11/2010, 16.18

successo dei medium francesi in Nord America; la diffusione dello spiritismo di Allan Kardec nelle città brasiliane e lo sviluppo dello *espiritismo de Umbanda*, che inaugura una forma sincretica dove «invece dell'accostamento santo-*orishá* agiscono in modo predominante i collegamenti tra le rispettive credenze sui morti e sulla loro rievocazione» (SEPPILLI T. 2008 [1955]: 290).

(9) È il problema di "credere alla credenza di qualcuno che ha visto": il vaglio delle testimonianze è pieno di sottili distinzioni, come mostra Michel de Certeau nelle *note di lavoro* sulla "istituzione del credere" (DE CERTEAU M. 2007 [1983]).

(10) In Italia, proprio con il magnetismo, inizia un superamento dei regionalismi e si crea un mercato culturale che supera i confini nazionali. Processi fondamentali per il costituirsi dell'embrione di una società di massa, in cui si cominciano a distinguere sottoproletariato urbano, classe operaia in formazione, un «settore terziario largamente fluttuante» (GALLINI C. 1983: 138).

(11) Il termine "nervi" è usato in modo metaforico per coprire molti ambiti della esperienza sociale. Nel rapporto dinamico fra organismo e mondo esterno, i nervi assumono un ruolo peculiare nella definizione delle sensibilità, delle potenzialità percettive e della trasmissione d'energie e d'informazioni. Le reazioni alla variazione degli stimoli servono a ridefinire una mappa sensoriale, che fa del termine "nervoso" un equivalente dell'attivazione eccessiva (*eccitabilità*), oppure della riduzione del potenziale energetico (*esaurimento*). Permeabilità dei corpi e cambiamento proteiforme della realtà (che dissimula proprio attraverso quanto sembra manifestare sulla superficie) mentre da un lato alimentano il fascino dei congegni meccanici, dall'altro circoscrivono sul piano individuale i fenomeni patologici dell'isteria (SHORTER E. 1993 [1992]).

(12) Il cinema sarebbe per Violi il punto di arrivo di questo processo inaugurato dallo spettacolo nevrotico, il punto limite della connessione tra dispositivo ottico e corpo nervoso. Lo sdoppiamento e la frammentazione del corpo meccanico nel cinema di Méliès, ad esempio, sono eredi della «circolazione mimetica e nevrotica della fantasmagoria, la "macchina sonnambula" incaricata di produrre le rappresentazioni del corpo isterico» (VIOLI P. 2004: 41).

(13) Quando negli anni Venti del Novecento Sir Conan Doyle dovrà argomentare a proposito della sua eccentrica presa di posizione a favore delle fate fotografate da due ragazzine a Nottingdale farà riferimento ad una strana combinazione di fiducia nella fisica e nelle sorti progressive annunciate dalla teoria della evoluzione. Il creatore di Sherlock Holmes propone un metodo per dimostrare che esistono nuove forme di vita collocabili nel modello darwiniano dell'evoluzione delle specie. Dell'innamoramento per le fate si possono seguire le tracce in due direzioni: la prima riguarda il rapporto tra realtà e finzione nella letteratura popolare – Doyle crede alle fate mentre il pubblico non vuole credere alla inesistenza di Sherlock Holmes (SALER M. 2003) –; la seconda ha a che fare con la magia del ragionamento investigativo – un modo di ragionare su prove indiziarie che a un certo punto sembra tradire Doyle –. La disputa su Nottingdale (HOMER M.W. - INTROVIGNE M. 1992, FAIVRE A. 2003) si chiuderà quando, nel 1971, una delle sorelle, ormai anziana, dichiarerà in TV che «anche Frances ammetteva che le prime quattro fotografie erano truccate ma insisteva che erano state scattate "per aiutare a provare che le fate esistono" e che da bambina "aveva veramente visto delle vere fate molto da vicino". Le prime quattro fotografie erano in sostanza una prova falsa, secondo Frances, di una storia vera» (HOMER M.W. - INTROVIGNE M. 1992: 31).

(14) Nella proposizione n. 16 delle *tesi sul magnetismo* di Mesmer, la musica, che è invisibile e che commuove, sarebbe in grado di comunicare, propagare, aumentare gli effetti del fluido. Nei salotti di Mesmer si suonava l'armonica a calici, uno strumento costruito da Franklin che ebbe grande successo (GALLO D.A. - FINGER S. 2000).

(15) Il 10 marzo dell'anno 1800, Alessandro Volta scrive una lettera a Sir Joseph Banks della Royal Society of London. La lettera spiega come fabbricare la pila. Nelle pagine illustrate allegate nelle appendici sono descritte minuziosamente macchine che includono bicchieri o tazze in cui immergere le mani. Lo scopo è amplificare i deboli effetti della pila del 1797 e arruolare testimoni attendibili (MERTENS J. 1998). Nella pila a corona di tazze, c'è una gradazione di sensazioni che vanno provate direttamente dallo sperimentatore attraverso esperienze che combinano apprendimento e gioco. Alla scala di intensità che provoca piccole commozioni Volta affida l'efficacia della strategia argomentativa (MERTENS J. 1998, PERA M. 1986: 173-174). La possibilità di provocare,

13-(Note) Minelli.pmd 352 02/11/2010, 16.18

usando l'elettricità, shock nervosi o commozioni, come le chiamava Alessandro Volta, rende simili il *baquet* di Mesmer e la bottiglia di Leida (inventata nel 1746). Nel primo caso, qualcosa accade quando si entra in contatto con le verghe di ferro, le funi o la catena dei pollici dei pazienti attorno al *baquet*. Nel secondo, si provano "commozioni" quando un circuito si chiude e si è attraversati da corrente elettrica.

(16) P.J.C. Mauduyt de la Verenne è incaricato nel 1776 dalla Società reale di Medicina di fare accurati accertamenti su queste nuove pratiche.

(17) In questo universo artificiale, i salotti parigini accolgono soggetto mesmerizzato e automa: le crisi isteriche e il giocatore turco di scacchi di Maelzel, le lanterne magiche e gli automi, la cura con l'avvicinamento di calamite e l'armonica a calici di Franklin (Gallo D.A. - Finger S. 2000). Ironia della sorte, Benjamin Franklin, che ha avuto un ruolo decisivo nella commissione sul mesmerismo, scriverà una lettera a colleghi in cui si soffermerà sugli effetti subiti in prima persona nella sperimentazione, associando allo shock da corrente elettrica la perdita di memoria subita negli ultimi suoi anni di vita (Finger S. - Zaromb F. 2006).

(18) La possibilità di sollecitare tramite corrente elettrica il sistema nervoso è usata da Giovanni Aldini, nipote di Galvani, negli esperimenti sull'attivazione di arti nei cadaveri. Ad Aldini, com'è noto, sono ispirate alcune immagini del potere manipolatorio della scienza sulla natura presenti nel romanzo *Frankenstein* di Mary Shelley (Turney J. 2000 [1998]).

(19) Le dinamiche del campo scientifico sono innescate da differenti aspetti della "dimostrazione" intesa rispettivamente come: (*a*) un modo per indicare il fenomeno e rendere evidente un "fatto" ad un osservatore normale; (*b*) una capacità di far apparire e controllare il fenomeno, secondo la propria volontà, manipolando alcuni parametri; (*c*) una possibilità di far testimoniare la natura a vantaggio della tesi dello sperimentatore per rendere visibili e socializzare gli *attanti non-umani* chiamati a testimoniare in un tribunale della ragione (Ashmore M. *et al.* 2005).

(20) Dal punto di vista etnografico è essenziale descrivere le differenti forme di distribuzione di evento e ricercatore attraverso i *settings* (privato, pubblico e legale) considerando che l'obiettivo dei contendenti è socializzare un modello di descrizione della mente. Nell'analisi delle modalità di dimostrazione nelle odierne "guerre della memoria" infatti sono richiamati due prototipi della pratica in psicologia: il laboratorio fondato a Lipsia da Wundt; il mesmerismo e il magnetismo animale. La scena fondativa della psicologia sperimentale è collocata nel laboratorio di Wundt, un'infrastruttura per ricerca e addestramento (Cfr. Danziger K. 1990). Ma proprio le dispute sul mesmerismo hanno permesso di mettere a punto una pratica sperimentale, adottata dagli alienisti francesi in contesti clinici, in cui induzione ipnotica e magnetismo sono fenomeni costituitivi della interrogazione e della dimostrazione (Danziger K. 1985). Particolarmente interessante in proposito è la figura di Richet che adotta raffinate tecniche di randomizzazione nella ricerca sperimentale sulla telepatia (Hacking I. 1988). Nel modello di Wundt il postulato è la continuità nello spostamento fra i diversi siti. Nei contesti sperimentali francesi, al contrario, le procedure non possono essere trasmesse in modo diretto e sono considerate una faccenda di training e apprendistato del terapeuta. Solo chi è esperto può mantenere il controllo delle tecniche (Ashmore M. *et al.* 2005).

(21) Com'è noto la principale disputa sull'ipnotismo in rapporto al quadro diagnostico della isteria ha visto contrapporsi il gruppo di Charcot, della Salpêtrière di Parigi, e il gruppo di Bernheim di Nancy. In proposito si veda: Ellenberger H.F. 1976 [1970]: 99-119, Chertok L. - de Sassure R. 1975 [1973]: 47-73.

(22) Tre passaggi sono decisivi: nel 1878 Charcot apre all'ipnotismo; nel 1882 scopre, con il traumatismo, la possibile determinazione psichica dei sintomi organici; nel 1890 si occupa dei fenomeni di disorganizzazione della personalità e del sonnambulismo (Gauchet M. - Swain G. 1997).

(23) L'anomalia apparente della figura di Charcot nella storia della memoria traumatica è riconducibile – secondo Allan Young – alla sua posizione all'incrocio di due linee di sviluppo: quella della memoria traumatica somatizzata che va da Erichsen a Cannon e a Pavolv e quella della memoria traumatica psicologizzata che va da Charcot a Janet e a Freud. Nello specifico, Jean-Martin Charcot fornisce la prima spiegazione psicologica della sindrome "railway spine". L'effetto scatenante della sindrome traumatica sarebbe riconducibile alla paura che agisce in uno stato ipnotico autoindotto (Young A. 1995: 19).

13-(Note) Minelli.pmd 353 02/11/2010, 16.18

(24) Le immagini dell'estasi nell'iconografia religiosa della Controriforma e gli stati isterici riprodotti alla Salpêtrière sono apparentemente sovrapponibili. Si possono cogliere in controluce quali collettivi possano mobilitarsi nel rapporto fra visibile e invisibile (cfr. CHARCOT J.-M. - RICHER P. 1980 [1887]).

(25) James Braid aveva introdotto la parola ipnotismo nel libro *Neuroypnology: or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*, del 1843. L'ipnosi era in breve tempo entrata all'interno della psichiatria francese dopo che il gruppo di Broca intorno al 1858 aveva eseguito interventi chirurgici con anestesia prodotta ipnoticamente. Secondo Foucault, il braidismo è accettato in Francia perché è una tecnica che fa a meno delle grandi teorie cosmologiche e fisiologiche del magnetismo animale e sviluppa una circoscritta modalità di induzione ipnotica: il medico riesce infatti a mantenere un controllo costante degli eventi prodotti, e con un "addestramento del paziente", a materializzare i sintomi su richiesta.

(26) Nei pressi degli ospedali psichiatrici anche nel secolo XX continueranno a verificarsi scaramucce e piccole guerriglie – non più grandi manovre – in cui si inseriscono movimenti spiritici e crisi carismatiche. Giordana Charuty ha ricostruito come attorno all'ospedale del convento di Limoux, il sistema comunitario di interpretazione e di intervento sulla malattia (attestato almeno dal secolo XIV), subisce trasformazioni profonde quando intervengono gli alienisti nella seconda metà del secolo XIX. La principale di tali trasformazioni è costituita dalla mutazione dell'*armièr* (messaggero delle anime che interpreta i segni del morto e che consiglia quali atti riparatori verso di questo eventualmente compiere) in medium spiritista (CHARUTY G. 1985: 255).

(27) In questo scenario bellico, risulta difficile capire come possa essersi verificato il declino dell'isteria come diagnosi e come oggetto scientifico nell'arco dei decenni successivi. La causa è per lo più attribuita all'emancipazione sessuale che ha permesso di collocare vissuti ed emozioni in un quadro meno oppressivo, insieme alla psicologizzazione progressiva dei sintomi. Mark S. Micale sostiene invece che la diagnosi di isteria deve essere decostruita dall'interno verso l'esterno, focalizzando l'attenzione sui cambiamenti nella teoria e nella pratica diagnostica. Tra le ragioni interne vi sarebbero i tentativi fatti dalla nuova generazione degli studenti di Charcot di fornire nuove descrizioni e definizioni dell'isteria; la rivalità fra medici tedeschi e francesi, per acquisire l'egemonia nelle pratiche classificatorie delle malattie mentali; la crescente competizione fra neurologi, psichiatri istituzionali e psichiatri di pratica-privata, allo scopo di esercitare autorità sulla patologia mentale. Un chiarimento dei fattori interni getta una luce particolare sull'intera popolazione manicomiale dei primi anni del Novecento. Tre categorie mediche assorbono in pochi anni elementi diagnostici prima associati all'isteria: (*a*) *l'epilessia*: quando aumentano e si precisano i comportamenti caratteristici della psicosi epilettica; (*b*) *la sifilide*: quando nel 1905 la scoperta della spirocheta pallida e nel 1906 la reazione Wasserman permettono di individuare nella sifilide un attacco al sistema nervoso centrale; (*c*) *le paralisi e i traumi al sistema nervoso centrale*: quando con i miglioramenti nella diagnostica dei disturbi neurologici, come i raggi X (1895), il riflesso di Babinski (1896), permettono l'individuazione di psicosi legate a lesioni o all'uso di sostanze tossiche (MICALE M.S. 1993).

(28) Ciò che rimette in causa il potere dello psichiatra nella interazione con il paziente e nel suo ruolo di produttore di verità nell'ospedale psichiatrico, per Foucault, è *antipsichiatria*.

(29) La scoperta dell'abbraccio e il provvidenziale ingresso della domestica nello studio medico potrebbero essere messi in rapporto con quell'inconscio sociale della psicanalisi, che Robert Castel descrive, mettendo al centro della stessa fantasmagoria il *medico* e il *padre* (CASTEL R. 1975 [1973]).

(30) Il dibattito sull'efficacia simbolica ha certamente risentito del modo in cui si sono definiti gli ordini discorsivi, a proposito della possibilità di attivare, con il linguaggio e i sistemi di segni, metamorfosi degli organismi umani. I saggi pubblicati da Lévi-Strauss nel 1949 mettono insieme l'idea d'azione a distanza con quella dello scetticismo nei poteri magici degli operatori tradizionali, l'idea della alterazione del sistema neuroendocrino, seguita alla dissoluzione delle relazioni sociali, con quella dell'abreazione durante l'azione rituale.

13-(Note) Minelli.pmd 354 02/11/2010, 16.18

Riferimenti bibliografici

Alexander Franz G. - Selesnick Sheldon T. (1975 [1966]), *Storia della psichiatria*, traduz. dall'inglese di Girolamo Mancuso, Newton Compton, Roma [ediz. orig.: *The history of psychiatry*, 1966].

Ashmore Malcom - Brown Steven D. - MacMillan Katie (2005), *Lost in the mall with Mesmer and Wundt: demarcations and demonstrations in the psychologies*, "Science, Technology, and Human Values", vol. 30, n. 1, 2005, pp. 76-110.

Barthes Roland (1979 [1977]), *Frammenti di un discorso amoroso*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Fragments d'un discours amoureux*, Éditions du Seuil, Paris, 1977].

Barzini Luigi (1984 [1907]), *Nel mondo dei misteri con Eusapia Paladino*, prefazione di Cesare Lombroso, Longanesi, Milano [ediz. orig.: *Nel mondo dei misteri con Eusapia Paladino*, Baldini, Castoldi & C., Milano, 1907].

Benjamin Walter (1962 [1955]), *Di alcuni motivi in Baudelaire*, pp. 89-274, in *Angelus novus. Saggi e frammenti*, Torino, Einaudi [ediz. orig.: *Schriften*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1955].

Benjamin Walter (1993 [1974-1989, 1929]), *Il Surrealismo. L'ultima istantanea sugli intellettuali europei*, pp. 253-268, in *Ombre corte. Scritti 1928-1929*, traduz. dal tedesco di Giorgio Backhaus - Marisa Bertolini Peruzzi - Gianni Carchia - Giovanni Gurisatti - Anna Marietti Solmi, a cura di Giorgio Agamben, Einaudi, Torino [ediz. orig. del saggio: *Der Surrealismus* (1929), pp. 295-310, in Benjamin Walter, *Gesammelte Schriften*, a cura di R. Tiedemann e H. Schweppenhäuser, 7 voll., vol. II.1, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1974-1989].

Bergé Christine (2003), *La peau du mort: enveloppes, écrans, ectoplasmes*, "Ethnologie Française", vol. 4, 2003, pp. 611-621.

Borch-Jacobsen Mikkel (1998 [1987]), *L'ipnosi nella psicoanalisi,* pp. 73-94, in Chertok Léon (curatore), *Ipnosi e psicoanalisi. Collisioni e collusioni*, Armando Editore, Roma, 1998 [ediz. orig. del volume: *Hypnose et psychanalyse*, Bordas, Paris, 1987 / ediz. inglese dell'articolo: *Hypnosis in Psychoanalysis*, "Representations", vol. 27, 1989, pp. 92-110].

Castel Robert (1975 [1973]), *Lo psicanalismo. Psicanalisi e potere*, traduz. dal francese di Luca Fontana, introduzione di Franco Basaglia e Franca Basaglia, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Le psychanalysme*, Librairie François Maspero, Paris, 1973].

Charcot Jean-Martin (1875-1877), *Leçons sur les maladies du système nerveux faites a la Salpêtrière*, recueillies et publiées par Bourneville, Redacteur en chef du *Progrès médical*, 2 voll., V. Adrien Delahaye et C.ie Éditeurs, Paris.

Charcot Jean-Martin - Richer Paul (1980 [1887]), *Le indemoniate nell'arte*, Spirali Edizioni, Milano [ediz. orig.: *Les démoniaques dans l'art*, Paris, 1887].

Charuty Giordana (1985), *Le couvent des fous. L'internement et ses usages en Languedoc aux XIXe et XXe siècles*, Flammarion, Paris.

Chertok Léon - de Sassure Raymond (1975 [1973]), *Freud prima di Freud. Nascita della psicanalisi*, traduz. dal francese di Elisa Fubini e Stefano Rizzo, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Naissance du psychanalyste de Mesmer a Freud*, Éditions Payot, Paris, 1973].

Chertok Léon - Stengers Isabelle (1991 [1989]), *Il cuore e la ragione. L'ipnosi come problema, da Lavoisier a Lacan*, traduz. dal francese di Alessandro Serra, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Le cœur et la raison. L'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan*, Éditions Payot, Paris, 1989].

Danziger Kurt (1985), *The origins of the psychological experiment as a social institution*, "American Psychologist", vol. 40, n. 2, febbraio 1985, pp. 133-140.

Danziger Kurt (1995 [1990]), *La costruzione del soggetto. Le origini storiche della ricerca psicologica*, traduz. dall'inglese di Maria Pia Viaggiano, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Constructing the subject. Historical origins of psychological research*, Cambridge University Press, Cambridge (Mass.), 1990].

Darnton Robert (2005 [1968]), *Il mesmersimo e il tramonto dei Lumi*, traduz. dall'inglese di Roberto Carretta e Renato Viola, prefazione di Giulio Giorello, Edizioni Medusa, Milano [ediz.

13-(Note) Minelli.pmd 355 02/11/2010, 16.18

orig.: *Mesmerism and the end of the Enlightenment in France*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1968].

DE CERTEAU Michel (2007 [1983]), *L'istituzione del credere. Note di lavoro*, pp. 65-93, in *La pratica del credere*, traduz. dal francese di Tatiana SILLA, introduzione e cura di Giovanni LEGHISSA, Medusa, Milano [ediz. orig.: *L'institution du croire. Notes du travail*, "Recherches de Science Religieuse", vol. 71, n. 1, 1983, pp. 61-80].

DEI Fabio (1996), *Antropologia dell'esperienza straordinaria,* "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 355-360.

DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.

DEVEREUX Georges (1984 [1967]), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, traduz. dal francese, Istituto dell'Enciclopedia Italiana Treccani, Roma [ediz.orig.: *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement, Flammarion*, Paris, 1967].

EDELMAN Nicole (2003), *L'invisible (1870-1890): une inscription somatique*, "Ethnologie Française", vol. 4, 2003, pp. 593-600.

ELLENBERGER Henry F. (1976 [1970]), *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, 2 voll., traduz. dall'inglese di Wanda BERTOLA - Alda CINATO - Fredi MAZZONE - Riccardo VALLA, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *The discovery of unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*, Basic Books, New York, 1967].

FAIVRE Antoine (2003), *Sir Arthur Conan Doyle et les esprits photographiés*, "Ethnologie Française", vol. 4, 2003, pp. 623-632.

FERRARI Stefano (1987), *Psicologia come romanzo. Dalle storie di isteria agli studi sull'ipnotismo. Con testi di Richet, Seppilli, Souriau*, Alinea Editrice, Firenze.

FOUCAULT Michel (2004 [2003]), *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, traduz. dal francese di Mauro BERTANI, edizione stabilita da Jacques LAGRANGE, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, Éditions du Seuil - Gallimard, Paris, 2003].

FRIGESSI Delia (2003), *Cesare Lombroso*, Einaudi, Torino.

FINGER Stanley - ZAROMB Franklin (2006), *Benjamin Franklin and shock-induced amnesia*, "American Psychologist", vol. 61, n. 3, aprile 2006, pp. 240-248.

GALLINI Clara (1983), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano.

GALLO David A. - FINGER Stanley (2000), *The power of a musical instrument: Franklin, the Mozarts, Mesmer, and the glass armonica*, "History of Psychology", vol. 3, n. 4, 2000, pp. 326-343.

GAUCHET Marcel - SWAIN Gladys (1997), *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*, Calmann-Lévy, Paris.

GIACANELLI Ferruccio (2000), *Il medico, l'alienista. Introduzione*, pp. 3-41, in LOMBROSO Cesare / FRIGESSI Delia - GIACANELLI Ferruccio - MANGONI Luisa (curatori), *Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

GOULD Stephen Jay (2002 [1989]), *La catena della ragione contro la catena dei pollici*, pp. 183-198, in *Bravo brontosauro. Riflessioni sulla storia naturale*, traduz. dall'inglese di Libero SOSIO, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *The chain of reason vs. the chain of thumbs*, "Natural History", vol. 98, n. 7, 1989, pp. 12-21].

GUARNIERI Patrizia (1986), *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Franco Angeli, Milano.

HABERMAS J. (1988 [1962]), *Storia e critica dell'opinione pubblica*, traduz. dal tedesco di Augusto ILLUMINATI, Ferruccio MASINI e Wanda PERRETTA, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Strukturwandel der Öffentlichkeit*, Hermann Luchterhand Verlag, Neuwied, 1962].

HACKING Ian (1988), *Telepathy: origins of randomization in experimental design*, "Isis", vol. 79, n. 3, settembre 1988, pp. 427-451.

13-(Note) Minelli.pmd 356 02/11/2010, 16.18

HACKING Ian (1996 [1995]), *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, traduz. dall'inglese di Rodolfo RINI, Feltrinelli, Milano 1996 [ediz. orig.: *Rewriting the soul: multiple personality and sciences of memory*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey), 1995].

HARAWAY Donna J. (1991 [1988]), *Situated knowledges: the science questioning feminism and the privilege of partial perspective*, pp. 183-201, in *Simians, cyborgs and women: the reinvention of nature*, Free Association Books, London [ediz. orig. del saggio: *Situated knowledges. The science question in feminism as a site of discourse on the privilege of partial perspective*, "Feminist Studies", vol. 14, n. 3, 1988, pp. 575-599].

HOBSBAWM Eric J. (1987), *L'età degli imperi. 1875-1914*, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *The age of empire. 1875 - 1914*, 1987]

HOMER Michael W. - INTROVIGNE Massimo (1992), *Cottingley, o il trionfo del Positivismo*, pp. 7-45, in CONAN DOYLE Arthur, *Il ritorno delle fate*, Sugarco, Varese, 1992 [ediz. orig.: *The coming of the fairies*, 1922].

KAPLAN Fred (1974), *"The mesmeric mania": the early Victorians and animal magnetism*, "Journal of the History of Ideas", vol. 35, n. 4, ottobre-dicembre 1974, pp. 691-702.

KUHN Thomas S. (1978 [1962]), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, traduz. dall'inglese di Adriano CARUGO, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *The structure of scientific revolutions*, The University of Chicago Press, Chicago, 1962, 1970].

LAGRANGE Pierre (1993), *La sociologie à l'épreuve des parasciences*, pp. 311-315, in LAGRANGE Pierre (curatore), *Science / Parascience. Preuves et épreuves*, "Ethnologie Française", vol. 3, tomo 23, settembre 1993.

LAPLANCHE Jean - PONTALIS Jean-Bertrand (1990 [1967]), *Enciclopedia della psicanalisi*, ediz. italiana a cura di Giancarlo FUÀ, Laterza, Roma - Bari [ediz. orig.: *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, Paris, 1967].

LATOUR Bruno (1995 [1991]), *Non siamo mai stati moderni. Saggio di antropologia simmetrica*, traduz. dal francese di Guido LAGOMARSINO, Elèuthera, Milano [ediz. orig.: *Nous n'avons jamais été modernes*, Éditions La Découverte, Paris, 1991].

LATOUR Bruno (2005 [1996]), *Il culto moderno dei fatticci*, traduz. dal francese di Cosimo PACCIOLLA, Meltemi, Roma [ediz. orig.: *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Sinthélabo Groupe / Les Empecheurs de Penser en Rond, Paris, 1996].

LÉVI-STRAUSS Claude (1966 [1949a]), *Lo stregone e la sua magia*, pp. 189-209, in *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo CARUSO, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sorcier et sa magie*, "Les Temps Modernes", vol. IV, n. 41, 1949, pp. 3-24].

LÉVI-STRAUSS Claude (1966 [1949b]), *L'efficacia simbolica*, pp. 210-230, in *Antropologia strutturale*, traduz. dal francese di Paolo CARUSO, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *L'efficacité symbolique*, "Revue de l'Histoire des Religions", t. 135, n. 1, 1949, pp. 5-27].

LOMBROSO Cesare (1909), *Ricerche sui fenomeni ipnotici e spiritici*, Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino.

MEINTEL Deirdre (2007), *When the extraordinary hits home: experiencing spiritualism*, pp. 124-157, in GOULET Jean-Guy A. - GRANVILLE Bruce (curatori), *Extraordinary anthropology: transformations in the field*, University of Nebraska Press, Lincoln - London.

MERTENS Joost (1998), *Shocks and sparks: the Voltaic pile as a demonstration device*, "Isis", vol. 89, n. 2, giugno 1998, pp. 300-311.

MICALE Mark S. (1993), *On the "disappearance" of hysteria: a study on the clinical deconstruction of a diagnosis*, "Isis", vol. 84, n. 3, settembre 1993, pp. 496-526.

MORSELLI ENRICO (1908), *Psicologia e spiritismo. Impressioni e note critiche sui fenomeni medianici di Eusapia Paladino*, 2 voll., Bocca, Torino.

MORUS Iwan Rhys (1993), *Currents from the underworld. Electricity and the technology of display in Early Victorian England*, "Isis", vol. 84, n. 1, marzo 1993, pp. 50-69.

13-(Note) Minelli.pmd 357 02/11/2010, 16.18

NADIS Fred (2001), *Of horses, planks, and window sleepers: stage hypnotism meets reform, 1836-1920*, "Journal of Medical Humanities", vol. 22, n. 3, 2001, pp. 223-245.

OTIS Laura (2002), *The metaphoric circuit : organic and technological communication in the Nineteenth Century*, "Journal of the History of Ideas", vol. 63, n. 1, gennaio 2002, pp. 105-128.

PARETI Germana (1990), *La tentazione dell'occulto. Scienza ed esoterismo nell'età vittoriana*, Bollati Boringhieri, Torino.

PERA Marcello (1986), *La rana ambigua. La controversia sull'elettricità animale tra Galvani e Volta*, Einaudi, Torino.

ROAZEN Paul (1998 [1975]), *Freud e i suoi seguaci*, prefazione di Michele RANCHETTI, traduz. dall'inglese di Anna Maria FENOGLIO, Roberto SPEZIALE-BAGLIACCA e Anna MARTINI, Einaudi, Torino [ediz.orig.: *Freud and his followers*, 1975].

SALER Michael (2003), *'Clap if you believe in Sherlock Holmes': mass culture and the re-enchantment of modernity, c. 1890 - c. 1940*, "The Historical Journal", vol. 46, n. 3, 2003, pp. 599-622.

SEPPILLI Tullio (2008 [1955]), *Il sincretismo religioso afro-cattolico in Brasile*, pp. 269-310, in *Scritti di antropologia culturale. I. I problemi teorici, gli incontri di culture, il mondo contadino*, a cura di Massimiliano MINELLI e Cristina PAPA, 2 voll., vol. I, Leo S. Olschki Editore, Firenze, 2008 [ediz. orig.: *Il sincretismo religioso afro-cattolico in Brasile*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni. Pubblicati dalla Scuola di studi storico-religiosi della Università di Roma" (Bologna), vol. XXIV-XXV, 1953-1954 [1955], pp. 189-233 / *Il sincretismo religioso afro-cattolico in Brasile. II. (Note aggiuntive)*, Istituto di Antropologia dell'Università, Roma, 1955].

SHORTER Edward (1993 [1992]), *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento ad oggi*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*, The Free Press, New York, 1992].

SPERBER Dan (1984 [1982]), *Il sapere degli antropologi*, traduz. dal francese di Mariangela ZANUSSO, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Le savoir des anthropologues*, Hermann, Paris, 1982].

STENGERS Isabelle (1996 [1995]), *Il medico e il ciarlatano*, pp. 103-144, in NATHAN Tobie - STENGERS Isabelle, *Medici e stregoni. Manifesto per una psicopatologia scientifica. Il medico e il ciarlatano*, a cura di Salvatore INGLESE, traduz. dal francese di Salvatore INGLESE e Alfredo SALSANO, Bollati Boringhieri, Torino, 1996 [ediz. orig.: *Le médecin et le charlatan*, in NATHAN Tobie - STENGERS Isabelle, *Médecins et sorciers. Manifeste pour une psychopathologie scientifique. Le médecin et le charlatan*, Les Empecheurs de Penser en Rond, Paris, 1995].

STOCKING George W. Jr (1971), *Animism in theory and practice: E. B. Tylor's unpublished ' Notes on "spiritualism" '*, "Man", new series, vol. 6, n. 1, marzo 1971, pp. 88-104.

SUTTON Geoffrey (1981), *Electric medicine and mesmerism*, "Isis", vol. 72, n. 3, settembre 1981, pp. 375-329.

SWAIN Gladys (1985), *L'anima, la donna, il sesso e il corpo. Metamorfosi dell'isteria alla fine dell'Ottocento*, "Sanità, Scienza e Storia", n. 1, 1985, pp. 213-231.

TAUSSIG Michael (1992), *The nervous system*, Routledge, New York.

TAUSSIG Michael (2006), *Walter Benjamin's Grave*, The University of Chicago Press, Chicago (Ill.) - London.

TOURETTE Gilles DE LA (1888), *L'ipnotismo e gli stati analoghi sotto l'aspetto medico-legale. Gli stati ipnotici e gli stati analoghi, le suggestioni criminali, gabinetti di sonnambule e società di magnetismo e spiritismo, l'ipnotismo di fronte alla legge*, prefazioni di P. BROUADEL e J.M. CHARCOT, traduz. dal francese a cura di Luigi BUFALINI, Vallardi, Milano.

TURNEY Jon (2000 [1998]), *Sulle tracce di Frankenstein. Scienza, genetica e cultura popolare*, traduz. dall'inglese di Rosaria TROVATO, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Frankenstein's footsteps. Science, genetics and popular culture*, Yale University, New Haven - London, 1998].

VIOLI Alessandra (2004), *Il teatro dei nervi. Fantasmi del moderno da Mesmer a Charcot*, Bruno Mondatori, Milano.

13-(Note) Minelli.pmd 358 02/11/2010, 16.18

WITTGENSTEIN Ludwig (1986 [1967]), *Zettel*, a cura di M. TRINCHERO, Torino, Einaudi [ediz. orig.: *Zettel*, a cura di G.E.M. ANSCOMBE e G.H. von WRIGHT, Oxford, Blackwell, 1967].

YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing Post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey).

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

13-(Note) Minelli.pmd 359 02/11/2010, 16.18

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 361-381

L'inserimento della possessione spiritica tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati del DSM-IV-TR

Valentina Salvati

antropologa, laurea e master presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza"
[valeslv@gmail.com]

Recentemente la psichiatria statunitense legata all'American Psychiatric Association (APA) ha incluso la possessione nella IV edizione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV) [(1)] accomunandola ad altri disturbi caratterizzati dal fenomeno dissociativo, i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati (DDNOS). Nonostante il fenomeno dissociativo definisca un processo psicobiologico universale, che può anche rappresentare una risorsa funzionale per far fronte a situazioni traumatiche e altamente stressanti, in Occidente esso ha acquisito principalmente una connotazione patologizzante. Per comprendere meglio il processo di patologizzazione della possessione e la tradizione cui l'APA si richiama (con scarsa consapevolezza) ne tracceremo brevemente le radici culturali e storiche. Adottando una prospettiva antropologica, vedremo poi come la dissociazione acquisisca significati diversi a seconda dei contesti culturali in cui è inserita, dando luogo a pratiche diverse, e come essa non intervenga esclusivamente nella genesi dei disturbi mentali. Dalla letteratura antropologica emerge infatti come presso numerose società i vari tipi di trance (che qui consideriamo come forme di dissociazione definite culturalmente) rappresentino un fenomeno biopsicologico modellato culturalmente, necessario tra l'altro alla produzione del complesso culturale della possessione [(2)]. Quindi, analizzeremo il processo di costruzione della possessione come Disturbo Dissociativo focalizzando la nostra attenzione in particolare su tre articoli. Infine, prenderemo in considerazione alcuni dei criteri diagnostici del DSM-IV-TR per la possessione, evidenziando l'inconsistenza di alcuni presupposti, nonché le conseguenze dell'adozione in ambito clinico.

Per la struttura che lo caratterizza e per l'ideologia che lo sostiene, l'ultimo best seller dell'APA [(3)] poco si presta all'inserimento di considerazioni relative alla dimensione etnica e culturale. Infatti la Task Force che coordina

Note

14-(Note) Salvati.pmd 361 02/11/2010, 16.18

le edizioni del DSM è costituita essenzialmente da psichiatri neokraepeliniani [4], come tali ancorati sia a una nosografia descrittiva, classificatoria, nominalistica e ateorica relativamente all'eziologia, sia a un approccio organicista.

Ora, non solo la malattia e la salute, ma anche i vari tipi di classificazione che tentano di ordinarle, rappresentano categorie concettuali radicate nel contesto culturale; quest'ultimo dunque, modellandole di volta in volta, inevitabilmente le fornisce di un corredo di implicazioni assiologiche implicite. Pertanto la biopsichiatria non è affatto esente da concezioni culturali implicite, né da giudizi morali, nonostante i neokraepeliniani sostengano che le nuove tassonomie abbiano un carattere "obiettivo". Il fatto che nel DSM-IV la possessione sia stata inserita nella categoria dei Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati (DDNOS) può essere spiegato 1) dalla patologizzazione della dissociazione e dal pregiudizio occidentale verso gli stati alterati di coscienza; 2) dal nesso stabilitosi storicamente in Europa tra la dissociazione patologica e la possessione demoniaca; 3) dal tentativo, ricorrente nell'ideologia biopsichiatrica, di classificare tutti i disturbi mentali riscontrabili (o presunti tali), poiché in ultima istanza causati da «lesioni ancora da scoprire» (ANDREASEN N. 1977 [da web, *traduz. mia*, VS]); 4) dalla connivenza tra l'American Psychiatric Association e l'American Psychopharmacological Association.

Esaminando la costruzione del concetto di dissociazione nel corso della storia della psichiatria, si osserva come una catena di connessioni, che interessano fenomeni sì diversi, ma accomunati dal dispositivo dissociativo, hanno condotto alla patologizzazione di questo processo psicologico. La scoperta scientifica della dissociazione viene attribuita ad un allievo di Mesmer, il marchese di Puységur (LAPASSADE, G. 1996): magnetizzando nel 1784 un contadino, lo indusse in uno stato di "sonnambulismo artificiale" (lo stesso che più tardi Braid chiamò "ipnosi") molto simile a quello del sonnambulismo spontaneo. Il primo stato, a differenza del secondo, poteva essere indotto artificialmente e dunque controllato. Ma soprattutto il sonnambulismo artificiale si rivelò uno stato dissociato da quello della veglia, aveva infatti una sua coerenza interna, una propria memoria: qualora un paziente fosse stato ipnotizzato, avrebbe ricordato quanto accaduto nello stato di trance durante il sonno magnetico successivo (ELLENBERGER H.F. 2001).

Il passaggio imprescindibile per comprendere le connotazioni patologiche che segnano ancora oggi il dispositivo dissociativo si colloca alla fine del XIX secolo, in relazione agli studi sull'isteria che Charcot conduceva alla Salpêtrière. Delle tante scoperte che resero Charcot il neurologo più

14-(Note) Salvati.pmd 362 02/11/2010, 16.18

celebre dell'epoca, a noi interessa in particolare una sua teorizzazione in base alla quale esclusivamente gli individui isterici potevano essere ipnotizzati. Tale postulato condusse all'identificazione tra la dissociazione (dispositivo che interviene sia nell'isteria, sia nell'ipnosi) e l'isteria stessa. L'assimilazione della dissociazione-isteria alla possessione si consolidò attraverso il seguente sillogismo: solo gli isterici sono ipnotizzabili (dissociati), gli individui posseduti sono ipnotizzabili, dunque i posseduti sono isterici.

Un'ulteriore analogia venne edificata quando, emersi i primi studi sullo sdoppiamento di personalità, gli isterici e i posseduti vennero equiparati non solo per le manifestazioni esteriori della trance (convulsioni o sonnambulismo), ma anche per lo sdoppiamento della coscienza.

Un nuovo impulso allo studio della dissociazione venne dato poi dal lavoro di Janet. Nell'*Automatisme psychologique* formulò il concetto di "disaggregazione" riferendosi allo sdoppiamento della personalità. La "disaggregazione" si sarebbe verificata sia in risposta allo stress, sia a causa di una predisposizione in alcuni soggetti alla "dégénérescence" (ciò che oggi gli psichiatri chiamerebbero Disturbi Dissociativi), causata dalla peculiare costituzione genetica di alcuni individui che non possedevano la forza psicologica per ricomporre tutti gli automatismi psicologici in una coscienza integrata (Kihlstrom J.F. - Glisky M.L. - Angiulo M.J. 1994). Sebbene Janet non svincolasse il concetto di dissociazione da quello di malattia, fu però il primo a comprendere come l'unità della coscienza e del sé fosse il frutto di un lavoro di sintesi e non uno stato "naturale". Dopo la prima decade del XX secolo, la nuova psichiatria dinamica trascurò tanto lo studio delle personalità multiple quanto quello della dissociazione; a ciò contribuì l'affermarsi della psicanalisi. Se in un primo tempo Freud e Breuer non si discostarono molto né dalla teoria né dalla pratica di Janet (esemplare a questo proposito è il caso di Anna O.), ben presto le narrazioni prodotte nello stato di trance, sin qui considerate risorse attendibili per accedere ai ricordi obliati, iniziarono a necessitare dell'ermeneutica psicanalitica (Ellenberger H.F. 2001, Lapassade G. 1996). Freud infatti aveva rinunciato a indagare l'ipnosi come tecnica e la trance come stato e come discorso, ritenendo che fosse impossibile distinguere le fantasie dai ricordi e che pertanto le informazioni relative ai traumi, recuperate attraverso la trance, non rinviassero a verità biografiche nella storia del paziente isterico. Così la dissociazione fu sostituita dalla rimozione e l'ipnosi dalla libera associazione.

Dopo Janet la dissociazione è caduta nell'oblio sino agli anni '70-'80 del XX secolo, quando Hilgard (Hilgard H.R. 1977) esplorò la possibilità di

14-(Note) Salvati.pmd 363 02/11/2010, 16.18

considerare la dissociazione un modo di funzionamento normale della coscienza, svincolato da qualsivoglia relazione con la patologia mentale. Attualmente una parte degli psicologi rivaluta la teoria di Janet: ad esempio riscuote grande consenso l'eziologia dei disturbi dissociativi, in particolare del DID [5].

Buona parte della psichiatria ritiene ormai la dissociazione un meccanismo "normale" (HILGARD H.R. 1977, ERDELYI M.H. 1994, KIRMAYER L.J. 1994), che riguarda la maggior parte della popolazione – l'ipnosi da autostrada ne è un esempio (GABBARD G.O. 2002) – e conta persino numerosi impieghi terapeutici (SPIEGEL D. - VERMUTTEN E. 1994). D'altra parte lo stesso Spiegel [6] afferma – indipendentemente dal progetto del DSM e a prescindere da qualunque riconsiderazione del fenomeno in chiave antropologica – che la dissociazione è un dispositivo essenziale per le funzioni cognitive, sensibile alle diversità culturali e importante per la relazione mente-corpo (SPIEGEL D. 1994). Eppure il DSM-IV-TR, benché contenga informazioni ampiamente condivise dalla comunità psichiatrica, le presenta in modo ambiguo; inoltre la Task Force non ha dimostrato la stessa sollecitudine quando si è trattato di includere – in relazione alla dissociazione – indicazioni e concetti significativi dal punto di vista antropologico. Sembra che attualmente l'analogia tra isteria e possessione sia sostituita da quella tra possessione e personalità multipla [7]. Non è forse un caso che la prima analogia sia da ricondurre a un'epoca in cui venivano fatti confluire nell'isteria (la nevrosi allora in voga) tutti i disturbi classificati come Disturbi Dissociativi dal DSM, e che la seconda si diffonda proprio oggi che le personalità multiple affascinano non solo psichiatri e psicoterapeuti ma anche un vasto pubblico di lettori e spettatori [8]. Le etichette cambiano, ma la storia si ripete.

Sebbene i culti di possessione presenti in società "altre" abbiano subìto numerosi tentativi di patologizzazione (CHANDRA SHEKAR C.R. 1989) da parte di diversi studiosi, possiamo individuare l'effettiva costruzione della possessione come Disturbo Dissociativo analizzando in particolare tre articoli che delineano rispettivamente le seguenti classificazioni: *Possession Disorder* (SAXENA S. - PRASAD K.V.S.R. 1989), *Transient Dissociative Disturbance* (SPIEGEL D. - CARDEÑA E. 1991), *Trance and Possession Disorder* (TPD) (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1992).

Il primo articolo riveste un'importanza centrale perché viene sempre citato come prova della necessità dell'inserimento della possessione nel DSM. Di conseguenza, se si confutano le argomentazioni del primo, vengono

14-(Note) Salvati.pmd 364 02/11/2010, 16.18

meno anche le premesse su cui si fondano le ipotesi degli articoli successivi. Gli autori sopracitati legittimano infatti le proprie tesi ricorrendo alla stessa retorica: giacché è stato riscontrato che in una singola clinica psichiatrica di Nuova Delhi (*All-India Institute of Medical Sciences Hospital*) i disturbi dissociativi accertati nei pazienti esterni non soddisfacevano i criteri per le categorie diagnostiche specifiche (FUGA, DID, ecc.), e dunque finivano per essere diagnosticati come Disturbi Dissociativi atipici, ne consegue che è necessario intervenire sulle categorie diagnostiche per modificarle ed espanderle, tanto da includere come Disturbo Dissociativo specifico anche la possessione. Sbandierando percentuali insignificanti[9], Saxena e Prasad sostenevano: «In tutto il mondo è rintracciabile un ampio spettro di fenomeni dissociativi, ed è necessario che tali fenomeni vengano descritti meglio e incorporati nei sistemi di classificazione» (SAXENA S. - PRASAD K.V.S.R. 1989: 261 [*traduz. mia*, VS]).

Tanta risolutezza e naturalezza possono indurre il lettore ad accettare acriticamente l'enunciato come una verità oggettiva, malgrado la connessione logica di causa-effetto tra le due proposizioni sia decisamente arbitraria: perché dalla constatazione "nel mondo si trova un ampio spettro di fenomeni dissociativi" discenderebbe la conseguenza "è necessario descrivere e incorporare i fenomeni dissociativi "altri" nel DSM"?

Il procedimento è eloquente circa l'obiettivo degli autori (classificare) e presuppone che tutte le manifestazioni della dissociazione rintracciabili siano patologiche. La patologia è poi diagnosticata attraverso un procedimento tautologico, lontano da qualunque metodo scientifico.

Ed eccoci al secondo articolo. Nel 1991 il *National Institute of Mental Health* (NIMH) degli USA sponsorizzava una conferenza finalizzata a costituire un gruppo di lavoro che suggerisse quali cambiamenti apportare al DSM-IV; Spiegel e Cardeña (SPIEGEL D. - CARDEÑA E. 1991) pubblicavano una serie di proposte per modificare la sezione dei Disturbi Dissociativi. Gli autori auspicavano che tra i DDNOS venissero inclusi (come poi è avvenuto) quei disturbi la cui manifestazione principale fosse un sintomo dissociativo, che non soddisfacesse però i criteri per un Disturbo Dissociativo specifico. Individuarono il *Transient Dissociative Disturbance*, la cui classificazione veniva legittimata citando – in mancanza di altri studi epidemiologici[10] – l'articolo di Saxena e Prasad.

Nel 1992 l'APA pubblicò il *DSM-IV Options Book* per incoraggiare una discussione sulle proposte sin lì pervenute. Tra queste ultime si segnalava il suggerimento di inserire tra i Disturbi Dissociativi una nuova specie di disturbo psichiatrico, il TPD.

Note

14-(Note) Salvati.pmd 365 02/11/2010, 16.18

Vediamo allora come Lewis-Fernández[11] ha argomentato il suo assenso all'inclusione della possessione nella nuova categoria diagnostica: «È tempo di correggere questa discordanza diagnostica. Le sindromi[12] che rappresentano più del 90% dei casi non possono essere considerate 'atipiche' – sono le nostre categorie diagnostiche che hanno bisogno di essere riviste ed espanse così da poter classificare queste varie fenomenologie dissociative cross-culturali» (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1992: 302 [*traduz. mia*, VS]).

Purtroppo siamo ormai in grado di riconoscere questa retorica. Anche per Lewis-Fernández la prova definitiva della necessità di istituire la nuova categoria del TPD risiede nelle percentuali di Saxena e Prasad. Ancora, in nome di una presupposta similarità tra le caratteristiche delle sindromi dissociative culturalmente modellate e quelle di alcuni disturbi mentali tipici dell'occidente (il DID?), anche le prime dovrebbero trovare collocazione nel DSM. Quali sarebbero le caratteristiche in questione? La dissociazione, invariabilmente.

Infine la possessione è stata inserita nel DSM-IV-TR, figurando tra i DDNOS come Disturbo Dissociativo di Trance, nell'*Appendice B*[13], e nell'*Appendice I* (rappresentata dallo *zar*): una sorta di glossario delle CBS. La sua inclusione, a mio avviso basata su criteri assai discutibili e che tradiscono gravi pregiudizi, è stata peraltro realizzata in modo estremamente superficiale e contraddittorio. Non potendo esaminare nel dettaglio le numerose inesattezze e omissioni[14], mi limiterò ad analizzare due criteri diagnostici (B e C), già ampiamente criticati nella loro forma provvisoria, riportata dalla "Transcultural Psychiatric Research Review" (ANTZE P. 1992, BODDY J. 1992, BOURGUIGNON E. 1992, KENNY M.G. 1992, KIM K. 1992, KOSS-CHIOINO J.D. 1992, LAMBEK M. 1992, PERRY C. 1992).

«La trance, o la trance di possessione, non sono previste come parte *normale* di qualche pratica culturale religiosa o collettiva» (APA 2004: 832 [corsivo mio, VS]) recita il criterio B, cadendo subito nella trappola del termine "normale"[15]. Difficile stabilire se l'APA abbia trascurato, o persino ignorato, la problematicità intrinseca all'utilizzo del concetto di "normalità", se invece l'aggettivo si sia imposto come scelta obbligata, essendosi la biopsichiatria da sempre sottratta alla responsabilità intellettuale di indagare epistemologicamente la normalità e la patologia (SZASZ T.S. 1961, ROSENHAN D.L. 1973, KIRK S.A. - KUTCHINS H. 1992, YOUNG A. 1995, DI PAOLA, F. 2000, MARTÍNEZ HERNÁEZ Á. 2000).

Quanto al criterio B, osserviamo in primo luogo che se da una parte si lascia intuire l'esistenza di una qualche forma di trance da possessione non

14-(Note) Salvati.pmd 366 02/11/2010, 16.18

patologica (altrimenti non avrebbe senso includere un criterio come quello B), al contempo però non viene esplicitato come si differenzi la patologia dalla "normalità". La sezione "Caratteristiche" del DSM ci apre però uno spiraglio interpretativo: «Tali stati *volontari* e *non patologici* sono comuni e costituiscono la stragrande maggioranza degli stati di trance e di trance di possessione […] nel contesto di pratiche culturali e religiose che sono *ampiamente accettate* dal gruppo culturale» (APA, 2004: 830 [corsivo mio, VS]). Sembrerebbe dunque che la "normalità" corrisponda alla possessione volontaria e ritualizzata. Ma a smentire la supposizione interviene tempestivamente la sezione "Manifestazioni associate" dove si legge che i sintomi della possessione patologica possono aggravarsi in relazione "ai comportamenti *rituali* dei circostanti" (*Ibidem*: p. 831 [corsivo mio, VS]). In conclusione, il DSM non offre criteri univoci per stabilire se la possessione sia o meno patologica. Comunque, anche nel caso in cui s'intendesse come patologica quella possessione che eventualmente intervenga al di fuori delle pratiche rituali, tali indicazioni non sarebbero corrette. Infatti la letteratura antropologica (LAMBEK M. 1980, 1988, 1989, SCHIRRIPA P. 2001) ha evidenziato come la pratica culturale della possessione in molte società non si limiti al solo contesto rituale. Al contrario, le relazioni che si instaurano tra gli individui e gli spiriti sarebbero continuative e permeerebbero la vita quotidiana. Inoltre sarebbero di estrema importanza le negoziazioni relative all'identità dello spirito che precedono l'epifania pubblica. La scelta dell'identità dello spirito verrebbe pilotata, se non proprio controllata, dai desideri, dagli interessi del futuro ospite, che tuttavia dovrebbe confrontarsi con le aspettative degli altri attori sociali, con il consenso sociale. Così, nel periodo compreso tra la comparsa dei primi sintomi e la cerimonia in cui pubblicamente verrà assegnata un'identità allo spirito, le performance del futuro ospite sarebbero finalizzate a sondare le altrui reazioni di fronte all'eventualità che l'identità dello spirito sia l'una o l'altra. Lambek (LAMBEK M. 1980, 1988) ha osservato come il metodo preferenziale per un'analisi compiuta di un tale complesso culturale non consista tanto nell'osservare quei contesti pubblici, cerimoniali e terapeutici in cui sono enfatizzati gli aspetti spettacolari del culto e della trance, quanto nel cogliere i messaggi che vengono scambiati nell'intimità della vita quotidiana. Sembrerebbe infatti che il dispositivo dissociativo, culturalmente regolato, crei nella quotidianità nuove dimensioni comunicative, tanto in linea orizzontale tra individui coevi, quanto in linea verticale tra superstiti e defunti [(16)].

Tornando al criterio B, tanto l'aggettivo "normale" quanto altre formulazioni presenti nel DSM-IV-TR inducono a pensare che la possessione possa considerarsi "normale" esclusivamente se esperita in un contesto "autorizzato".

Note

14-(Note) Salvati.pmd 367 02/11/2010, 16.18

Ciò non tiene conto dei diversi livelli di partecipazione e di condivisione della cultura (o delle sottoculture) presenti all'interno di una stessa società. Se pensiamo ad esempio ai cosiddetti culti di possessione marginali e alle strategie femminili di aggressione indiretta volte a contrastare gli svantaggi derivanti da una società a struttura androcentrica (LEWIS I.M. 1972), è facile comprendere come la possessione possa essere accettata (o respinta) a diversi livelli, a seconda degli status, a seconda dei rapporti di egemonia e subordinazione che legano gli individui. Dunque il fatto che la possessione possa essere o meno accettata è spesso connesso ai rapporti di potere. Ad esempio, Boddy (BODDY, J. 1992) riferisce che in Sudan gli uomini possono considerare la possessione, cui sono soggette le donne, un fenomeno anormale e l'arrendevolezza al volere degli spiriti un atto immorale, al quale preferirebbero l'esorcismo raccomandato dall'Islam. D'altra parte le donne ritengono la possessione spiritica una pratica normale, e per giunta benefica. Così, sebbene una trance che si verifichi al di fuori del contesto rituale, implicando talvolta sofferenza e turbamento attraverso l'idioma della malattia, possa essere considerata inopportuna da parte di alcuni attori sociali o sospetta da un punto di vista clinico, tuttavia difficilmente la si potrebbe etichettare come "anormale", giacché di solito – e a dispetto dell'essersi o meno manifestata in un'occasione cerimoniale – si conforma comunque ad alcuni parametri di comportamento stereotipati, riconosciuti come segni di un probabile (talvolta ulteriore) incontro con il soprannaturale.

Che l'utilizzo del concetto di "normalità" metta in gioco questioni di potere è ancora più evidente se consideriamo quei casi in cui la possessione ha convogliato messaggi di protesta e di resistenza politica. Si pensi ad esempio alla comparsa degli spiriti *iskokin turawa* nel culto *bori* (KRINGS M. 1999) e alla danza di possessione *holey hori*, al movimento *hauka* e alla possessione *sasale* (STOLLER P. 1984, 1989). Senz'altro ciascuno di questi culti di possessione, succedutisi nella storia di una Nigeria colonizzata e islamizzata, non sarebbe considerato "normale" da un rappresentante dell'alterità egemonica.

Vediamo ora cosa enuncia il criterio C: «Lo stato di trance o di trance da possessione causa disagio clinicamente significativo, oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti» (APA 2004: 832).

Benché questo criterio serva per la valutazione di quello che viene chiamato il "funzionamento" della persona nel proprio ambiente, nondimeno la sua applicazione comporta implicazioni preoccupanti, quantunque non immediatamente evidenti.

14-(Note) Salvati.pmd 368 02/11/2010, 16.18

Per illustrare gli effetti collaterali connessi all'uso del criterio C, mi servirò di una ricerca condotta da Ong (ONG A. 1988), che si è occupato dei numerosi episodi di possessione spiritica verificatisi all'interno delle fabbriche di alcune multinazionali dislocate in Malesia al principio degli anni '70, dove erano state assunte giovani donne provenienti da zone rurali. Ebbene, in quel contesto lavorativo le donne, oltre a essere sottopagate e sottoposte a un regime di lavoro estenuante, subivano il disagio derivante dal conflitto tra la pressione dei valori morali tradizionali e l'impossibilità di perseguirli in un ambito urbanizzato e occidentalizzato. È opportuno ricordare che il retroterra culturale delle lavoratrici era di stampo tradizionale, infatti nei villaggi di provenienza le concezioni e le pratiche relative agli spiriti (*hantu*) sembra fossero ancora molto vitali, nonostante l'avvenuto processo d'islamizzazione. Gli *hantu* erano considerati spiriti disincarnati in grado di oltrepassare i confini tra il mondo terreno e quello soprannaturale, attaccando gli individui che anche inconsapevolmente avessero violato l'ordine morale e sociale del villaggio. Le donne sarebbero state le vittime privilegiate degli *hantu* poiché "naturalmente" inclini ad invadere i confini del sacro, date la loro fragilità spirituale e la loro corporeità contaminante. La morale del villaggio imponeva così alle donne nubili di condurre una vita ritirata, improntata al controllo prudente del proprio corpo (le unghie tagliate, il sangue mestruale e i capelli caduti venivano considerati impuri), e di mostrarsi obbedienti, timide e rispettose conformando il proprio comportamento alle aspettative sociali. Dunque, Ong nota come le fabbriche fossero state costruite e venissero gestite ignorando totalmente le esigenze delle lavoratrici provenienti dai villaggi, che pertanto si trovavano ostacolate nel tentativo di mantenere uno stile di vita conforme alla propria cultura. Di conseguenza l'esplosione di casi di *kena hantu* nella catena di montaggio, locus della modernizzazione, può essere letto come il risultato della trasgressione dei confini che culturalmente regolavano le relazioni interpersonali e la morale umane.

La vita in fabbrica privava le donne del controllo sia della propria corporeità, sia delle relazioni sociali, favoriva il senso di colpa e suscitava il terrore che gli uomini dello staff dirigenziale potessero approfittare di loro, nonché l'ansia di poter essere soggiogate dagli spiriti; a tutto ciò dovremmo aggiungere l'alienazione causata dal lavoro di fabbrica in sé: la protesta per tali condizioni veniva simbolicamente espressa attraverso l'idioma della possessione.

L'esperienza culturale della possessione venne ridotta dai dirigenti delle aziende a una fastidiosa interferenza delle antiche credenze nell'assetto moderno dell'industria. Senz'altro gli episodi di *kena hantu* causavano

14-(Note) Salvati.pmd 369 02/11/2010, 16.18

"menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo" e dunque, adottando il criterio C, sarebbero stati valutati come indizi clinicamente significativi per diagnosticare un disturbo mentale. Nonostante la possessione all'epoca non fosse stata ancora classificata come DDNOS, la dirigenza ben comprese che attraverso la medicalizzazione della possessione avrebbe potuto controllare la protesta che il *kena hantu* veicolava. Ecco alcuni tra i giudizi clinici relativi ai casi di possessione "scandalosamente" verificatisi nel cuore del capitalismo del terzo mondo, così riportati da Ong (ONG A. 1988: 29-30 [*traduz. mia*, VS]): «Quest'aberrazione psicologica interrompe la produzione, e può produrre rischi dovuti a noncuranza e a distrazione nell'uso dei macchinari», «l'isteria di massa dovrebbe essere trattata come una *malattia epidemica di origine batteriologica*[17]», "isolamento", "casi contagiosi", "immunizzazione".

Alle donne possedute furono somministrate forti dosi di sedativi, dopodiché vennero licenziate. Trattate come "pazienti" e curate con farmaci occidentali, venivano stigmatizzate come "anormali". Di conseguenza le lavoratrici che ancora non avevano manifestato forme di possessione, intimorite dal trattamento riservato alle donne possedute, nonché dalla minaccia del licenziamento, adottarono un atteggiamento di iper-controllo, rinforzato senz'altro dalle assidue supervisioni delle infermiere.

Lo studio di Ong dimostra efficacemente come l'egemonia dell'Occidente esprima la propria supremazia attraverso il processo di modernizzazione, servendosi ad esempio della medicalizzazione forzata e dell'imposizione di una logica di mercato e di lavoro capitalistica. Nel contempo si può rilevare come sia stata completamente ignorata quella che si configurava come una richiesta di negoziazione della realtà, espressa attraverso l'idioma della possessione. La rinegoziazione di uno spazio morale, che coinvolgesse sia le norme igieniche che i rapporti interpersonali all'interno delle fabbriche, avrebbe potuto dimostrarsi un provvedimento risolutivo.

Attraverso "l'istituzione riparatrice" della possessione (SCHEPER-HUGHES N. 2000: 285) si esprimeva il disagio e l'impossibilità di adeguarsi a un contesto culturale "altro" che le donne erano costrette a incorporare, trasgredendo il tipo di moralità che regolava la loro vita sociale. La possessione avrebbe potuto anche operare innescando un processo di appropriazione e di rielaborazione di un'alterità che si configurava come una minaccia deculturalizzante (BENEDUCE R. 2002, KRINGS M. 1999, MASQUELIER A. 1999, TAUSSIG M. 1993). Tuttavia il riscatto di quella che, a causa dell'impatto con una cultura egemone e coercitiva, si andava configurando come "crisi della presenza" (DE MARTINO E. 1948, 1958) è stato ostacolato dalla mancanza di

14-(Note) Salvati.pmd 370 02/11/2010, 16.18

una cornice culturale e sociale entro cui inscrivere il disagio (l'intervento dei familiari, la negoziazione della diagnosi, la figura di più specialisti, il senso di condivisione di un orizzonte semantico, in particolare religioso e morale). Di conseguenza l'assenza di spazi, tempi e contesti adeguati ha prodotto uno iato e la possessione da complesso culturale è stata convertita, attraverso un processo di medicalizzazione, in un'esperienza individuale, soffocata tra l'altro dalla somministrazione degli psicofarmaci.

Sebbene spesso il confine tra normalità e follia venga tracciato basandosi su valutazioni circa l'alienazione o l'integrazione di un determinato comportamento rispetto alla società, nel caso delle fabbriche malesiane, la possessione incontrollata delle donne non può essere considerata patologica, nella misura in cui la separazione fisica e mentale dal proprio ambito culturale non ha permesso loro di usufruire di quei dispositivi atti ad esprimere le emozioni negative nelle pratiche rituali opportune.

Sin qui abbiamo analizzato soltanto due criteri diagnostici. Un'analisi più approfondita dei contenuti del DSM-IV-TR farebbe emergere ulteriormente la palese superficialità e l'incompetenza antropologica con cui è stata condotta la presunta impresa di sensibilizzare alla dimensione culturale della malattia. L'esito dell'auspicato incontro tra psichiatria e antropologia si è rivelato così disastroso da indurre persino Lewis-Fernández (dunque non un agguerrito relativista, ma colui che incensava la costruzione del TPD) a scrivere: «È chiaro che la struttura del DSM si dimostra intollerante verso i dati antropologici e s'interessa solo alle varianti cross-culturali nella fenomenologia psichiatrica. […] L'ostilità mostrata verso i dati dell'antropologia psichiatrica limita l'utilità sociale e psicoterapeutica di queste categorie nosologiche» (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1998: 395-396 [*traduz. mia*, VS]).

Anche Good ha espresso la propria delusione: «Quando gli argomenti relativi alla cultura sono stati accolti nelle prime stesure dei comitati, troppo spesso si sono rivelati una caricatura di ciò che era stato precedentemente redatto; al posto di dati scientifici accurati, abbiamo trovato stereotipi etnici e culturali che non riflettevano quasi nulla della letteratura scientifica» (GOOD B.J. 1996: 128 [*traduz. mia*, VS]).

È presumibile che molti psichiatri transculturali, o appartenenti all'orientamento dell'antropologia medica critica, abbiano partecipato alle manovre che hanno infine condotto alla medicalizzazione della possessione con l'unico intento di rendere l'operazione meno disastrosa, tuttavia è innegabile che scegliere di prendere parte a un progetto significa in qualche modo condividerlo.

14-(Note) Salvati.pmd 371 02/11/2010, 16.18

Non possiamo ignorare che l'istituzionalizzazione di un disturbo mentale rappresenta un'operazione pregna di conseguenze, e che le conoscenze prodotte da una disciplina non sono immuni da effetti concreti.

Perciò, per quanto siano condivisibili gli amari commenti provenienti da chi ha pur contribuito in passato a decostruire le presunte naturalità e obiettività che ancora circondavano molte concezioni della medicina e della psichiatria, nondimeno la complicità di fondo, da parte degli stessi studiosi, con gli intenti e le imprese di certa biopsichiatria dovrebbe essere messa in discussione.

Il progetto di costruire «*un'ideologia condivisa* e continuamente negoziata con chi ci sta di fronte, paziente, immigrato, africano, e, forse, in alcuni casi anche spirito-incarnato, senza imporre proiezioni e categorizzazioni proprie delle nostre discipline» (Beneduce R. - Taliani, S. 2001: 33) in realtà è ancora assente dagli orizzonti effettivi della biopsichiatria.

Dal momento che l'Apa legittima la scientificità della diagnosi psichiatrica facendo ricorso al sapere antropologico (usandolo in modo improprio), sarebbe doveroso da parte dell'antropologia non solo prendere le distanze da un uso strumentale e scorretto delle proprie produzioni intellettuali, ma anche denunciare la disonestà intellettuale dell'impresa nosografica statunitense.

Note

(1) Per un'analisi approfondita della costruzione della presunta scientificità del Dsm, vedi Kirk e Kutchins (Kirk S.A. - Kutchins H. 1992). Per la retorica della scientificità usata dalla biopsichiatria, in particolare in rapporto al DSM-IV, vedi Di Paola (Di Paola F. 2000).

(2) Esiste una sterminata bibliografia sulla possessione spiritica, cui rimando per una disamina accurata. Mi limito a segnalare per gli aspetti sociologici e la prospettiva funzionalista: Lewis I.M. 1972, 1993 / Wilson P. 1967 / Whisson M.G. 1964. Per gli aspetti performativi: Lambek M. 1980 / Lebra W.P. 1982 / Leiris M. 1958. Per un approccio femminista: Boddy J. 1988, 1989a. Per una critica all'approccio funzionalista: Boddy J. 1989b. Per gli aspetti politici: Morsy S. 1978 / Ong A. 1988 / Sharp L.A. 1993. Per il modello biologico: Kehoe A.B. - Giletti D.H. 1981. Sulla relazione tra possessione e modernizzazione: Behrend H. - Luig U. 1999 / Levy R.I. - Mageo J.M. - Howard A. 1996 / Masquelier A. 1999 / Sharp L.A. 1993. In rapporto al concetto di mimesi: Beneduce R. 2002. Per una prospettiva psicologica: Castillo R.J. 1994a, 1994b / Crapanzano V. 1995 / Freed S.A. - Freed R.S. 1964 / Shack W. 1971. Per una lettura depatologizzante del rito: Claus P.J. 1979 / Eguchi S. 1991. Per il processo di individuazione e per la funzione terapeutica: Corin E. 1998 / Hamer J. - Hamer I. 1966 / Harwood A. 1977a, 1977b / Kennedy J.G. 1967 / Messing S.D. 1958 / Young A. 1975, 1977. Per il rapporto tra possessione e colonizzazione: Krings M. 1999 / Sharp L.A. 1999 / Stoller P. 1984, 1989. Per la funzione comunicativa: Lambek M. 1980, 1988, 1989, 1996. In relazione al sé e alla persona: Crapanzano V. - Garrison V. 1984 / Mageo J.M. 1991. Sugli aspetti connessi alla migrazione: Beneduce R. - Taliani S. 2001.

(3) Ogni edizione del Dsm si rivela effettivamente una prospera manovra economica: «Il Dsm-III fu un bestseller per l'Apa e produsse un profitto sufficiente a comprare una sede di grande effetto per

14-(Note) Salvati.pmd 372 02/11/2010, 16.18

l'organizzazione a Washington DC. *Ogni versione del manuale è, perciò, un'impresa economica importante*» (KIRMAYER, L.J. 1998: 342 [*traduz. e corsivo miei*, VS]).
Il dott. Mosher (MOSHER, L.R. 1998 [*da web*, VS]), dopo essere stato socio dell'associazione psichiatrica americana per circa trent'anni, ha inviato al presidente dell'APA una lettera per comunicare le sue dimissioni (motivate dal bisogno di dissociarsi dalle posizioni politiche rappresentate dall'APA soprattutto in relazione alla connivenza con l'*American Psychopharmacological Association*): «Il DSM-IV è la costruzione sulla cui base la psichiatria cerca di essere accettata dalla medicina in generale. Gli addetti ai lavori sanno che si tratta *più di un documento politico che scientifico*. Parla bene di sé stesso – sebbene la sua breve apologia sia notata raramente. *Il DSM IV è diventato una bibbia e un best seller per fare soldi* – a prescindere dai suoi principali difetti. Delimita e definisce la pratica medica, alcuni lo prendono seriamente, altri più realisticamente. Rappresenta il modo per essere pagati. L'affidabilità diagnostica si può raggiungere facilmente nei progetti di ricerca» [*traduz. e corsivo miei*, VS].

(4) Kraepelin traspose la pratica classificatoria che distingueva le scienze naturali nella ricerca neuropsichiatrica, persuaso che soltanto la costruzione di classi e modelli in cui ordinare i pazienti avrebbe dato alla psichiatria una garanzia di scientificità. Su Kraepelin vedi Coppo (COPPO P. 2003).

(5) Con DID si intende il Disturbo Dissociativo dell'Identità, in passato chiamato Disturbo da Personalità Multipla.. Riguarda la presenza di due o più identità o stati della personalità distinti, che periodicamente prenderebbero il controllo del comportamento dell'individuo; ciascuna identità sarebbe inoltre contraddistinta da proprie modalità di percezione, relazione, pensiero rispetto all'ambiente e al Sé. La mancanza di ricordi associati a importanti informazioni personali sarebbe un'altra caratteristica peculiare del disturbo.

(6) Spiegel ha partecipato al Work Group per le Patologie Psichiatriche di Confine (Disturbi dell'Adattamento, Dissociativi, Fittizi, del Controllo degli Impulsi; Disturbi Somatoformi e Disturbi Mentali Dovuti a una Condizione Medica) durante la realizzazione del DSM-IV e del DSM-IV-TR (APA, 2004: XX, XXIII).

(7) Se i Freed (FREED S.A. - FREED R.S. 1964) e Obeyesekere (OBEYESEKERE G. 1984) interpretavano ancora la possessione accostandola all'isteria, Castillo (CASTILLO R.J. 1994a, 1994b) ha invece proposto di sostituire il modello dell'isteria con quello della dissociazione. Quest'ultimo, infatti, si adatterebbe a spiegare la possessione, evitando al contempo di imporre categorie diagnostiche occidentali. Tuttavia, asserendo che gli spiriti che possiedono un individuo possono essere equiparati alle personalità che si alternano nei casi di DID, Castillo ha creato un'analogia del tipo DID = malattia mentale = possessione spiritica, riproponendo così una semplicistica riduzione di un complesso culturale a una categoria psichiatrica occidentale. Anche Spiegel e Cardeña (SPIEGEL D. - CARDEÑA E. 1991) ritengono che la possessione incontrollata e involontaria sia un disturbo mentale molto simile al DID.

(8) Sembra che i mass media contribuiscano a dare del DID un'immagine fuorviante, poiché nella realtà i casi di DID non appaiono così clamorosi come quelli presentati nei film. Infatti la maggior parte dei pazienti tenderebbe a essere estremamente riservata circa i propri sintomi (GABBARD G.O. 2002), tanto che spesso solo il terapeuta e pochi intimi intorno al paziente sarebbero a conoscenza del disturbo (KENNY M.G. 1992). Inoltre non è ancora ben chiaro se, al di là delle diverse personalità, una coscienza superiore con una funzione di controllo permetta all'individuo di offrire all'esterno una definizione coerente del Sé, a dispetto delle amnesie dovute all'alternarsi delle distinte personalità. A questo proposito Spanos (SPANOS N.P. 1989) interpreta il DID, l'ipnosi e la possessione demoniaca come rappresentazioni di ruoli sociali complessi e culturalmente definiti che alcuni soggetti avrebbero appreso ad agire per evitare le proprie responsabilità (questo argomento spesso si ritrova anche per quanto concerne la possessione spiritica nei contesti etnografici). Le azioni di tali soggetti sarebbero dunque dirette a uno scopo, seppure mascherate dall'essere involontarie, pertanto sembrerebbe che gli individui ipnotizzati, i posseduti dal demonio e i pazienti con DID non perdano effettivamente il controllo sul proprio comportamento: «al contrario, solo mantenendo il controllo comportamentale necessario a guidare le loro azioni in termini di prescrizioni di ruoli culturalmente definiti, [i pazienti con diagnosi di DID, i posseduti] possono presentare sé stessi in maniera convincente come vittime piuttosto che come i responsabili delle proprie azioni» (SPANOS N.P. 1989: 97 [*traduz. mia*, VS]).

14-(Note) Salvati.pmd 373 02/11/2010, 16.18

(9) La ricerca condotta nel 1986 da Saxena e Prasad (Saxena S. - Prasad K.V.S.R. 1989) riportava i seguenti dati: su 63 pazienti il 90,3% rientrava nella sottocategoria dei Disturbi Atipici. Questo 90,3% fu poi ulteriormente suddiviso in un 80,6% cui fu diagnosticato un Disturbo Dissociativo semplice e in un 9,7% cui fu diagnosticato un Disturbo di possessione. Quest'ultimo disturbo veniva diagnosticato ricorrendo a sette criteri creati *ad hoc*. La percentuale indicata, 9,7%, già di per sé troppo esigua, deve essere comunque sottostimata. Infatti, i criteri utilizzati sono inadeguati, ad esempio la drammatizzazione nell'esecuzione rituale viene trattata con la massima disinvoltura come una delle condizioni principali per diagnosticare un disturbo mentale. Tuttavia, sappiamo che le cerimonie religiose che prevedono la possessione spiritica sono caratterizzate da una intrinseca teatralità, tant'è che molti antropologi proprio su questo aspetto hanno focalizzato la propria attenzione (Leiris M. 1958). Inoltre il riferimento alla teatralità – considerata una delle caratteristiche relative alla forma patologica di possessione – implica che la percentuale del 6% comprende anche individui che hanno esperito la trance di possessione in un contesto rituale. Un altro criterio contestabile (che tra l'altro si ritrova dopo anni di distanza anche nel Dsm-IV-Tr) è poi quello relativo all'amnesia posteriore all'evento. Tale criterio non tiene conto del fatto che in Cina, Corea e Giappone l'amnesia (anche quella parziale) non è un fenomeno riscontrabile in relazione alla possessione (Kim K-I. 1992). Per quanto riguarda il significato sociale della memoria, come pratica sia del ricordare, sia del dimenticare, si veda Kirmayer (Kirmayer L.J. 1996) e Hacking (Hacking I. 1996).

(10) Alexander, Joseph, & Das (Alexander P.J. - Joseph S. - Das A. 1997) riportano che in India la sintomatologia dei pazienti non soddisfa quasi mai i criteri del Dsm-IV e dell'Icd-10 né per i disturbi dissociativi specifici, né per il Dtd (Disturbo da Trance Dissociativa), sia nella forma di disturbo dissociativo di trance, sia in quella di disturbo di trance da possessione. Riscontrano invece percentuali più alte di Bds (Brief Dissociative Stupor, una categoria da loro proposta); ciò nonostante ammettono onestamente che anche questa diagnosi si rivela problematica, poiché i sintomi solitamente oltrepassano i confini delle classificazioni psichiatriche.

(11) Lewis-Fernández (Lewis-Fernández R. 1992) è consulente della Task Force sia per il Work Group sui Problemi Transculturali sia per le Patologie Psichiatriche di Confine (Disturbi Dissociativi, ecc.), nonché membro del sottogruppo – interno al Committee on Culture and Diagnosis – per la validità transculturale relativa alla classe dei Disturbi Dissociativi.

(12) L'uso del concetto di sindrome è criticabile come improprio perché la sintomatologia che definisce la possessione è quanto mai eterogenea e aspecifica, a meno che non si pensi un po' ingenuamente che i sintomi della possessione siano quelli osservabili durante la trance, in seguito al debito apprendistato dallo specialista. D'altra parte Lewis-Fernández così descrive le cosiddette sindromi: "Condizioni discrete già nelle società di provenienza, che si configurano comunemente 'in maniera descrittiva' come classi relativamente invarianti di sintomi" (Lewis-Fernández R. 1992: 301 [*traduz. mia*, VS]). Utilizzare un linguaggio culturalmente radicato nella tradizione europea del positivismo, cui la biopsichiatria è ancorata, rappresenta un'estensione impropria alle culture mediche "altre" di modalità che di fatto a queste non possono appartenere.

(13) I Criteri di Ricerca per il Disturbo da Trance Dissociativa, inclusi nell'*Appendice B* del Dsm-IV-Tr (Apa, 2004: 830) sono equivalenti a quelli provvisori riproposti nell'*Appendix A* dalla "Transcultural Psychiatric Research Review", (vol. XXXIX, 1992: 300), tratti dal *Dsm-IV Option Book*. Se confrontiamo i criteri provvisori con quelli effettivamente inseriti nel manuale, possiamo notare che non sono stati apportati cambiamenti rilevanti dalla prima versione a quella definitiva. Fanno eccezione alcune modifiche apportate all'organizzazione formale del testo, la denominazione del disturbo (*Trance and Possession Disorder* prima e Disturbo da Trance Dissociativa nella versione poi edita), e il criterio D, che nel Dsm-IV aggiunge «una condizione medica generale» agli «effetti fisiologici indotti da sostanze» già indicati nella prima variante. Il Disturbo da Trance Dissociativa distingue la Trance (A) dalla Trance di Possessione (B).

(14) Durante la redazione del manuale, la Task Force per il Dsm-IV aveva tra l'altro istituito un comitato di consulenza (i cui membri erano E. Griffith - R. Littlewood - C. Gonzáles - R.J. Castillo - R. Lewis-Fernández) interno al Committee on Culture and Diagnosis, con lo scopo di sviluppare delle proposte che incrementassero il grado di fondatezza transculturale relativamente

14-(Note) Salvati.pmd 374 02/11/2010, 16.18

alla sezione dei Disturbi Dissociativi. Ebbene, su un totale di 36 proposte avanzate dal suddetto comitato solo il 42% è stato poi incluso nel DSM-IV, mentre l'8% è stato sì incorporato ma in una forma troppo semplificata, e il 50% è stato scartato (LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1998). In sintesi si può affermare che i compilatori del DSM non hanno permesso alcuna "intrusione" che alludesse criticamente all'universalità della nosografia nordamericana, alla genesi tutta occidentale e ai pregiudizi relativi ai Disturbi Dissociativi. Infatti sono stati misconosciuti tutti quei suggerimenti volti a inquadrare in una prospettiva antropologica la stessa nosografia nordamericana: il riferimento sia alla prevalenza del DID in Occidente, sia ai fattori culturali correlati alla costruzione dei contenuti delle personalità multiple; l'avvertenza che le relazioni tra il DID e il DTD devono ancora essere esplorate in maniera soddisfacente; la segnalazione circa il ruolo della cultura nell'interpretare alcune forme di depersonalizzazione come patologiche, e così via. Inoltre, non è stata riconosciuta la necessità di ricorrere alla consulenza di "*cultural experts*" per la diagnosi clinica, né sono state inserite le informazioni sulle varie funzioni sociali della possessione nelle diverse culture.

(15) L'adozione di un idioma modellato sulla terminologia medica stride con la necessità di usare espressioni mutuate dal lessico colloquiale, o strettamente legate alla semantica delle emozioni: «sentimenti di svalutazione o di colpa», «triste, senza speranza, scoraggiato o 'giù di corda'» (APA 2004: 379). D'altra parte persino la terminologia che dovrebbe definire la gravità o meno del disturbo è spesso vaga e variamente interpretabile. Non necessariamente scorretto l'uso di vocaboli correnti, criticabile resta la contraddizione tra le pretese di scientificità e l'impossibilità di adeguamento al modello scientifico. La biopsichiatria infatti, proponendosi di compilare un manuale diagnostico *super partes*, dichiara di aver rinunciato con la pubblicazione del DSM-IV a una nosografia collegata all'eziologia. Tuttavia ciò costituisce senz'altro una sconfitta poiché, se la medicina ha incrementato la sua scientificità descrivendo le malattie in funzione delle loro cause, la psichiatria, pur tentando da sempre di legittimare la sua scientificità modellando il proprio linguaggio su quello medico, si è trovata di fronte all'impossibilità di connettere l'eziologia alla patologia. Una posizione coerente necessiterebbe che la cosiddetta soluzione nominalistica fosse accompagnata da un parallelo abbandono della pretesa di scientificità, dalla rinuncia da parte della psichiatria a riconoscersi (e a essere riconosciuta) come un ramo della medicina.

(16) Nell'isola di Mayotte, infatti, il riaffacciarsi di specifici spiriti, all'interno di una struttura di parentela caratterizzata dalla discendenza bilaterale, innescherebbe un processo di negoziazione delle identità degli spiriti stessi, che medierebbero i rapporti in linea verticale e orizzontale; il complesso della possessione contribuirebbe così a mantenere l'unità della famiglia nonostante il dinamico avvicendarsi dei singoli membri e delle loro scelte individuali. Oltretutto il complesso della possessione fornirebbe legami importanti per la definizione del sé – trascurata altrimenti dalla struttura di parentela – non tanto nel fornire norme di appartenenza, nel costruire confini, poiché la natura trascendente degli spiriti ricalcherebbe in qualche modo la flessibilità della struttura di parentela terrena, quanto nel guidare le scelte che l'individuo si troverebbe comunque a dovere operare nell'ambito delle relazioni interpersonali qualora non sia sostenuto da prescrizioni sociali (LAMBEK M. 1980, 1988).

(17) ONG trae le citazioni [*corsivo mio*, VS] da CHEW, P.K. 1978, *How to handle hysterical factory workers*, "Occupational Health and Safety", vol. 47, n. 2: 50-53.

Bibliografia

ALEXANDER, P.J. - JOSEPH, S. - DAS, A. (1997), *Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India*, Acta Psichiatrica Scandinavica", n. 95, 1997, pp. 177-182.

ANDREASEN Nancy C. (1997), *Linking mind and brain in the study of mental illnesses: a project for a scientific psychopathology*, "Science", vol. 275, 1977, pp. 1586-1592. http://www.iub.edu/~eeglab/articles/andreasen_1997.pdf (18 aprile 2004).

ANTZE Paul (1992), *Possession Trance and Multiple Personality: psychiatric disorders or idioms of distress?*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 319-323.

14-(Note) Salvati.pmd 375 02/11/2010, 16.18

APA (American Psychiatric Association) (2004 [2000]) DSM-IV-TR (ediz. ital.: *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali,* 2004, Masson, Milano).

BEHREND Heike - LUIG Ute (1999) *Spirit possession. Modernity and power in Africa,* Madison, The University of Wisconsin Press.

BENEDUCE Roberto (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia,* Bollati Boringhieri, Torino.

BENEDUCE Roberto - TALIANI Simona (2001) *Un paradosso ordinato. Possessione, corpi, migrazioni*, "Antropologia", anno I, n. 1 (numero monografico su *La possessione*), 2001, pp. 15-42.

BODDY Janice (1988), *Spirits and selves in Northern Sudan: the cultural therapeutics of possession and trance*, "American Ethnologist", vol. 1, n. 1, 1988, pp. 4-27.

BODDY Janice (1989a), *Wombs and alien spirits: women, men and the zar cult in northern Sudan,* The University of Wisconsin Press.

BODDY Janice (1989b), *Spirit possession revisited: beyond instrumentality*, "Annual Review of Anthropology", n. 3, 1989, pp. 407-434.

BODDY Janice (1992), *Comment on the proposed DSM-IV criteria for trance and possession disorder,* "Transcultural Psychiatric Research Review", vol. IV, n. 29, 1992, pp. 323-329.

BOURGUIGNON Erika (1992), *The DSM-IV and cultural diversity*, "Transcultural Psychiatric Research Review", vol. IV, n. 29, 1992, pp. 330-332.

CASTILLO Richard J. (1994a), *Spirit Possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 1. Theoretical background*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 18, 1994, pp. 1-21.

CASTILLO Richard J. (1994b), *Spirit Possession in South Asia, dissociation or hysteria? Part 2. Case histories*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 18, 1994, pp. 141-162.

CHANDRA SHEKAR C.R. (1989), *Possession Syndrome in India*, pp. 79-95, in Ward COLLEEN A. (curatore) *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective,* Sage, London.

CLAUS Peter J. (1979), *Spirit possession and spirit mediumship from the perspective of Tulu oral traditions*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 3, 1979, pp. 29-52.

COPPO Piero (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria,* Bollati Boringhieri, Torino.

CORIN Ellen (1998 [1978]), *Il rito zebola: la possessione come linguaggio in un contesto di cambiamento sociale*, pp. 269-299, in LANTERARI Vittorio - CIMINELLI Maria Luisa (curatori), *Medicina, magia, religione, valori,* vol. II. *Dall'antropologia all'etnopsichiatria,* Liguori, Napoli.

CRAPANZANO Vincent (1995 [1980]), *Tuhami. Ritratto di un uomo del Marocco,* traduz. dall'inglese di Maria Laura CASCONE TOMBÀ, consulenza scientifica di Mariella PANDOLFI, Meltemi, Roma. [ediz. orig.: *Thuami: portrait of a Moroccan*, University of Chicago Press, Chicago, 1980].

CRAPANZANO Vincent - GARRISON Vivian (curatori) (1984 [1977]), *Case studies in spirit possession,* Wiley & Sons, London.

DE MARTINO Ernesto (2003 [1948]), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo,* Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: Einaudi, Torino, 1948].

DE MARTINO Ernesto (2002 [1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria,* introduzione di Clara GALLINI, Bollati Borighieri, Torino [ediz. orig.: *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Boringhieri, Torino, 1958].

DI PAOLA Furio (2000) *L'istituzione del male mentale. Critica dei fondamenti scientifici della psichiatria biologica,* Manifesto Libri, Roma.

EGUCHI Shigeyuki (1991), *Between folk concepts of illness and psychiatric diagnosis: kitsune-tsuki (fox possession) in a mountain village of Western Japan*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 15, 1991, pp. 421-451.

ELLENBERGER Henri F. 2001 [1976]), *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica,* [ristampa della I ediz. italiana Bollati Boringhieri, Torino, 1976], traduz. dall'inglese di Wanda BERTOLA - Ada CINATO - Fredi MAZZONE - Riccardo VALLA, Bollati Boringhieri, Torino. [ediz. orig.: *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*, Basic Books, New York, 1970].

14-(Note) Salvati.pmd 376 02/11/2010, 16.18

ERDELYI Matthew Hugh (1994), *Dissociation, defense, and the uncounscious*, pp. 3-20, in SPIEGEL, D. (curatore), *Dissociation. Culture, mind and body,* American Psychiatry Press, Washington (DC).

FREED Stanley A. - FREED Ruth S. (1964), *Spirit possession as illness in a North Indian village*, "Ethnology", n. 3, 1964, pp. 152-171.

GABBARD Glen O. (2002), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

GOOD Byron J. (1996), *Culture and DSM-IV: diagnosis, knowledge and power*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 20, vol. II, 1996, pp. 127-132.

HAMER John - HAMER Irene (1966), *Spirit possession and its socio-psychological implications among the Sidamo of Southwest Ethiopia*, "Ethnology", n. 5, 1966, pp. 329-408.

HACKING Ian (1996), *Memory sciences, memory politics*, pp. 67-87, in ANTZE, P. - LAMBEK, M. (curatori), *Tense Past. Cultural essays in trauma and memory,* Routledge, New York.

HARWOOD Alan (1977a), *Puertorican spiritism. Part 1. Description and analysis of an alternative psychotherapeutic approach,* "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 1, vol. I, 1997, pp. 69-95.

HARWOOD Alan (1977b), *Puertorican spiritism. Part 2. An institution with preventive and therapeutic functions in community psychiatry*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 1, vol. I, 1977, pp. 135-153.

HILGARD Ernest R. (1977), *Divided consciousness. Multiple controls in human thought and action,* John Wiley and Sons, New York.

KENNEDY John G. (1967), *Nubian zar cerimonies as psychotherapy*, pp. 146-154, in LANDY D. (curatore), *Culture, disease, and healing. Studies in medical anthropology*, Macmillan, New York.

KENNY Michael G. (1992), *Notes on proposed revisions of 'Dissociative Disorders' section of DSM-III-R*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 337-341.

KHEOE Alice B. - GILETTI Dody H. (1981), *Women's preponderance in possession cults: the calcium deficiency hypothesis extended,* "American Anthropologist", n. 83, vol. III, 1981, pp. 549-61.

KIHLSTROM John F. - GLISKY Martha L. - ANGIULO Michael J. (1994), *Dissociative tendencies and Dissociative Disorders*, "Journal of Abnormal Psychology", n. 103, vol. I, 1994, pp. 117-124.

KIM Kwang-iel (1992), *Comment on DSM-IV criteria for trance and possession*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, pp. 341-342.

KIRK Stuart A. - KUTCHINS Herb (1992), *The selling of DSM. The rhetoric of science in psychiatry,* Aldine de Gruyter, New York.

KIRMAYER Laurence J. (1994), *Pacing the void: social and cultural dimensions of dissociation*, pp. 91-121, in SPIEGEL, D. (curatore), *Dissociation. Culture, mind and body,* American Psychiatry Press, Washington (DC).

KIRMAYER Laurence J. (1996), *Landscape of memory. Trauma, narrative and dissociation*, pp.173-198, in ANTZE, P. - LAMBEK, M. (curatori) *Tense Past. Cultural essays in trauma and memory,* Routledge, New York.

KIRMAYER Laurence J. (1998), *The fate of culture in DSM-IV*, "Transcultural Psychiatry", n. 35, vol. III, 1998, pp. 339-342.

KRINGS Matthias (1999), *On history and language of the "European" bori spirits*, pp. 53-67, in BEHREND, H. - LUIG U. (curatori), *Spirit possession. Modernity and power in Africa,* The University of Wisconsin Press, Madison.

KOSS-CHIOINO Joan D. (1992), *Possession/Trance and psychopathology: mismatched conceptual constructs*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 343-345.

LAMBEK Michael (1980), *Spirits and spouses: possession as a system of communication among the Malagasy speakers of Mayotte*, "American Ethnologist", n. 7, vol. II, 1980, pp. 318-331.

LAMBEK Michael (1988), *Spirit possession/spirit succession: aspects of social continuity among Malagasy speakers in Mayotte,* "American Ethnologist", n. 15, vol. IV, 1988, pp. 710-731.

LAMBEK Michael (1989), *From disease to discourse. Remarks on the conceptualization of trance and spirit possession,* pp. 36-61, in WARD C.A. (curatore) *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective,* Sage, London.

LAMBEK Michael (1992), *Discreteness or discretion?,* "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 345-347.

Note

LAMBEK Michael (1996), *The past imperfect: remembering as moral practice*, pp. 235-254, in ANTZE, P. - LAMBEK, M. (curatori), *Tense Past. Cultural essays in trauma and memory,* Routledge, New York.

LAPASSADE Georges (1996), *Transe e dissociazione*, Sensibili alle Foglie, Roma.

LEBRA William P. (1982), *Shaman-client interchange in Okinawa: performative stages in shamanic therapy*, pp. 303-315, in WHITE, G.M. - MARSELLA, A.J. (curatori), *Cultural conception of mental health and therapy*, D. Reidel Publishig Company, Dordrecht.

LEIRIS Michel (1988 [1958]), *La possessione e i suoi aspetti teatrali fra gli Etiopici di Gondar,* Ubulibri, Milano [ediz. orig.: *La possession et ses aspects théâtraux chez les Éthiopiens de Gondar*, 1958].

LEVY Robert I. - MAGEO Jeannette Marie - HOWARD Alan (1996), *Gods, spirits and history. A theoretical perspective*, pp. 11-27, in MAGEO J.M. - HOWARD A. (curatori), *Spirits in culture, history, and mind,* Routledge, New York.

LEWIS Ioan M. (1972 [1971]), *Le religioni estatiche. Studio antropologico sulla possessione spiritica e lo sciamanismo,* traduz. dall'inglese di Francesco CARDELLI, Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma [ediz. orig.: *Ecstatic religion. An anthropological study of spirit possession and shamanism*, Penguin Books, 1971].

LEWIS Ioan M. (1993 [1986]), *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali,* a cura di Vittorio LANTERNARI, traduz. dall'inglese di Annalisa DI NOLA, Liguori, Napoli [ediz. orig.: *Religion in context. Cult ad carisma*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986].

LEWIS-FERNÁNDEZ Roberto (1992), *The proposed DSM-IV Trance and Possession Disorder category: potential benefits and risks*, "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 301-317.

LEWIS-FERNÁNDEZ Roberto (1998), *A cultural critique of the DSM-IV Dissociative Disorder Section*, "Transcultural Psychiatry", n. 35, vol. III, 1998, pp. 387-400.

MAGEO Jeannette Marie (1991), *Ma'i Aitu: the cultural logic of possession in Samoa*, "Ethos", n. 19, 1991, pp. 352-383.

MARTÍNEZ HERNÁEZ Ángel (2000), *Anatomía de una illusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura*, pp. 249-273, in PERDIGUERO, E. - COMELLES, J.M. (curatori) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina,* Ediciones Bellaterra, Barcelona.

MASQUELIER Adeline (1999), *The invention of anti-tradition. Dodo spirit in southern Niger*, pp. 34-49, in BEHREND H. - LUIG U. (curatori), *Spirit Possession. Modernity and power in Africa*, The University of Wisconsin Press, Madison.

MESSING Simon D. (1958), *Group Therapy and Social Status in the Zar Cult of Ethiopia*, "American Anthropologist", n. 60, 1958, pp. 1120-26.

MORSY Soheir (1978), *Sex roles, power, and illness in an Egyptian village*, "American Ethnologist", n. 5, 1978, pp. 137-150.

MOSHER Loren R. (1998), *Letter of resignation from the American Psychiatric Association.* http://www.nopazzia.it/LRMosher/dimissioni.htm [http://www.nopazzia.it/], (10 marzo 2004).

OBEYESEKERE Gananath (1984 [1977]), *Psychocultural Exegesis of a case of spirit possession in Sri Lanka*, pp. 235-294, in CRAPANZANO V. - GARRISON V. (curatori), *Case studies in spirit possession,* John Wiley & Sons, New York.

ONG Aihwa (1988), *The production of possession: spirits and the multinational corporation in Malaysia,* "American Ethnologist", n. 15, vol. I, 1988, pp. 28-42.

PERRY Campbell (1992), *Are Trance and Possession Disorder linked to high hypnotisability?,* "Transcultural Psychiatric Research Review", n. 29, vol. IV, 1992, pp. 347-358.

ROSENHAN David L. (1973), *On being sane in insane place*, "Science", n. 179, 1973, pp. 250-258.

SAXENA Shekhar - PRASAD K.V.S.R. (1989), *DSM-III subclassification of Dissociative Disorder applied to psychiatric outpatients in India*, "American Journal of Psychiatry", n. 146, pp. 261-262.

SCHEPER-HUGHES Nancy (2000 [1994]), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica,* pp. 281-292, in BOROFSKI R. (curatore), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma.

14-(Note) Salvati.pmd 378 02/11/2010, 16.18

SCHIRRIPA Pino (2001), *Di ahøne. Pratiche della possessione tra gli Nzema del Ghana sud-occidentale,* "Antropologia", anno I, n. 1 (numero monografico su *La possessione*), 2001, pp. 77-98.

SHACK William (1971), *Hunger, anxiety and ritual. Deprivation and spirit possession among the Gurage of Ethiopia*, "Man", n. 6, vol. I, 1971, pp. 30-43.

SHARP Lesley A. (1993), *The possessed and dispossessed. Spirits, identity, and power in a Madagascar migrant town,* University of California Press, Berkeley.

SHARP Lesley A. (1999), *The power of possession in Northwest Madagascar. Contesting colonial and national hegemonies,* pp.3-19, in BEHREND H. - LUIG U. (curatori), *Spirit possession. Modernity and power in Africa,* The University of Wisconsin Press, Madison.

SPANOS Nicholas P. (1989), *Hypnosis, demonic possession, and multiple personality: strategic enactments and disavowals of responsibility for actions*, pp. 96-124, in WARD C.A. (curatore), *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective,* Sage, Newbury Park.

SPIEGEL David (curatore) (1994), *Dissociation. Culture, mind and body,* American Psychiatry Press, Washington (DC).

SPIEGEL David - CARDEÑA Etzel (1991), *Disintegrated experience: the Dissociative Disorders revisited*, "Journal of Abnormal Psychology", n. 100, vol. III, 1991, pp. 366-378.

SPIEGEL David - VERMUTTEN Eric (1994), *Physiological correlates of hypnosis and dissociation*, pp.185-215, in SPIEGEL, D. (curatore), *Dissociation. Culture, mind and body,* American Psychiatry Press, Inc., Washington, D.C.

STOLLER Paul (1984), *Horrific Comedy: cultural resistance and the Hauka movement in Niger*, "Ethos", n. 12, vol. II, 1984, pp. 165-88.

STOLLER Paul (1989), *Stressing social change and Songhay possession,* pp. 267-284, in WARD C.A. (curatore), *Altered states of consciousness and mental health. A cross-cultural perspective,* Sage, London.

SZASZ Thomas S. (1961), *The myth of mental illness*, "American Psychologist", n. 15, 1961, pp. 113-118.

TAUSSIG Michael (1993), *Mimesis and alterity. A particular history of the senses,* Routledge, New York.

WHISSON Michael G. (1964), Some *aspects of functional disorders among the Kenya Luo*, pp. 283-304, in KIEV A. (curatore), *Magic, faith and healing*, Free Press, Glencoe.

WHITE Geoffrey M. - MARSELLA Anthony J. (1984 [1982]), *Introduction: cultural conceptions in mental health research and practice*, pp. 3-38, in WHITE G.M. - MARSELLA A.J. (curatori), *Cultural conceptions of mental health and therapy*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht.

WILSON Peter (1967), *Status ambiguity and spirit possession*, "Man", n. 2, 1967, pp. 366-378.

YOUNG Allan (1975), *Why Amhara get kureynya sickness and possession in an Ethiopian zar cult*, "American Ethnologist" n. 2, 1975, pp. 567-584.

YOUNG Allan (1977), *Order, analogy, and efficacy in Ethiopian medical divination*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 1, 1977, pp. 183-199.

YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder,* Princeton University Press, Princeton.

Scheda dell'Autore

Valentina Salvati (Roma, 1976) si è laureata nel 2004 presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con una tesi dal titolo *La possessione spiritica come disturbo dissociativo: l'inutilità di una classificazione*. Presso la stessa Università, nel 2007, ha conseguito il master "Immigrati e Rifugiati. Formazione, comunicazione e integrazione sociale". Presso la Società italiana di biosistemica, diretta dal professor Jerome Liss, si è diplomata come *counselor*.

14-(Note) Salvati.pmd 379 02/11/2010, 16.18

Riassunto

L'inserimento della possessione spiritica tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati del DSM-IV-TR

L'articolo offre una lettura critica dell'inserimento della possessione tra i Disturbi Dissociativi Non Altrimenti Specificati (DDNOS) del DSM-IV-TR. Si rintracciano le radici culturali della recente operazione tassonomica dell'APA nel nesso stabilitosi storicamente in Europa tra la dissociazione patologica e la possessione demoniaca; nella concezione di un sé monolitico e nel pregiudizio occidentale verso gli stati alterati di coscienza; nel pensiero della biopsichiatria organicista in relazione alla malattia mentale. Ragioni di altro ordine, nello specifico economiche e rappresentate dalla connivenza tra l'American Psychiatric Association e l'American Psychopharmacological Association, vengono solo accennate. Dopo avere illustrato, tramite l'analisi di tre diversi articoli, il percorso, ancorché scarno, che ha condotto alla presunta necessità di ordinare la possessione (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance*, *Trance and Possession Disorder*) in una classe di disturbi psichiatrici, si confrontano alcuni criteri individuati dai compilatori del DSM-IV-TR con esempi tratti dalla letteratura antropologica per evidenziare contraddizioni, imprecisioni e omissioni della Task Force che rendono il nuovo disturbo dissociativo inservibile.

Résumé

L'insertion de la possession spirite parmi les Troubles Dissociatifs Non Spécifiés du DSM-IV-TR

L'article offre une lecture critique de l'insertion de la possession parmi les Troubles Dissociatifs Non Spécifiés (DDNOS) du DSM-IV-TR. Les racines culturelles de l'opération taxonomique récente de l'APA se retrouvent dans le lien établi historiquement en Europe entre la dissociation pathologique et la possession démoniaque ; dans la conception d'un soi monolithique et dans le préjugé occidental envers les états altérés de conscience, dans la pensée de la bio-psychiatrie organiciste en relation avec la maladie mentale. Des raisons d'ordre différent, notamment économiques et représentées par la complicité entre l' l'American Psychiatric Association et l'American Psychopharmacological Association, ne sont qu'abordées. Après avoir illustré, par l'analyse de trois articles différents, le parcours, quoique pauvre, qui a conduit à la nécessité présumée d'ordonner la possession (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance*, *Trance and Possession Disorder*) dans une classe de troubles psychiatriques, nous confrontons certains critères reconnus par les compilateurs du DSM-IV-TR avec des exemples tirés de la littérature anthropologique pour mettre en évidence les contradictions, les imprécisions et les omissions de la Task Force qui rendent inutilisable le nouveau trouble dissociatif.

14-(Note) Salvati.pmd 380 02/11/2010, 16.18

Resumen

La inserción de la posesión espirítica entre los Trastornos Disociativos No Especificados de otra manera del DSM-IV-TR

El artículo ofrece una lectura crítica sobre la inserción de la posesión entre los Trastornos Disociativos No Especificados de otra manera (DDNOS) del DSM-IV-TR. Se rastrean las raíces culturales de la operación taxonómica reciente del APA en el nexo establecido históricamente en Europa entre la disociación patológica y la posesión demoníaca; en la concepción de un sí monolítico y en el prejuicio occidental hacia los estados alterados de la conciencia; en el pensamiento de la biopsiquiatría organicista en relación a la enfermedad mental. Razones de otro orden, específicamente económicas y representadas por la complicidad entre la American Psychiatric Association y la American Psychopharmacological Association, son sólo señaladas. Despúes de ilustrar, a través del análisis de tres artículos diferentes, el trayecto, si bien pobre, que ha conducido a la presunta necesidad de ordenar la posesión (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance*, *Trance and Possession Disorder*) en una clase de disturbios psiquiátricos, se comparan algunos criterios individuados por los compiladores del DSM-IV-TR con ejemplos extraídos de la literatura antropológica para poner en evidencia contradicciones, imprecisiones y omisiones de la talk force que rinden inservible el nuevo trastorno disociativo.

Abstract

The insertion of spirit possession among the Dissociative Disorders Not Otherwise Specified of the DSM-IV-TR

The article offers a critical reading of the insertion of possession among the Dissociative Disorders Not Otherwise Specified (DDNOS) of the DSM-IV-TR. It traces the cultural roots of the recent taxonomical operation by the APA to the linkage historically established in Europe between pathological dissociation and demonic possession; to the conception of a monolithic self and the western bias against altered states of consciousness; and to the thinking of organicist biopsychiatry in relation to mental illness. Reasons of another order, specifically economic and manifested in connivance between the American Psychiatric Association and the American Psychopharmacological Association, are only touched on here. After having illustrated, through analysis of three different articles, the path that, while superficial, led nonetheless to the presumed necessity of categorising possession (*Possession Disorder, Transient Dissociative Disturbance*, *Trance and Possession Disorder*) in a class of psychiatric disturbances, the article compares some criteria compiled by the DSM-IV-TR with examples taken from anthropological texts to highlight contradictions, inaccuracies and omissions of the Task Force that make the new dissociative disorder unserviceable.

14-(Note) Salvati.pmd 381 02/11/2010, 16.18

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 383-411

Allergia e tabu. Per un approccio antropologico al problema delle allergie

Roberta Raffaetà

dottoranda di ricerca, Dottorato di ricerca in scienze sociali (antropologia della salute), Université de Lausanne (UNIL), Faculté des sciences sociales et politiques (SSP), Institut d'anthropologie et de sociologie (IAS)
[roberta.raffaeta@unil.ch]

Prologo

La mia attenzione verso i fenomeni allergici parte da un'esperienza personale.

Una persona a me molto vicina soffre di una forma di allergia che può portare allo shock anafilattico. Non esiste per lui alcuna terapia definitiva e nessun test diagnostico riesce a definire in maniera certa la gamma degli alimenti da evitare, per cui anche l'immissione nella dieta di alcuni cibi considerati "innocui" dai test si è rivelata rischiosa. L'unica soluzione è quella di avere sempre con sé una miscela di antistaminici e un'iniezione pronta all'uso di adrenalina. Io stessa risento di un'intolleranza alimentare: improvvisamente due anni fa la mia pelle si è ricoperta di misteriose chiazze rossastre e mi è stata diagnosticata un'allergia ai latticini. Dopo l'eliminazione degli alimenti sospetti le macchie sono sparite anche se la percezione del mio stato di salute non è stata più la stessa. Questo senso di vulnerabilità ha dato l'avvio ad una profonda riflessione sulle implicazioni mediche, psicologiche, culturali e sociali dello stato di salute/malattia, e a partire dalla mia esperienza personale ho potuto in seguito constatare la grande diffusione dei disturbi allergici e allo stesso tempo il loro carattere ambiguo e non ben definito. Il presente testo è frutto di una parte del mio lavoro della tesi di laurea compiuto tra agosto 2002 e giugno 2003 (1).

Epidemiologia ed implicazioni

Nelle nazioni occidentali il complesso delle forme allergiche (2) riguarda il 25-30% della popolazione adulta e il 40-45% nei bambini: quindi

Note

15-(Note) Raffaetà.pmd 383 02/11/2010, 16.18

almeno due persone su dieci soffrono di allergie. Nella più ridotta delle ipotesi si parla di fenomeni che riguardano 7 milioni di persone solo in Italia, 20 milioni se facciamo riferimento all'ipotesi più consistente (SPECIANI A. 1999: 20-22). Si tratta quindi di un fenomeno di elevato impatto sociale. Secondo uno studio statunitense (AMERICAN ACADEMY OF ALLERGY, ASTHMA AND IMMUNOLOGY 1998) le allergie risultano essere al sesto posto tra le malattie croniche più frequenti. Circa il 2-3% dei ricoveri negli ospedali è dovuto a reazioni allergiche e circa 100 persone ogni anno muoiono negli Stati Uniti per reazioni anafilattiche causate dall'ingestione di alimenti. Studi epidemiologici (DENBURG J.A. 1998: 63-65) mostrano grandi differenze regionali nella diffusione delle allergie e le discordanze nei dati riportati tra le popolazioni non risultano spiegabili da un punto di vista genetico. Queste sembrano invece trovare una spiegazione nel diverso stile di vita: fattori associati con lo stile di vita occidentale appaiono risultare strettamente connessi al grande aumento dell'incidenza dell'allergia negli ultimi 20-30 anni. Si nota infatti che un grande incremento nell'incidenza dei disturbi allergici si è verificato nelle persone nate dopo il 1960.

Poiché l'eziologia dei disturbi allergici riguarda una complessa serie di cause, che vanno dai meccanismi immunitari e intra-cellulari fino ad arrivare a implicazioni culturali e sociali, essa non è facilmente classificabile nelle specifiche categorie nosologiche della scienza medica moderna. Inoltre i sintomi con cui si manifestano i disturbi allergici sono molteplici e caratterizzati da un'estrema variabilità e la nomenclatura è varia e riflette teorie eziologiche ed interessi sociali diversi. Mancando così una netta definizione biomedica, l'allergia tende a diventare un significante che rimanda a vari significati di modo che un approccio interpretativo a questa malattia presenta un'inevitabile tensione dialettica con un'analisi critica. L'allergia è diventata l'archetipo dei disturbi della civilizzazione, non solo riflettendo i cambiamenti sostanziali dello stile di vita moderno ma anche echeggiando argomenti politici e culturali circa l'ambiente all'entrata nel nuovo millennio. Costanti sono le interazioni tra salute ed ecologia e molte sono le proposte politiche volte a diminuire quegli eventi considerati dagli ambientalisti come rischiosi. Per esempio, la Seconda Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute che si è tenuta nel 1988 ad Adelaide, in Australia, propone la costituzione di un'alleanza fra movimento ambientalista e movimento di salute pubblica (INGROSSO M. 1994: 118). Infatti, l'emergenza delle allergie come diretta conseguenza dei cambiamenti ambientali viene sfruttata come punto di forza per la giustificazione delle motivazioni dell'opposizione ambientalista e delle critiche radicali

15-(Note) Raffaetà.pmd 384 02/11/2010, 16.18

alla medicina moderna ortodossa di fronte ad una dinamica sociale sempre più generatrice di nuove esposizioni e di minacce non controllabili e, non da ultimo, per l'accentuazione dei dubbi a proposito dei benefici del progresso (FINKLER K. 1986, LADERMAN C. 1981, LAPPÉ M. 1995). Com'è stato fatto recentemente notare dal ricercatore francese Bernard Champaloux (CHAMPALOUX B. 2005), in una conferenza internazionale organizzata dall'Università di Losanna, i discorsi sull'allergia si accompagnano, ai giorni nostri, ad un "discorso catastrofistico" che tende a rappresentare la nostra società come una "società apocalittica" in cui l'allergia appare come una "malattia di civilizzazione". I risvolti di questa ambigua situazione si sono anche manifestati nella letteratura e nella produzione cinematografica. Per esempio, nel 1995 Jeff Noon ha pubblicato un libro, un cyberpunk dal titolo *Pollen*, ispirato dalla sua diretta esperienza di allergia. Il libro è ambientato nei primi nove giorni di maggio in una futuristica Manchester e racconta la graduale ma costante invasione nella realtà di pollini assassini provenienti dal mondo notturno. In ambito cinematografico un esempio è dato da *Safe*, film del 1996 del regista americano Todd Haynes, che racconta la storia di una donna dell'alta borghesia americana che in seguito al manifestarsi di molteplici sintomi deve radicalmente modificare il suo stile di vita, fino al trasferimento in un centro specifico per queste problematiche: una cooperativa costruita in una zona non inquinata e lontana dallo smog. Questo rifugio sicuro è privo di sostanze chimiche ed ogni ospite ha una piccola costruzione indipendente e vive staccato dagli altri. Questa, per quanto paradossale sia, non è al giorno d'oggi una storia isolata ma è un assurdo cammino che molte persone si trovano, loro malgrado, a dover percorrere.

Nonostante tale situazione mostri la rilevanza della questione per l'antropologia medica, un'analisi della bibliografia esistente mi ha fatto rilevare una disattenzione verso l'argomento. Molti degli attuali studi di antropologia, che si occupano di salute, si concentrano sul tema delle malattie croniche ed autoimmuni. Queste malattie infatti, non sono state ancora chiarite dalla biomedicina e rappresentano quindi una sfida quotidiana al controllo "onnisciente" della medicina e alla sua razionalità. In quest'ambito, la maggior parte delle ricerche è circostanziata al problema del cancro e dell'AIDS, ma per il problema delle allergie manca una vera e propria letteratura antropologica sistematica, pur rappresentando un problema di forte impatto sociale e culturale e di grande diffusione. Le poche trattazioni antropologiche sul problema delle allergie si sono occupate, fino ad ora [(3)], soprattutto del loro aspetto evolutivo. Le allergie infatti, sono un esempio lampante dell'avvenuta transizione epidemiologica da patologie

Note

15-(Note) Raffaetà.pmd 385 02/11/2010, 16.18

infettive a degenerative e croniche (ARMELAGOS G.J. - BARNES K. 1999, CORRUCCINI R.S. - KAUL S.S. 1983). Sarebbe auspicabile uno studio antropologico più completo che presenti un paradigma interpretativo interazionista. L'allergia costituisce infatti un caso importante di interazione fra dimensioni biofisiche, sociali e culturali e pertanto rappresenta una sollecitazione forte per un'analisi antropologica.

Oltre la critica

Secondo un approccio antropologico, molte patologie risultano socialmente costruite, nel senso che determinati interessi e logiche di potere contribuiscono alla definizione e al trattamento della malattia. Se ciò è stato già comunque ampiamente documentato da una nutrita letteratura antropologica e sociologica, con questa ricerca non ho voluto esaurire il discorso sull'allergia con una critica alla biomedicina ed alla medicalizzazione, ovvero alle logiche di potere che sottendono il sistema medico. Con il mio lavoro ho voluto rintracciare le condizioni che hanno permesso che l'allergia diventasse una diffusa manifestazione culturale. Punto di partenza per questa analisi è la considerazione che nuove malattie possono essere incorporate in un sistema medico solo se integrabili in reti semantiche esistenti (nell'accezione data dalla scuola di Harvard di Byron Good e colleghi: GOOD B.J. 1999 [1994], KLEINMAN A. 1986) o se condensano nuovi insiemi di relazioni. Le reti semantiche sono reti di significati associativi che connettono la malattia ai valori culturali di una società. Nuove malattie acquistano significato in relazione a reti semantiche esistenti spesso al di là della consapevolezza dei membri di quella società, apparendo naturali e generando il discorso e il comportamento (per un esempio, MARTIN E. 1994). Le reti semantiche fanno della malattia una "sindrome di significati e di esperienze", sono modelli culturali che non solo riflettono o si riferiscono a domini specifici della vita sociale ma agiscono al contempo come modelli generativi. L'analisi delle reti semantiche è stata pertanto sviluppata qui per analizzare l'allergia come forma di sintesi che concentra molteplici (e spesso conflittuali) domini sociali e semantici per generare il suo significato (FRANKENBERG R. 1986).

L'analisi delle reti semantiche offre così la possibilità di superare la critica alle logiche di potere, andando a rintracciare le condizioni presenti nella cultura e nella società che rendono possibile la legittimazione dell'azione di interessi economici e politici in ambito sanitario. Ritengo infatti che si possa superare la posizione unilaterale (per quanto giustificabile se inseri-

15-(Note) Raffaetà.pmd 386 02/11/2010, 16.18

ta nel suo tempo) di Ivan Illich che in *Medical Nemesis* (ILLICH I. 1975) ritrae la situazione nella quale gli individui risultano essere delle "vittime" incapaci di azione, di parola e di pensiero a cui viene espropriata la salute per opera dei medici furbi ed assetati di potere. Non è nelle mie intenzioni svalutare il suo lavoro ma voglio qui evidenziare come nella creazione di processi culturali incarnati e diffusi non sia sufficiente l'azione di solo una parte degli attori in gioco. Nel processo di medicalizzazone bisogna considerare non solo gli offerenti la prestazione medica ma anche i destinatari di essa, rintracciando le motivazioni, più o meno volontarie, che li spingono ad accettare e legittimare la loro condizione di medicalizzati. Infatti la costruzione di nuove entità può risultare vincente solo in un concerto di motivazioni, che anche se divergenti al loro interno, producono quella porzione di consenso utile alla sua sopravvivenza. Secondo questa logica dobbiamo quindi rintracciare attraverso le testimonianze degli afflitti le motivazioni che stanno alla base del loro atteggiamento di consenso verso la traduzione della loro condizione in un linguaggio biomedico, caratterizzando questa come disturbo organico. Nel medicalizzare la loro condizione gli individui esprimono una vera e propria presa di posizione politica: la traduzione dei loro disagi in una definizione medica risulta come l'elaborazione della loro presenza al mondo, una presenza che afferma la sua opposizione a come il mondo sta andando.

E questa affermazione per essere politica e quindi efficace, deve esprimersi in un linguaggio che sia comprensibile da quella parte che si vuole contestare. In questo modo, la protesta, ha la possibilità di produrre un doppio effetto, risultando comprensibile e allo stesso tempo fungendo da meta-critica, ovvero risulta essere una critica interna al sistema mascherata dal linguaggio biomedico utilizzato. Si protesta così contro la modernità, contro i suoi valori, e contro la direzione che la nostra società ha intrapreso, operando una critica in cui la medicalizzazione funziona come retorica politica pervasiva al servizio dei sofferenti [(4)].

Allergia e totemismo

Diverse sono le spiegazioni che gli studi antropologici sulla nutrizione hanno dato riguardo le proscrizioni verso particolari alimenti. Per alcuni (Douglas, Meigs, Dumont, Malamoud), tali divieti sono funzionali ad un sistema cognitivo che operando attraverso una logica simbolica, tende all'eliminazione di ambiguità e dissonanze. Per altri (Tambiah e Lévi-Strauss), le proibizioni alimentari funzionano come rappresentazioni metaforiche di idee

Note

15-(Note) Raffaetà.pmd 387 02/11/2010, 16.18

sociali; per altri ancora (Harris, Buck), esse fanno parte di una codificazione sociale, in gran parte inconscia, di strategie igieniche dedotte dalle esperienze quotidiane.

Le manifestazioni allergiche, che normalmente trascendono il puro e semplice fatto fisiologico, richiedono uno studio a più ampio spettro, estendendo il problema ad un ambito in cui la malattia è strettamente legata al corpo, alla psiche ed alla cultura di riferimento. Bisogna considerare che generalmente le malattie con più e misteriose cause sono quelle con la maggior probabilità di divenire metafore di significati. Cogliendo le ragioni che danno luogo a divieti alimentari in culture diverse dalla nostra, si presenta la possibilità di capire qualcosa di più a proposito del fondamento culturale che fa da sfondo e dà sostegno al fenomeno dell'allergia, visto come evento sociale capace di catalizzare, attraverso il suo simbolismo, istanze psicologiche che caratterizzano la nostra epoca. Negli anni '50 una ricerca svoltasi in una delle isole Caroline (FISHER J.L. - FISHER A. - MAHONY F. 1959) ha affrontato il problema delle allergie mettendo a confronto i sintomi della reazione allergica con i sintomi che, nelle società tradizionali, si verificano in seguito alla violazione di un tabu alimentare. L'analogia indicata si riferisce infatti alla vera e propria proscrizione che viene ad esistere per alcuni individui della nostra società verso particolari cibi o sostanze in seguito allo scatenarsi di un evento allergico.

Un altro modo di pensare all'allergia potrebbe essere così quello di considerarla al pari delle proscrizioni alimentari tipiche delle società tradizionali, interpretando questo disturbo come un *tabu implicito* che l'individuo si crea con il sostegno della società e la complicità dell'ufficializzazione medica.

Simbolismo vs empirismo

Alla fine degli anni '50, alcuni antropologi (FISHER J.L. - FISHER A. - MAHONY F. 1959), impegnati in una ricerca sul campo nell'isola di Ponape (una delle isole Caroline), proposero un interessante paragone tra le reazioni allergiche che si sperimentano nella nostra società e le reazioni che si verificano alla violazione di un tabu alimentare totemico. Quando un totem è rappresentato da una specie animale o vegetale edibile, esiste molto spesso a suo riguardo uno specifico tabu alimentare, per cui per i membri del clan viene stabilito il divieto assoluto di mangiare l'animale totemico, mentre le persone al di fuori del clan possono consumarlo liberamente. Gli abitanti dell'isola di Ponape affermano che una varietà di sintomi derivano dalla violazione di un tabu totemico; alcuni di loro affermano che, nutrendosi di

15-(Note) Raffaetà.pmd 388 02/11/2010, 16.18

un animale totemico, si rischiano patologie gravi ed al limite la morte. In realtà non tutti i sintomi fisici documentati presso la società ponapiana che seguono la violazione di un tabu alimentare e che sono stati riportati dagli informatori possono essere plausibilmente interpretati come allergici ma sicuramente una parte dei queste reazioni consiste in sintomi che nella società occidentale sarebbero attribuiti dai medici ad un'allergia alimentare.

Nell'Isola di Ponape anche se la maggior parte degli animali totemici vengono mangiati senza impedimenti dalle persone esterne al clan di riferimento, alcuni tra essi (per esempio lo squalo, l'anguilla e la razza) vengono consumati raramente da tutti gli abitanti dell'isola di Ponape, indifferentemente dall'appartenenza clanica. A questo proposito i ricercatori riprendono le osservazioni di Buck, il quale aveva notato che in alcune parti della Polinesia l'orticaria era vista come una punizione per aver mangiato l'animale totemico e suggerì quindi che i tabu totemici fossero la memoria favoleggiata di un'allergia sofferta dall'antenato mitico. Secondo Buck ciò potrebbe dar conto della logica che sottende il meccanismo di scelta del particolare animale eletto come animale totemico (BUCK P.H. 1932: 214).

> «Some Rakahangan ancestor suffered in this way on eating crayfish and it became his *atua* in the sense of being disagreeable materially and malign throught failure to appreciate natural causes of disease. The ancestor, therefore, tapued the food and ceased to collect it in his fishing operations within the lagoon. As it disappeared from his family menu, it also became tapu to his children»[(5)].

Secondo Fisher e colleghi, un argomento a favore di questa idea sta nel fatto che la maggior parte delle specie totemiche contengono elevate quantità di istamina[(6)] (come pesci e molluschi) e vengono quindi considerati come specialmente allergeniche dalla nostra cultura biomedica. Inoltre, il tabu alimentare che accompagna alcune specie totemiche risulta condiviso da più clan e questo lascerebbe pensare, secondo la teoria di Buck, che tali animali abbiano provocato nel passato reazioni su grande scala, data la loro alta allergenicità.

Nonostante tali dati, gli Autori propendono maggiormente per una spiegazione psicologica di tale fenomeno. Infatti osservano che la violazione di un tabu alimentare riferito all'animale totemico ha la stessa valenza (in termini di gravità secondo un codice morale collettivo) di un comportamento vietato verso un consanguineo o verso un familiare stretto. Ciò suggerisce a Fisher e colleghi un possibile collegamento con le riflessioni freudiane sul concetto di tabu legato alla violazione originaria del divieto dell'incesto (FREUD S. 1946 [1912]). Guardando alla nostra cultura e sull'onda di tali speculazioni psicologiche, gli Autori si domandarono quindi

Note

15-(Note) Raffaetà.pmd 389 02/11/2010, 16.18

se le manifestazioni di sintomi allergici nell'Occidente potessero comprendere reazioni psicologiche correlate all'interpretazione freudiana del concetto di tabu. Essi mostrano come nella nostra società non esistano più leggi che impediscano la totale assunzione di un determinato alimento (tranne che nelle forme ortodosse di religione) ma persistono comunque numerosi atteggiamenti e modi di pensare culturalmente determinati che danno luogo a divieti di natura tanto esplicita quanto implicita, per cui il facile paragone con le testimonianze documentate di reazioni avverse legate alla violazione di un tabu alimentare presso altre popolazioni si presenta come una forte tentazione. Nella nostra società si osservano restrizioni autoimposte: per esempio molte persone seguono particolari diete per adattarsi a parametri culturali di salute e bellezza. L'articolo riportana di limitazioni che si trovano spesso nella dieta infantile per quanto riguarda la quantità di certi alimenti perché considerati nocivi o indigesti, troppo costosi o con impliciti riferimenti lussuriosi. Gli Autori propongono che in tal contesto, i sintomi allergici possano venire interpretati come un'espressione fisiologica di liberazione (per esempio il vomito e la diarrea) o di vergogna e colpa (per esempio, l'orticaria). Inoltre i due osservano che individui coscienti della propria allergia potrebbero mangiare il cibo imputato per testare o addirittura evocare la reazione allergica. Alcuni potrebbero continuare a mangiare l'alimento a cui sono allergici nel tentativo di provare la loro invulnerabilità e negare la loro allergia, mentre altri potrebbero considerare le restrizioni mediche come un diniego del piacere che comunque insistono nel procurarsi.

Come abbiamo modo di vedere, le riflessioni proposte da tale ricerca si svolgono tutte all'interno di un approccio psicologico di impostazione freudiana. Se ciò può per alcuni versi aiutare a comprendere le allergie secondo una visione olistica del problema, aprendo per la prima volta la porta ad un nuovo modo di analizzare questo disturbo ed andando al di là del solo fatto fisico, per un altro verso è necessario registrare l'approssimazione a cui tali speculazioni psicologiche danno luogo. Una tale strutturazione teorica deve venire infatti inquadrata nel periodo storico in cui Fisher e colleghi si trovano a lavorare: negli anni '50 forte è l'influenza delle tesi freudiane e non chiari sono ancora i suoi limiti. A questo primo approccio, sarebbero piuttosto dovute seguire ulteriori ricerche antropologiche, adeguate a più avanzate conoscenze-base di indagine. Ma ciò non è avvenuto e la riflessione antropologica su tale argomento si è arrestata al suo nascere, per cui oggi risulta quasi paradossale che per un disturbo così attuale non esistano studi d'impostazione antropologica contemporanei. Guardando alle dimensioni impressionanti che l'allergia si è trovata a rico-

15-(Note) Raffaetà.pmd 390 02/11/2010, 16.18

prire come espressione di fenomeno sociale di massa, è facile comprendere che ci troviamo di fronte ad un grosso gap teorico e di ricerca da colmare, la cui necessità è sempre più tangibile.

Un'interpretazione esclusivamente psicologica del problema risulta per forza di cose assolutamente riduttiva, tralasciando il posto giocato dai fattori fisici nella manifestazione di tale disturbo. Teoricamente, esistono numerosi modi in cui i fattori psicologici e fisiologici possono contribuire allo sviluppo dei sintomi allergici e quindi non possiamo scindere i fattori causativi in meccanismi psicologici o fisiologi. Molto indagata anche in ambito medico, è la relazione tra sistema nervoso e allergia: accertate sono, per esempio, le implicazioni del midollo osseo e del sistema nervoso nella reazione allergica (DENBURG J.A. 1998: 85, 116, 175, 486). Si può inoltre osservare che il fegato è l'organo con il massimo numero di mastociti (le cellule che "scoppiano" durante una reazione allergica) e contemporaneamente con il numero più elevato di connessioni con il sistema nervoso. Il ruolo giocato dal sistema nervoso nella comparsa di un fenomeno di ipersensibilità si comprende anche considerando che la situazione presente al momento in cui l'organismo incontra per la prima volta un'antigene [7] (incominciando così la fase di sensitivizzazione [8]) ha un importante impatto sulla reazione possibile, ovvero sulla risposta di tolleranza o di sensibilità verso un dato allergene (TARANEH D. 2000). Di solito la sensitivizzazione avviene più facilmente se in quel momento l'organismo è sottoposto ad un particolare stress psico-fisico.

Porsi il problema di chi sia il *primum movens*, cioè la causa primaria di una malattia, risulta quindi un nonsenso: eventi biologici ed eventi psicologici sono collegati tra loro in un rapporto di causalità circolare. Lo stressor può dare luogo a malattie infiammatorie, psichiche o a sindromi miste, aventi cioè sia componenti comportamentali che infiammatorie. Così scrive Francesco Bottaccioli (BOTTACCIOLI F. 1995: 287), nel suo libro sulla psiconeuroimmunologia:

> «Sia che siano i circuiti cerebrali attivati da emozioni, pensieri, oppure circuiti nervosi vegetativi attivati da sollecitazioni o da feedback di organi o sistemi, siano che siano organi endocrini o immunitari a emettere messaggi, questi, nella loro parte fondamentale, verranno riconosciuti da tutte le parti della rete. Il linguaggio è unico, il collegamento è stringente ed è a doppio senso di marcia».

Da una prospettiva antropologica ed anche clinica, ciò significa che un disturbo è sempre polisemico.

A testimonianza di ciò, Carol Laderman (LADERMAN C. 1981), con il ricorso al concetto malay di cibi tabu, tende a chiarire che le ragioni pragmatiche

15-(Note) Raffaetà.pmd 391 02/11/2010, 16.18

(in queste caso coincidenti con i fattori fisici) e quelle simboliche non sono mutuamente esclusive e dimostra come un sistema di proscrizioni alimentari possa incorporare sia principi magici, che si riferiscono ad una primitiva credenza di contaminazione, sia principi biomedici e pratici di prevenzione. Secondo l'Autrice, nella cultura malay esistono particolari alimenti (cibi *bisa),* che se ingeriti, innescano un meccanismo simile a quello che noi imputiamo alle reazioni allergiche. Infatti, nella cultura malay, l'ingestione di un cibo, così definito *bisa,* provoca delle reazioni indesiderate, che riflettono una disarmonia precedentemente prodottasi all'interno della persona e parallelamente, la reazione allergica avviene solo quando una persona è stata precedentemente sensibilizzata ad un particolare allergene. Usualmente l'individuo è conscio di questo squilibrio ma in altri casi il disagio è nascosto nel corpo della persona ed emerge solo quando avviene il contatto con un cibo *bisa*. Carol Laderman, ipotizzando sulle ragioni che rendono un cibo *bisa*, ne individua due principali: alcuni cibi vengono definiti *bisa* per le loro caratteristiche simboliche, ciò sono animali dall'aspetto strano o pericoloso che hanno degli atteggiamenti non culturalmente accettati (come per esempio nutrirsi di escrementi). L'antropologa non trascura un'altra semplice possibile spiegazione, considerando l'ipotesi che la maggior parte dei cibi *bisa* possano essere realmente tossici. La conclusione è che tutti i cibi *bisa* sono "cattivi da pensare" e alcuni sono anche "cattivi da mangiare" [(9)], ovvero il concetto di *bisa* esiste in una successione di livelli interpenetranti che vanno dal più astratto fino al più concreto. Al livello più astratto il sistema dà coerenza simbolica alla struttura di pensiero del mondo malay, mentre al livello più concreto, quello della diretta esperienza sensoriale, il sistema rinforza sé stesso ancorandosi alla realtà empirica che opera da supporto strutturale dell'edificio simbolico. «Without the elaborate symbolic structure these experiences would be meaningless; without input from empirical reality the edifice might crumble» [(10)] (LADERMAN C. 1981: 489).

Totemismo e strutturalismo

Numerose sono le testimonianze di tabu alimentari (HOLOMBERG A.R. 1969: 78): già Frazer (FRAZER J.G. 1950 [1890]: 63-54, 74, 394-395), riporta di alcune proscrizioni e credenze alimentari pressi diversi popoli e gli storici riportano pratiche simili anche presso Greci e Romani (ANDREWS A.C. 1949: 288-290). Cosa c'è di così essenziale nel totemismo

15-(Note) Raffaetà.pmd 392 02/11/2010, 16.18

da renderlo universalmente presente? Cosa si intende per totemismo, e più precisamente, come questo concetto si lega al discorso sull'allergia?

Nel breve saggio *Il totemismo oggi* (LÉVI-STRAUSS C. 1964 [1962]) Lévi-Strauss ci presenta una breve panoramica delle interpretazioni antropologiche del totemismo. Secondo l'etnologo francese, intorno agli anni '20 la questione del totemismo creò un acceso dibattito, ed interessò la maggior parte degli antropologi, tra i quali Malinowski. Sul problema in esame, egli adottò una prospettiva «[...] più biologica e psicologica che propriamente etnologica. L'interpretazione che propone è naturalista, utilitaria e affettiva» (LÉVI-STRAUSS C. 1964 [1962]: 81). Malinowski risponde infatti così all'interrogativo del perché a piante ed animali siano associati atti rituali:

> «La strada dall'ambiente alla pancia del selvaggio e quindi alla sua mente è assai corta, e per lui il mondo è uno sfondo indifferenziato contro cui spiccano le specie di animali o di piante utili, soprattutto commestibili» (MALINOWSKI B. 1976 [1948]: 53).

Nell'ottica di Malinowski i culti corrispondono al desiderio di controllare la specie, sia questa commestibile, utile o pericolosa. Però subito dopo (MALINOWSKI B. 1976 [1948]: 53-54), e anche in altre opere (MALINOWSKI B. 1968 [1929]: 442-443) egli stesso è incapace di attenersi all'assioma che riduce le specie totemiche alle specie utili (e soprattutto commestibili), fornendo una spiegazione di ordine culturale, non naturale: sociologico, non più biologico. Propone così, altri motivi a fondamento della scelta dell'animale totemico, quali l'ammirazione o il timore per le sue caratteristiche fisiche o per il suo comportamento.

Firth e Fortes invece basano il totemismo sulla percezione della rassomiglianza, ovvero secondo i due autori l'unità sociale ha con la specie totemica una connessione poiché discende da questa e partecipa della sua natura. Secondo Lévi-Strauss, Fortes e Firth hanno compiuto un grande passo considerando l'analogia invece che la pura e semplice utilità (LÉVI-STRAUSS C. 1964 [1962]: 110).

Ma anche ciò risulta limitativo, se comparato con le considerazioni di Lévi-Strauss, il quale supera il principio dell'analogia, inquadrando la questione del totemismo nella cornice concettuale strutturalista. Egli si rifà all'idea che il Radcliffe-Brown maturo aveva avuto del totemismo: «In altre parole, il mondo della vita animale è rappresentato in termini di relazioni sociali simili a quelle della società umana» (RADCLIFFE-BROWN A.R. 1973 [1952]: 134). Questa idea liquida definitivamente le precedenti con-

15-(Note) Raffaetà.pmd 393 02/11/2010, 16.18

cezioni sul ruolo rivestito dagli animali nel totemismo. Secondo Lévi-Strauss (LÉVI-STRAUSS C. 1962 [1964]: 126).

> «Gli animali del totemismo cessano di essere, soltanto o soprattutto, creature temute, amate o desiderate: la realtà sensibile lascia trasparire nozioni e relazioni, concepite dal pensiero speculativo a partire dai dati dell'osservazione. Si capisce alla fine che le specie naturali non vengano scelte perché "buone da mangiare" ma perché "buone da pensare"».

Secondo tale pensiero, la repulsione verso alcuni cibi che può concretizzarsi in reazione allergica o in proibizione esplicita rispetto ai dati alimenti, cessa di essere associata con la sostanza in esame ma essa diventa medium per l'interpretazione della struttura sociale. Inoltre per Lévi-Strauss la questione del totemismo va interpretata all'interno di un sistema che concretizza la sua unità nel riconoscere le dicotomie che lo costituiscono, quindi:

> «Non sono le rassomiglianze, ma le differenze, che si assomigliano. Con questo vogliamo dire che non esistono, prima di tutto, animali che si assomigliano tra di loro (perché partecipano del comportamento animale), e degli antenati che si assomigliano tra di loro (perché partecipano del comportamento ancestrale), e, infine, una rassomiglianza globale fra i due gruppi, ma, da una parte, degli animali che differiscono gli uni dagli altri (perché fanno parte di specie distinte, ognuna delle quali ha un'apparenza fisica e un genere di vita che le sono propri), e d'altra parte degli uomini, i cui antenati formano un caso particolare, che differiscono tra di loro (perché sono suddivisi tra i segmenti della società, ognuno dei quali occupa una posizione particolare nella struttura sociale). La rassomiglianza, che suppongono le rappresentazioni dette totemiche, è tra questi due sistemi di differenze» (LÉVI-STRAUSS C. 1964 [1962]: 110).

A conferma di ciò egli scrive nello stesso anno un altro saggio, Il pensiero selvaggio (LÉVI-STRAUSS C. 1967 [1962]), in cui si propone di rappresentare la logica del pensiero primitivo ed all'interno di questa logica si muove anche la dinamica del totemismo la cui realtà si spiega così, come una particolare articolazione del pensiero primitivo che funziona secondo una logica binaria d'opposizione:

> «Le logiche pratico-teoriche che regolano la vita e il pensiero delle cosiddette società primitive sono mosse dall'esigenza di scarti differenziali. [...] Quello che più conta sia sul piano speculativo sia sul piano pratico, non è tanto il contenuto, quanto l'evidenza di questi scarti, che formano, per il semplice fatto di esistere, un sistema da usare come cifrario per la comprensione di un testo reso, dalla sua iniziale intelligibilità, simile a un flusso indistinto, e nel quale il cifrario introduce appunto interruzioni e contrasti, vale a dire le condizioni formali di un messaggio significante. [...] Il principio logico è di poter sempre opporre dei termini» (LÉVI-STRAUSS C. 1971 [1962]: 89).

15-(Note) Raffaetà.pmd 394 02/11/2010, 16.18

In questo saggio, Lévi-Strauss riprende il discorso di Fisher e colleghi sul totemismo nella sua relazione con l'allergia, riportando la loro versione riguardo alle proibizioni alimentari.

> «L'ipotesi di un'esperienza dietetica, già considerata da Tessmann, è stata ripresa recentemente da Fisher a proposito degli indigeni di Ponape i quali credono che la violazione dei tabu alimentari comporti disordini fisiologici molto simili, secondo la descrizione che ne fanno, a fenomeni d'allergia. Ma l'autore dimostra che, anche da noi, i disordini allergici hanno spesso un'origine psicosomatica: per molti soggetti essi sono la conseguenza della violazione di un tabu di natura psicologica e morale. Il sintomo, apparentemente naturale, scaturisce quindi da una diagnosi culturale» (LÉVI-STRAUSS C. 1971 [1962]: 113).

Lévi-Strauss supporta quindi l'opinione secondo cui le proibizioni alimentari non derivino da un autentico riscontro di tossicità ma siano in realtà legate a motivazioni culturali. Poco più in là, ancora a conferma di quanto affermato nel precedente saggio, egli colloca il fenomeno in un'ottica strutturalista, trovando una spiegazione a come questi tabu di natura psicologica o morale possano aver luogo:

> «Le proibizioni non dipendono da proprietà intrinseche della specie colpita, ma dal posto loro assegnato. La differenza tra specie permessa e specie proibita si spiega non tanto con una supposta nocività attribuita alla seconda, dunque come una proprietà intrinseca d'ordine fisico o mistico, quanto con la preoccupazione d'introdurre una distinzione tra specie "segnata" e specie "non segnate" (nel senso che i linguisti danno a questo termine). Proibire talune specie non è altro che uno dei tanti mezzi per renderle significative, e la regola pratica appare quindi come un operatore a servizio del senso, in una logica che, essendo qualitativa, può operare con i comportamenti altrettanto bene che con le immagini. [...]Proibizioni e prescrizioni alimentari non sono dunque che mezzi teoricamente equivalenti, per "significare il significato", in un sistema logico i cui elementi, in tutto o in parte, sono costituiti dalle specie commestibili» (LÉVI-STRAUSS C. 1971 [1962]: 116).

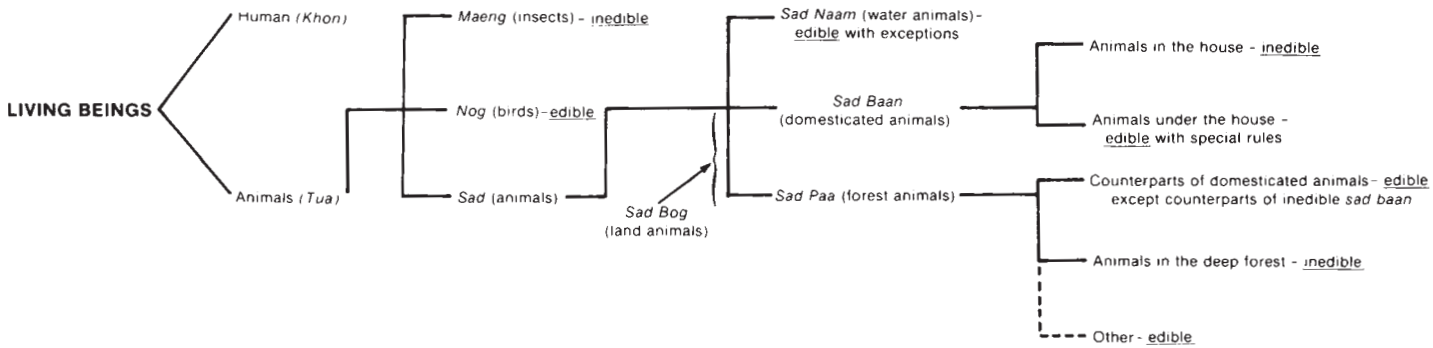
Un altro autore che si è interessato, qualche anno più tardi all'argomento, è stato Tambiah, per il quale le regole dietetiche, che in qualche modo, riflettono gli schemi di pensiero della società in questione (TAMBIAH S.J. 1969). Per Tambiah esiste infatti una connessione metaforica tra sesso, matrimonio e proibizioni alimentari poiché tutte rientrano nel dominio delle regole etiche.

> «Prohibiting some species is merely one of several ways of singling them out as significant. [...] taboos regarding death names, sex rules, and dietary prohibitions are all analogous modes for stressing significance. They can be redundant, supplementary, or complementary» [(11)] (TAMBIAH S.J. 1969: 453).

Note

15-(Note) Raffaetà.pmd 395 02/11/2010, 16.18

15-(Note) Raffaelà.pmd 396 02/11/2010, 16.18



Da TAMBIAH S.J. 1969: 447.

L'Horror autotoxicus

Abbiamo dunque visto come gli antropologi che hanno riflettuto sul significato del totemismo presente nelle società tradizionali hanno considerato le proibizioni alimentari come funzionali ad una logica che vuole dare senso al mondo degli uomini.

A questo punto ci chiediamo: in che modo l'allergia vuole significare il nostro mondo?

L'allergia, con la sua caratterizzazione di sindrome ambientale, costituisce un dato sempre più allarmante che si và ad aggiungere alle preoccupazioni per i danni del progresso e la distruzione progressiva dell'ambiente. La rapida diffusione di questo disturbo è stata utilizzata dall'opinione pubblica, come un modo per focalizzare l'attenzione sul rapporto che l'individuo ha con l'ambiente. Secondo tale visione, l'allergia rappresenta il confine legittimo dei limiti fisiologici e psicologici oltre il quale le richieste della società divengono insostenibili e definisce il punto oltre il quale la società non può andare senza nuocere a sé stessa. L'ambiente risulta infatti mutato fino a tal punto che gli individui non riescono più a rapportarsi ad esso: siamo diventati intolleranti a questo ambiente alterato ed artificiale a tal punto da diventare "intolleranti a noi stessi". Molti anni fa, l'immunologo Paul Ehrlich scrisse a proposito dell' "horror autotoxicus": «L'orrore di diventare tossico a te stesso».

I disturbi allergici diventano quindi una veste legittima ai disagi degli individui, perché il corpo diviene un campo aperto alle interazioni con il mondo, ma la potenziala negatività di quest'ultimo è una continua minaccia da tenere a bada. In quest'ottica nasce il bisogno di porre attenzione allo stile di vita per cui il corpo deve potersi riappropriare dei suoi confini, dei suoi ritmi e dei suoi bisogni, sottraendosi all'inarrestabile marcia del progresso e della modernità. Definendosi malato, il paziente si colloca al di fuori della sua routine quotidiana, ponendosi in una posizione liminale, da cui è autorizzato a guardare la realtà da un punto di vista privilegiato. Il suo non è un viaggio, ma un lungo pellegrinaggio, all'interno del quale ha la possibilità di trovare un suo modo di vita che per alcuni aspetti si differenzia dalla norma sociale. La malattia dà il pretesto all'individuo (perché lo costringe) per trovare il tempo e le energie necessarie per poter pensare alla propria vita e dare a questa un senso personale. L'allergia sembra rappresentare una particolare forma incarnata di resistenza, si presenta come una devianza rispetto ai valori e ai tempi su cui la moderna società si fonda poiché il suo simbolismo vuole concettualizzare l'intolleranza ed il rifiuto: è una vera e propria espres-

15-(Note) Raffaetà.pmd 397 02/11/2010, 16.18

sione incorporata del rigetto di ciò che oggi ci viene offerto, che si manifesta attraverso il corpo il quale si presta come sito di resistenza e trasformazione di significati imposti.

Distinzioni

Anche negli studi semiotici sui comportamenti alimentari (MESSER E. 1984: 223) troviamo delle corrispondenze con gli studi sul totemismo. Qui gli elementi dietetici sono stati analizzati come aspetti di un "codice alimentare" in cui il cibo, la sua preparazione, trasformazione e presentazione esprimono altri aspetti delle relazioni sociali e dell'identità culturale. Cibi considerati non adatti al consumo sono stati osservati nella loro funzione di separare umani da non umani, opporre la propria cultura da altre culture, il puro dall'impuro, il completo dall'incompleto, ed altre distinzioni fondamentali. Per esempio, Simoons (SIMOONS F.J. 1961), ritiene che nell'analisi delle proscrizioni alimentari bisogna considerare il ruolo della religione e della struttura sociale. Secondo l'autrice, queste proscrizioni alimentari nacquero inizialmente nel Neolitico come elemento di differenziazione tra le popolazioni stanziali e quelle nomadiche. In seguito, la funzione separatrice venne mantenuta e con la nascita delle grandi religioni, queste pratiche funzionarono come elemento di distinzione tra i fedeli e gli infedeli.

Facendo riferimento a questa capacità di distinzione insita nei codici alimentari, Lévi-Strauss considera come le proibizioni alimentari siano funzionali a quella distinzione fondamentale tra natura e cultura che costituisce secondo lui il problema centrale dell'antropologia. Da quest' ottica, la messa in pratica di determinate proscrizioni legate al cibo possono essere viste come il rifiuto da parte dell'uomo di attribuire una natura animale alla sua umanità. Così scrive Lévi-Strauss:

> «Il "Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes" di Jean-Jacques Russeau è senz'altro il primo trattato di antropologia generale della letteratura francese. In termini quasi moderni Russeau pone il problema centrale dell'antropologia, che è quello del passaggio dalla natura alla cultura. [...] È perché l'uomo si sente primitivamente identico a tutti i suoi simili (tra i quali, Russeau lo afferma espressamente, vanno considerati gli animali) che acquisterà in seguito la capacità di distinguersi come li distingue, cioè di prendere la diversità delle specie come supporto concettuale della differenziazione sociale» (LÉVI-STRAUSS C. 1964 [1962]: 142).

Allo stesso modo, Dumont e Malamoud (DUMONT L. 1991 [1966], MALAMOUD C. 1994 [1989]) ci dimostrano come il cibo rappresenti l'irruzione dell'organico nella vita sociale, ovvero della natura nella società.

15-(Note) Raffaetà.pmd 398 02/11/2010, 16.18

Inquinamento

Nel pensiero dell'India antica, Questa ripugnanza si manifesta nell'estrema circospezione con cui l'India considera tutto ciò che ha attinenza con il cibo. Il cibo è investito di un simbolismo sociale e religioso così forte che le precauzioni da prendere non sono mai troppe: l'alimento è uno dei veicoli privilegiati dell'impurità e quello del pasto è uno dei momenti in cui nei suoi confronti si è più vulnerabili. Quando si è consumato un pasto si è contaminati, paragonabili ad un piatto sporco, fino a che non ci si è purificati lavandosi le mani e sciacquandosi la bocca. Nell'alimento si concentra al massimo grado l'opposizione tra puro ed impuro, poiché essendo costituito da materie organiche, è quindi di per sé deperibile. Secondo il pensiero indiano tradizionale, durante la cottura, si è esposti ai cattivi influssi: la cottura o l'assunzione di cibo, possono essere considerati come rito di passaggio nel loro stato marginale, quando il cibo non è più semplicemente natura, ma non è ancora stato introdotto e metabolizzato dall'uomo, rendendolo quindi partecipe della natura umana e differenziandosi così dallo stato di natura totale. La parola sanscrita *pakti* ha per significato primario "cottura" ma si usa figuratamene anche nel senso di "perfezionamento" e anche di "dignità, buona reputazione". A questo proposito si può istituire un parallelo con le riflessioni che Meigs (MEIGS A.S. 1978) compie, esplorando il concetto di inquinamento e considerando la definizione di esso presso i Papuani. Per questi, il concetto di inquinamento risulta profondamente dipendente da quello di *nu*, ovvero l'essenza vitale. Il *nu* comprende tutti i fluidi corporei, le emissioni, le secrezioni ed altre sostanze che sono viste come estensione o trasformazione di queste. Il *nu* è visto come sorgente di vita, di vitalità, di sessualità e di giovinezza. Ma la sua perdita o contaminazione è vista come forma di inquinamento. Infatti le emissioni corporali sono potenzialmente pericolose perché possiedono uno status ambivalente, sono ai margini del corpo, né completamente nel corpo, né separate da esso. Quindi, quelle sostanze che sono a rischio di decadimento, di putrefazione, o che sono simbolo di esso, sono individuate come una possibile fonte di inquinamento.

Dove si situa in questo modello di inquinamento, che abbiamo visto comune a diverse tradizioni, il nostro concetto moderno di inquinamento (inquinamento ambientale, inquinamento dell'aria e dell'acqua)? Ai nostri giorni il concetto di inquinamento è legato all'esistenza di sostanze come il plutonio, il mercurio, il piombo e vari insetticidi. Queste sono tutte sostanze pericolose per il nostro corpo; tali sostanze nocive, che non sono soggette a degenerazione, non suscitano una diretta ed immediata reazione

15-(Note) Raffaetà.pmd 399 02/11/2010, 16.18

di revulsione, tipicamente associata al concetto tradizionale di contaminazione. Queste sostanze invece, manifestano i loro effetti nocivi in seguito ad un accumulo. Si potrebbe però considerare che tali sostanze, non soggette a deterioramento, rendano l'ambiente inquinato e facciano quindi progressivamente degenerare il corpo. Risulta così, che anche nel concetto moderno di contaminazione, la paura dell'uomo si focalizza sul processo di degenerazione e morte che sfugge al controllo e che si colloca nel disordine primordiale della natura. Ma in questo caso, l'uomo è turbato dalla degenerazione del proprio corpo che è stato alterato, e non dalle sostanze inquinanti in se stesse, le quali non presentano visibili segni di degenerazione. Infatti, la risposta dell'uomo agli stimoli ambientali è profondamente condizionata dall'interpretazione simbolica di tali stimoli, così in alcuni casi, molte sostanze appaiono pericolose per la salute a causa del significato simbolico che la persona collega ad esse. Secondo Rozin (ROZIN P. 1987: 184-185, ROZIN P. - FALLON A. E. 1987: 24) il disgusto nasce anche dalla paura di ingerire una sostanza offensiva e l'idea di incorporazione nel self diventa così dominante. Secondo questo autore, esiste quindi, una chiara contaminazione psicologica derivante dalla consapevolezza del rischio costituito dalle tracce di potenti e pericolosi prodotti chimici presenti in molti cibi.

Pensiero rituale

Secondo Mary Douglas (DOUGLAS M. 1966), tutto ciò che consideriamo come sporco e pericoloso è tutto ciò che non ci è familiare e che non riesce ad entrare nei nostri schemi mentali senza creare disordine e contraddizione. Purificare è ri-ordinare, rendere conforme ad un'idea, è stabilire cosa è sano e cosa no, è un movimento creativo ed un tentativo di creazione di unità nell'esperienza. L'inquinamento, al contrario, è corruzione, è superamento dei limiti imposti ed è un'idea relativa, perché non può nascere mai da sola, ma include tutti gli elementi esclusi da un sistema ordinato.

Secondo la Douglas, le culture considerano la categoria "inquinamento" costituita dall'anomalo e da ciò che non rientra nei nostri schemi mentali. Tornando a questo proposito all'esempio offertoci dalle regole sul cibo presenti nell'India tradizionale, vediamo come in questa cultura gli alimenti, per potersene cibare, devono essere inseriti nel processo gerarchico del sacrificio, il quale dà senso ed ordine all'esperienza. Così, anche la cottura domestica di cibo viene investita di simbolismo: non si può man-

15-(Note) Raffaetà.pmd 400 02/11/2010, 16.18

giare cibo cotto da una persona di grado inferiore e comunque non si può mangiare del cibo cotto se non è stato reso puro dal sacrificio. Ogni cultura istituisce infatti delle pratiche che aiutino gli scambi tra puro e impuro, tra organico e umano e queste pratiche aiutano a ridurre l'aspetto traumatico del passaggio dalla fase di distacco da una determinata condizione alla fase dell'incorporazione di un nuovo status. All'inizio del secolo, Arnold van Gennep (VAN GENNEP A. 1981 [1909]) scrisse un illuminante saggio sull'esistenza nelle diverse culture di riti di passaggio, ovvero riti concepiti con l'obbiettivo di minimizzare il trauma sperimentato dal passaggio da uno stato all'altro, di qualsivoglia natura esso sia. Egli distinse, all'interno di ciascun rito di passaggio, tre fasi, poiché secondo l'Autore, il contrasto tra il mondo del sacro e quello del profano è così grande che un uomo non può passare dall'uno all'altro senza percorrere uno stato intermediario. Ogni fase è caratterizzata da un rituale specifico: fase di separazione (riti preliminari), fase di margine (riti liminari) e fase di aggregazione (riti postliminari). Per la verità, van Gennep non accenna mai direttamente al passaggio del cibo da elemento naturale ed organico ad alimento umanizzato, ma il suo pensiero si mostra inclusivo di tutti i fenomeni di trasformazione. Infatti, dopo avere trattato le principali forme di rito, quali si trovano durante la gravidanza, la nascita, i riti di iniziazione e i funerali, aggiunge un capitolo che tratta *Altri gruppi di riti di passaggio*, e qui possiamo leggere: «Il fenomeno del margine può riscontrarsi in molte altre attività umane e si ritrova nell'attività biologica generale, nelle applicazioni dell'energia fisica, nei ritmi cosmici» (VAN GENNEP A. 1981 [1909]: 159).

Ed ancora:

> «Lo schema dei riti di passaggio si ritrova dunque non soltanto alla base degli insiemi cerimoniali che accompagnano, facilitano o condizionano il passaggio da uno stadio di vita all'altro, o da una situazione sociale all'altra, ma è anche a fondamento di parecchi sistemi autonomi che sono adottati per il bene delle società generali nella loro totalità, delle società speciali, o dell'individuo» (VAN GENNEP A. 1981 [1909]: 163).

All'inizio del libro inoltre, van Gennep parla specificatamente dei tabu, evidenziando come anche questi rappresentino in qualche modo una maniera rituale per far rientrare in ambito umano dei processi naturali di trasformazione:

> «Si possono infine distinguere dei riti positivi (che sono volizioni tradotte in atti) e dei riti negativi. Questi ultimi sono comunemente chiamati *tabù*. Il tabù è un divieto, un comando di "non fare" o "non agire". Sul piano psicologico rinvia a nolontà, come il rito positivo a volontà; il tabù cioè esprime di per sé stesso una modalità del volere; è un atto, non la negazione di un

15-(Note) Raffaetà.pmd 401 02/11/2010, 16.18

> atto. [...] In questo senso il tabù non è autonomo; esiste solo in quanto contropartita dei riti positivi. In altre parole, ogni rito negativo ha sì la sua individualità, se lo si considera isolatamente, ma il tabù in generale, non può essere compreso che in rapporto ai riti "attivi", con i quali coesiste nel rituale» (VAN GENNEP A. 1981 [1909]: 8).

Per quest'autore, due distinzioni primarie sono caratteristiche di tutte le società di qualsiasi tempo e luogo: la separazione sessuale tra uomini e donne e la separazione magico-religiosa tra sacro e profano. Secondo van Gennep:

> «[...] Per popoli semicivilizzati, si espletano in cerimonie religiose, giacchè presso di loro nessun atto è completamente svincolato dal sacro. Ogni mutamento di situazione dell'individuo viene a comportare dunque delle azioni e delle reazioni tra il profano e il sacro; queste azioni e reazioni devono essere regolamentate e controllate affinché la società generale non subisca né disagi né danni» (VAN GENNEP A. 1981 [1909]: 5).

I passaggi dal mondo del sacro a quello del profano, dal puro all'impuro stanno, infatti, alla base dei significati connessi con le regolamentazioni che le culture si danno nel loro rapporto con l'alimentazione. Come abbiamo avuto modo di notare con l'esempio delle pratiche di preparazione del cibo nell'India antica, ogni cottura di alimento è un sacrificio, facendo così cadere la differenza semantica e pratica tra sacro e profano ed investendo del sacro la quotidianità, in primo luogo quella delle preparazioni alimentari. Come ci ricorda Fischler (FISCHLER C. 1980: 944):

> «In the traditional societies [...], food was subject to powerful constraints, from the ecological, economic and social point of view. [...] the diet was highly repetitious, monotonous, except at time of feasts and celebrations, when "rich" and "rare" foods were consumed. It was also cyclic, in the sense that seasonality was a capital dimension. In such a situation the social and cultural framework of eating habits is remarkably stable, rigid, almost coercive. There are religious prohibitions and prescriptions, all sorts of ritualized social occasions. There is a fixed number of meals, each with a precise "grammar" or "syntax" to it. There are particular foods for particular people -food for children, for adolescents, manly and womanly foods, foods for pregnant wives and lactating mothers, food for the young and for the old» [(12)].

Al contrario, nella nostra cultura manca una presa di posizione culturale che limiti ed allo stesso tempo legittimi la nostra dieta. Le possibilità di stili e combinazioni alimentari sono quasi illimitate, dando così luogo ad una commistione di diverse tradizioni e regole alimentari e creando così una sorta di anarchia alimentare: oggi si può mangiare cinese a pranzo e libanese a cena, i supermercati offrono qualsiasi ingrediente (anche il più esotico), e nessuno, o quasi, in Italia, si astiene dalla carne il venerdì o segue le limitazioni imposta dalla Quaresima. Questi sono solo esempi di come il nostro modo di alimentarci dipenda molto dai gusti e dai desideri

15-(Note) Raffaetà.pmd 402 02/11/2010, 16.18

momentanei del singolo piuttosto che da una legge imposta culturalmente. Fischler (FISCHLER C. 1980: 948), parla di "gastro-anomia": lo stile alimentare moderno in cui ogni individuo provvede a sé stesso e la cultura ha perso il controllo nella regolamentazione alimentare dell'individuo.

> «The crisis of gastronomy leads to a state of *gastro-anomy*. Modern individuals are left without clear socio-cultural cues as to what their choice should be, as to when, how and how much they should eat. Food selection and intake are now increasingly a matter of individual, not social, decision, and they are no longer under ecological or seasonal constraints. But individuals lack reliable criteria to make these decisions and therefore they experience a growing sense of anxiety» (13).

Mancando un rigido dettame su cosa, come e quando mangiare, per i singoli diventa arduo quel processo di dicotomizzazione che permette di distinguere tra puro, impuro, o tra sano ed insano. Così scrive Kimball, nell'Introduzione ai *Riti di passaggio* nell'edizione inglese del 1960 (KIMBALL S.T. 1960: XVI-XVIII):

> «La continua espansione dello stile di vita industriale-urbano ha prodotto cambiamenti significativi nel sistema sociale. Un importante cambiamento, fra questi, è stata la crescente secolarizzazione e il declino dell'importanza dei cerimonialismi sacri. [...] Non c'è evidenza alcuna del fatto che un mondo secolarizzato e urbano ha diminuito il bisogno di espressioni rituali. [...] I problemi critici dei cicli vitali erano direttamente collegati alle indicazioni che la società offriva all'individuo per ottenere un equilibrio. Ora il rituale sembra essere divenuto così individualistico che per molti si realizza solo nella privacy della stanza dello psicologo. Ciò ci lascia pensare che un aspetto dei problemi mentali possa essere dovuto al crescente numero di individui che devono affrontare da soli questi cicli vitali con un simbolismo privato».

La ricerca di tale "simbolismo privato" di cui parla Kimball, può concretizzarsi in forme sostitutive dei vecchi paradigmi che davano ordine e coerenza al mondo. Contestualmente alle regole alimentari, sembra che l'uomo moderno cerchi di appoggiarsi a dei "sostituti", più o meno precari, di regole dietetiche tradizionalmente imposte.

> «Other influences arise, and they may be viewed as *substitutes* for old, decaying patterns. [...] To this day, the most accomplished form of mass dietary prescription is the "dietary goals" [...] other substitutes for traditional gastronomies arise from individuals particulary anxious to find and cling to valid criteria for food selection. Food fads, fad diets, food sectarism, even new trends in culinary aesthetics and the generally growing interest in cooking, may be better understood in the light of the aspiration for new individual dietary goals and norms» (14) (FISCHLER C. 1980: 949).

Questo tentativo teso a colmare l'ansia crescente, derivante dalla mancanza di un riferimento culturale definito e stabile, suggerisce una corrispondenza

15-(Note) Raffaetà.pmd 403 02/11/2010, 16.18

con quello che de Martino indicò come il rischio della "crisi radicale", della "miseria esistenziale", dell' "impotenza dell'oggettivazione", che si concretizzano nell' "inattualità dell'esserci" (DE MARTINO E. 1975 [1958]):

> «Il rischio radicale della presenza ha certamente luogo, [...], ma che ben è la perdita della stessa possibilità di mantenersi nel processo culturale, e di continuarlo e di accrescerlo con l'energia dello scegliere e dell'operare: e poiché il rapporto che fonda la storicità della presenza è lo stesso rapporto che rende possibile la cultura, il rischio di non esserci nella storia umana si configura come un rischio di intenebrarsi nella *ingens sylva* della natura» (DE MARTINO E. 1975 [1958]: 14).

Partendo da tali considerazioni, mi sembra operazione lecita allargare il discorso anche all'influenza che una patologia quali l'allergia può suggerire come creazione di un simbolismo che ordina il mondo. Normalmente, chi soffre di una qualche allergia, è costretto a limitare l'uso di alcuni alimenti e ad evitarne altri a causa della loro nocività. L'allergia, in questo modo, introduce un discrimine di valore nella scelta e consumo dei cibi. Il difficile compito della scelta di una regola dietetica viene facilitato da delle imposizioni che determinano dei giudizi di valore, rendendo più semplice il processo di decodificazione del reale. Sotto questo punto di vista, la manifestazione allergica può essere vista come cerimoniale rituale che ordina e dà significato al mondo. Secondo una logica binaria, evidenziare delle sostanze come nocive e insane dà alle altre la legittimità di essere sane e benefiche. La coscienza della continua, incontrastabile ed inarrestabile contaminazione di ciò che mangiamo, beviamo e respiriamo, reclama delle oasi di sicurezza per fondare su una base non corruttibile la nostra salute. Barker (BARKER L.M. 1982) sottolinea, per esempio, l'importanza simbolica che hanno le regole culinarie che si esplicitano nella formulazione di ricette, per cui ad un'apparente varietà di cibo a disposizione fa da contrasto una ristretta pratica di uso e applicazione. I modelli culturali non agiscono infatti sulle abitudini e sui comportamenti solamente secondo una logica positiva performativa ma anche secondo una logica di negazione. Radcliffe-Brown a questo proposito scrive:

> «[...] in mancanza del rito e delle credenze associate, l'individuo non proverebbe ansia; e il rito ha per effetto psicologico di creare un sentimento di insicurezza e di pericolo. È poco verosimile che un insulare Andaman stimerebbe pericoloso consumar carne di *dugong*, porco o tartaruga, se non esistesse un complesso di riti speciali, il cui scopo dichiarato è di proteggerlo da questi pericoli. Se una teoria etnologica afferma dunque che la magia e la religione procurano all'uomo la fiducia in sé, il benessere morale e un sentimento di sicurezza, si potrebbe ugualmente sostenere che esse fanno insorgere, tra gli uomini, paure e angosce di cui altrimenti sarebbero esenti» (RADCLIFFE-BROWN A. 1952 [1939]: 148-149).

15-(Note) Raffaetà.pmd 404 02/11/2010, 16.18

Conclusione

Le molte persone che hanno provato ad esprimere la natura dell'epoca che stiamo vivendo hanno in comune che la nozione di limite, di confine, nozione a cui siamo sempre ricorsi per definirci, non abbia più molto senso (ARNEY W.R. 1991). Con l'inizio del processo di globalizzazione sono apparentemente cadute le distinzioni di razza, di classe, di stato e così, si è avuta l'impressione che persino il sé abbia perso definizione, dissolvendosi nella mancanza di distinzione. Senza le confortevoli barriere che ci permettono di conoscere noi stessi attraverso i limiti che impongono alla nostra libertà, il sé che può essere senza limiti, rischia di dissolversi nel nulla. Non c'è un fuori, non c'è nemico, nessuno contro cui combattere per dare una definizione alla nostra vita. Questa situazione deriva dal passaggio da un approccio analitico alla conoscenza, ad un approccio sistemico, caratteristico del nostro periodo [(15)]. Questo passaggio di prospettiva ha trasformato in maniera irrevocabile il nostro modo di pensare e di agire. La consapevolezza di un mondo aperto e quindi rischioso, conferisce alla società un senso di impotenza, di paura e di inesorabilità: c'è un tono apocalittico negli scritti del nostro secolo, il sentimento che il mondo così come noi lo conosciamo si sta avviando alla fine.

Secondo uno studio antropologico svedese che ha lavorato sul problema dell'allergia utilizzando un approccio fenomenologico (SCHERMAN M.H. - DAHLGREN L.O. - LOEWHAGEN O. 2002: 300), una grande percentuale di persone pensano che l'ambiente modificato sia la causa della loro allergia. Anche l'antropologa Emily Martin riporta ciò sulla base di una lunga serie di interviste a persone affette da disturbi immunitari:

> «Le cause di questo crollo del sistema immunitario possono essere fatte derivare da diversi elementi all'interno del grande sistema in cui viviamo. L'epidemia delle disfunzioni del sistema immunitario, [...], è spesso vista come il risultato di forze nocive che affliggono tutto il nostro corpo: pesticidi nella nostra acqua e nel cibo, radiazioni del sottosuolo, inquinamento ambientale di ogni tipo, vaccinazioni contro malattie infettive» (MARTIN E. 1994: 132).

L'ambiente viene demonizzato e l'ansia moderna si focalizza su come rendersi sterili dalle minacce dell'ambiente. Questa fobia ci allontana sempre più dall'ambiente naturale, rendendo le nostre case sterili con disinfettanti superpotenti, con aspiratori che eliminano anche il più invisibile degli acari e trasformando il nostro cibo in alimenti artificiali ma puri.

La Martin evidenzia questa attitudine moderna verso la difesa dei propri confini, analizzando i significati culturali e metaforici che circondano la

Note

15-(Note) Raffaetà.pmd 405 02/11/2010, 16.18

nozione di sistema immunitario, immagine che appartiene al linguaggio delle persone e dei media. Il sistema immunitario è visto appunto come il limite che distingue il self dal non-self, è il limite, la fortezza. Molta energia è spesa per mantenere e attivare queste barriere. Secondo una delle intervistate dall'antropologa:

> «Se il mio sistema immunitario deve spendere molto tempo per combattere gli invasori, significa utilizzare molta energia che potrei invece utilizzare per mantenere il vigore... Capisco anche che ci sono un sacco di invasori intorno a me, e se devono essere combattuti, devono essere combattuti. Non puoi farci molto» (MARTIN E. 1994).

Ma altre persone, secondo l'Autrice, si accorgono che l'impresa di difesa dei limiti è senza frutto, poiché i limiti non possono essere fissati. Essi si vedono come persone o corpi in un sistema al cui interno non esistono limiti chiari e stabili e non scorgono alcun posto in cui stare all'esterno del sistema.

Note

(1) *Horror Autotoxicus. Un approccio antropologico al problema delle allergie*. Università degli studi di Siena, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Indirizzo etnoantropologico. Relatore: prof. Massimo Squillacciotti, Università di Siena, co-relatore: prof. Giovanni Pizza, Università di Perugia, luglio 2003.

(2) Teniamo in conto, qui, di ogni tipo di manifestazione allergica (alimentare, da contatto, respiratoria, ecc.) poiché sebbene nettamente distinte nella loro fisiopatologia, ai fini di una analisi antropologica, e quindi di un'analisi del significato, ritengo che rientrino tutte indistintamente nello stesso panorama di senso.

(3) Con poche e brevi eccezioni, vedi JACKSON M. (2001), *Allergy: the making of a modern plague, clinical and experimental allergy*, n. 31, pp. 1665-1671, ed i citati FISHER J.L. - FISHER A. - MAHONY F. (1959) e SCHERMAN M.H. - DAHLGREN L.O. - LOEWHAGEN O. (2002). Più numerosi sono gli studi sulla storia dell'allergia, tra i quali: SAMTER M. (1969), *Excerpts from Classics in allergy*, Ross Laboratories, SCHADEWALT H. (1979-1982), *Geschichte der Allergie*, vol. 1-4, Dustri, München. Da notare è, però, la crescente attenzione, in ambito accademico umanistico verso i problemi allergici. Segnalo qua due interventi recenti in conferenze internazionali: GAIVORONSKAIA G.H.B. (2005), *Food risk perception and responsabilità in the eyes of consumers with allergic reactions to food*, Learning about Risk 28-29 gennaio, Canterbury (www.kent.ac.uk/scarr/events/launchpapers.htm), e il già citato intervento di CHAMPALOUX B. 2005.

(4) Vedi anche le conclusioni tratte in merito da Ivo Quaranta (QUARANTA I. 1999) a proposito della costruzione e negoziazione sociale della *chronic fatigue syndrome* nel Regno Unito.

(5) «Un antenato degli Rakahanga ebbe reazioni fisiche fastidiose mangiando un crostaceo, che così divenne *atua* nel senso che fu considerato disgustoso e pericoloso, in mancanza di cause naturali dei disturbi. Egli considerò tale cibo come tabu e smise di pescarlo nella laguna. Dal momento che sparì dal menu familiare, divenne tabu anche per i suoi figli».

(6) Sostanza infiammatoria che viene rilasciata, insieme ad altre sostanze irritanti, durante il meccanismo di reazione allergica.

15-(Note) Raffaetà.pmd 406 02/11/2010, 16.18

(7) *Antigene [anti = contro – genos = che produce]* Sostanza capace di produrre una risposta immunitaria indesiderata.

(8) Prima della vera e propria reazione allergica, c'è un processo di sensibilizzazione che si manifesta quando il nostro corpo incontra per la prima volta un allergene, ossia una sostanza che viene interpretata come potenzialmente pericolosa. La reazione adattiva dell'organismo consiste in una produzione di anticorpi specifici (IgE) che invece di attaccare l' "intruso", si comportano, metaforicamente parlando, come degli "anticorpi kamikaze", andandosi a sistemare sulla superficie di alcune cellule, dette mastociti (vedi *Glossario*), che svolgono in pratica la funzione di polveriera: sono infatti piene di una sostanza altamente infiammante, meglio nota come istamina, e di altre sostanze proinfiammatorie. Il secondo stadio, quello della reazione allergica, può aver luogo settimane o anni dopo. Questa fase avviene quando l'individuo incontra lo stesso allergene per la seconda volta.

(9) Per un confronto sul concetto di "cattivo da pensare" si veda TAMBIAH S.J. 1969: 452-257.

(10) Senza l'elaborata struttura simbolica, all'esperienza mancherebbe un significato; senza le informazioni dalla realtà empirica l'edificio cederebbe.

(11) «Proibire una certa specie è semplicemente una della tante vie per conferire significato a quella specie. [...] I tabu riguardanti i nomi dei morti, le leggi sessuali e le proibizioni alimentari rappresentano tutte lo stesso modo di evidenziare il significato di un tratto specifico. Esse possono essere ridondanti, supplementari o complementari».

(12) «Nelle società tradizionali [...], l'alimentazione era soggetta a forti limitazioni, che provenivano dalla situazione ecologica, economica e sociale. [...] la dieta era molto ripetitiva, monotona, eccetto durante i periodi di festa o celebrazioni, quando cibi "rari" e "costosi" potevano venire consumati. Era anche ciclica, nel senso che la stagionalità era una dimensione di primaria importanza. In tale situazione il contesto sociale e culturale delle abitudini alimentari è altamente stabile, rigido, quasi coercitivo. Ci sono proibizioni religioni e proscrizioni, ogni tipo di pratiche ritualizzate. C'è un numero fisso di pasti ognuno dei quali con una precisa "grammatica" e "sintassi". Ci sono alimenti particolari per persone particolari – alimenti per bambini, per adolescenti, per uomo o donna, alimenti per donne incinta e madri che allattano, cibi per i giovani e per i vecchi».

(13) «La crisi della gastronomia porta ad uno stato di *gastro-anomia*. Gli individui moderni dono lasciati senza un chiaro riferimento socio-culturale su quale dovrebbe essere la loro scelta, quando, come e quanto mangiare. La scelta dell'alimentazione e dell'apporto giornaliero è al giorno d'oggi sempre più una questione individuale, non più sociale, e non è più soggetta a limiti ecologici o economici. Ma gli individui mancano di criteri affidabili su i quali fondare tali decisioni e quindi provano un crescente senso di ansia».

(14) «Altre influenze compaiono, ed esse possono essere viste come sostitutive di modelli vecchi ed ormai privi di significato. [...] Al giorno d'oggi, la regola alimentare più seguita è la "dieta". [...] Altri sostituti per le gastronomie tradizionali compaiono tra quelle persone particolarmente ansiose di trovare e seguire dei validi criteri per la selezione degli alimenti. Cibi alla moda, diete alla moda, settarismo alimentare, trend nell'estetica culinaria e il generale crescente interesse per il cucinare, può essere meglio compreso alla luce del desiderio di nuove norme alimentari».

(15) Un approccio analitico analizza la complessità attraverso il metodo di semplificazione di Cartesio e Bacone e si cerca quindi di conoscere la complessità analizzando i suoi elementi costitutivi più semplici. Un approccio sistemico ha questo vecchio metodo alla sua base. Ora il compito è quello di determinare la posizione delle unità più semplici all'interno del complesso (BATESON G. 1972, 1979). La teoria dei sistemi non fornisce un insieme di regole precostituite che determinano un univoco metodo d'indagine, ma dà una nuova prospettiva, generando un modo di vedere più generale. Per osservare il mondo da una prospettiva sistemica dobbiamo vedere connessioni invece di confini, un'irriducibile organizzazione invece di parti distinte ed articolate.

15-(Note) Raffaetà.pmd 407 02/11/2010, 16.18

Riferimenti bibliografici

American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (1998), *Task force on allergic disorders. Executive summary report*.

Andrews A.C. (1949), *The bean and Indo-European totemism*, "American Anthropologist", n. 51, 1949, pp. 274-292.

Armelagos G.J. - Barnes K. (1999), *The evolution of human disease and the rise of allergy: epidemiological transition*, "Medical Anthropology", n. 18, 1999, pp. 187-213.

Arney W.R. (1991), *Experts in the age of systems*, University of New Mexico Press, Albuquerque, 242 pp.

Barker L.M. (1982), *The psychobiology of human food selection*, Avi Publishing, Westport [Connecticut], XVIII + 262 pp.

Bottaccioli F. (1995), *Psiconeuroimmunologia*, Edizioni Red!, Milano, 328 pp.

Buck P.H. (Te Rangi Hiroa) (1932), *Ethnology of Manihiki and Rakahanga*, "Bernice P. Bishop Museum Bullettin" (Honolulu [Hawaii]), n. 99, 1932.

Champaloux B. (2007), *Les discours de prédiction autour de l'allergie*, in Ilario Rossi (curatore), *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic: savoirs, pratiques, techniques (Ascona [Suisse], 2-5 mars 2005)*, Éditions Aux Lieux d'Être, 352 pp.

Corruccini R.S. - Kaul S.S. (1983), *The epidemiological transition and anthropology of minor chronic non-infectious disease*, "Medical Anthropology", n. 18, 1983, pp. 36-50.

de Martino E. (1975 [1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Boringhieri, Torino, 438 pp. [I ediz.: *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Edizioni Scientifiche Einaudi, Torino, 1958, X + 440 pp.].

Denburg J.A. (curatore) (1998), *Allergy and allergic disease: the new mechanism and therapeutics*, Humana Press, Totowa [New Jersey], 591 pp.

Douglas M. (1966 [1975]), *Purity and danger. An analysis of the concepts of pollution and taboo*, Routledge & Kegan Paul, London (ediz. ital.: *Purezza e pericolo : un'analisi dei concetti di inquinamento e tabu*, Il Mulino, Bologna, 1975).

Dumont L. (1991 [1966]), *Homo Hierarchicus. Il sistema delle caste e le sue implicazioni*, Adelphi, Milano [ediz. orig.: *Homo hierarchicus. Le système des caste set ses implications*, Éditions Gallimard, Paris, 1966].

Finkler K. (1986), *The social consequence of wellness: a view of healing outcomes from micro and macro perspectives*, "International Journal of Health Services", vol. 16, n. 4, 1986, pp. 627-642.

Fischler C. (1980), *Food habits, social change, and the nature/culture dilemma*, "Social Science Information", n. 19, 1980, pp. 937-953.

Fisher J.L. - Fisher A. - Mahony F. (1959), *Totemism and allergy*, "International Journal of Social Psychiatriy", n. 5, 1959, pp. 33-44.

Frankenberg R. (1986), *Sickness as cultural performance: drama, trajectory, and pilgrimage root metaphors and the making social of disease*, "International Journal of Health Services", vol. 16, n. 4, 1986, pp. 603-626.

Frazer J.G. (1950 [1925]), *Il ramo d'oro*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *The golden bough. A study in magic and religion*, editio minor, London, 1925].

Freud S. (1930 [1913]), *Totem e tabu: di alcune concordanze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici*, Laterza, Bari [ediz. orig.: *Totem und Tabu*, Heller, Leipzig - Wien, 1913].

Good B.J. (1999 [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994].

Holomberg A.R. (1969), *Nomads of the long bow*, Natural History Press, New York.

15-(Note) Raffaetà.pmd 408 02/11/2010, 16.18

KIMBALL S.T. (1960), *Introduction*, in VAN GENNEP A., *The rites of passage*, Routledge & Kegan Paul, London, 1960 [ediz. orig.: VAN GENNEP A., *Les rites de passage*, Nourry, Paris, 1909].

KLEINMAN A. (1986), *Social origins of distress and disease*, Yale University Press, London.

KLEINMAN A. (1988), *The illness narrative. Suffering, healing and the human condition*, Basic Books, New York.

ILLICH I. (1975), *Medical nemesis. The expropriation of health*, Calder & Boyars, London.

INGROSSO M. (1994), *Ecologia sociale e salute. Scenari e concezioni del benessere nella società complessa*, Franco Angeli Editore, Milano.

LADERMAN C. (1981), *Symbolic and empirical reality: a new approach to the analysis of food avoidances*, "American Ethnologist", n. 8, 1981, pp. 468-493.

LAPPÉ M. (1995), *Breakout. The evolving threat of drug-resistant disease*, Sierra Club Books, San Francisco.

LÉVI-STRAUSS C. (1964 [1962]), *Il totemismo oggi*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Le totémisme aujourd'hui*, Presses Universitaries de France, Paris, 1962].

LÉVI-STRAUSS C. (1971 [1962]), *Il pensiero selvaggio*, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *La pensée sauvage*, Plon, Paris, 1962].

MALAMOUD C. (1994 [1989]), *Cuocere il mondo. Rito e pensiero nell'India antica*, Adelphi, Milano [ediz. orig.: *Cuire le monde. Rite et pensèe dans l'Inde ancienne*, Éditions La Dècouverte, Paris, 1989].

MALINOWSKI B. (1968 [1929]), *La vita sessuale dei selvaggi nella Melanesia nord-occidentale*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *The sexual life of savages of North-Western Melanesia*, A Harvest book: Harcourt Brace & World, New York, 1929].

MALINOWSKI B. (1976 [1948]), *Magia, scienza e religione*, Newton & Compton Editori, Roma [ediz. orig.: *Magic, science and religion and other essays*, Free Press, Glencoe (Illinois), 1948].

MARTIN E. (1994), *Flexibile bodies: tracking immunity in American culture from the days of polio to the age of the AIDS*, Beacon Press, Boston (Mass.).

MEIGS A.S. (1978), *A Papuan perspective on pollution*, "Man", n. 13, 1978, pp. 304-318.

MESSER E. (1984), *Anthropological perspectives on diet*, "Annual Review of Anthropology", n. 8, 1984, pp. 205-249.

QUARANTA I. (1999), *Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome. Un'indagine sul contenzioso intorno alla chronic fatigue sindrome (Cfs) nel Regno Unito*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 7-8, ottobre 1999, pp. 129-172.

RADCLIFFE-BROWN A.R. (1952 [1939]), *Taboo*, in RADCLIFFE-BROWN A.R., *Structure and function in primitive society: essays and addresses*, Glencoe, Illinois.

RADCLIFFE-BROWN A.R. (1973 [1952]), *Il metodo comparativo nell'antropologia sociale*, pp. 126-146, in SRINIVAS M.N. (curatore), *Il metodo nell'antropologia sociale*, Officina Edizioni, Roma [ediz. orig.: *Huxley memorial Lecture for 1951*, "Journal of the Royal Anthropological Institute", n. 81, 1952, pp. 15-22].

ROZIN P. (1987), *Psychobiological perspectives on food preferences and avoidances*, in HARRIS M. - ROSS E.B. (curatori), *Food and evolution*, Temple University Press, Philadelphia.

ROZIN P. - FALLON A.E. (1987), *A perspective on disgust*, "Psychological Review", vol. 94, n. 1, 1987, pp. 24-41.

SCHERMAN M.H. - DAHLGREN L.O. - LOEWHAGEN O. (2002), *Refusing to be ill: a longitudinal study of patient's experiences of asthma/allergy*, "Disability and Rehabilitation", vol. 24, n. 6, 2002, pp. 297-307.

SIMOONS F.J. (1961), *Eat not this flesh*, University of Wisconsin Press, Madison.

SPECIANI A. (1999), *Le allergie. Cause, diagnosi, terapie*, Tecniche Nuove, Milano.

TAMBIAH S.J. (1969), *Animals are good to think and good to prohibit*, "Ethnology", n. 8, 1969, pp. 423-459.

TARANEH D. (2000), *Food intolerance and the food industry*, Woodhead Publishing Limited, Cambridge.

VAN GENNEP A. (1981 [1909]), *I riti di passaggio*, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *Les rites de passage*, Nourry, Paris, 1909].

15-(Note) Raffaetà.pmd 409 02/11/2010, 16.18

Scheda sull'Autore

Roberta Raffaetà è nata a Milano il 12 gennaio 1977. Si laurea presso l'Università degli studi di Siena con una tesi (in collaborazione con l'Università di Perugia) dal titolo *Horror Autotoxicus. Un approccio antropologico al problema delle allergie*. Durante la stesura della tesi si trasferisce a Zurigo, e nel 2004 si iscrive al Dottorato di ricerca in scienze sociali, presso la Facoltà di scienze sociali e politiche, Istituto di antropologia e sociologia dell'Università di Losanna, specializzandosi nell'ambito dell'antropologia della salute. Sta conducendo una ricerca su "allergie e pluralismo medico" presso l'Ospedale di Verona.

Si interessa di studi sociali relativi alla biomedicina con un interesse specifico per le malattie croniche ed autoimmuni.

Riassunto

Allergia e tabu. Per un approccio antropologico al problema delle allergie

Il presente lavoro documenta in modo dettagliato ed approfondito il parallelo tra allergia e totemismo istituito da precedenti studi antropologici.

L'allergia si è posta negli ultimi anni come una patologia di grande impatto sociale, non solo riflettendo i cambiamenti sostanziali dello stile di vita moderno ma anche echeggiando argomenti politici e culturali circa l'ambiente all'entrata nel nuovo millennio.

Scopo del presente lavoro è quindi quello di trovare un fondamento culturale capace di rendere conto del "successo" sociale di tale patologia, presentando tale disturbo come un dispositivo biomedico capace di catalizzare più ampi processi simbolici.

Résumé

Allergie et tabou. Vers une approche anthropologique du problème des allergies

L'Auteur établit un parallèle détaillé et approfondi entre l'allergie et le totémisme institué par des études anthropologiques précédentes.

Depuis quelques années, l'allergie est devenue une pathologie d'un grand impact social, non seulement en tant que reflet des changements substantiels du mode de vie moderne mais aussi comme écho de thèmes politiques et culturels sur l'environnement au seuil du nouveau millénaire.

15-(Note) Raffaetà.pmd 410 02/11/2010, 16.18

L'objet de ce travail est donc de cerner une base culturelle, capable de rendre compte du "succès" social de cette pathologie en présentant ce trouble comme un dispositif biomédical en mesure de catalyser des processus symboliques plus vastes.

Resumen

Alergia y tabúes. Un planteamiento antropológico al problema de las alergias

Este trabajo documenta de manera detallada y profundizada la analogía entre alergia y totemismo, establecida por recientes estudios antropológicos.

La alergia se ha planteado en los últimos años como una patología de gran impacto social, no solo reflejando cambios substanciales en el estilo de vida moderno sino también recordando temas políticos y culturales acerca del medio ambiente al comienzo del nuevo milenio.

Objeto de este trabajo es, por consiguiente, encontrar un fundamento cultural capaz de explicar el "éxito" social de dicha patología, presentando el trastorno como un dispositivo biomédico capaz de catalizar los más amplios procesos simbólicos.

Abstract

Allergy and taboo. For an anthropological approach to the problem of allergies

The present work documents in detail and depth the parallels between allergy and totemism established by earlier anthropological studies.

Allergy has set in recent years as a disease of great social impact, not only reflecting substantial changes in lifestyle but also echoing the modern political and cultural arguments about the environment in the beginning of the new millennium.

The purpose of this paper is therefore to find a cultural foundation that can account for the "success" of this social pathology, presenting the disorder as a biomedical device capable of catalysing broader symbolic processes.

15-(Note) Raffaetà.pmd 411 02/11/2010, 16.18

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 413-438

*La socio-semiotica e il "discorso della salute": tre ricerche**

Maria Pia Pozzato

professore associato, Dipartimento di discipline della comunicazione, Università degli studi di Bologna
[pozzato@dsc.unibo.it]

Durante l'anno accademico 2003/04, iniziavo al Corso di laurea specialistica in Discipline semiotiche dell'Università di Bologna quello che mi risulta essere il primo e unico corso in Italia di "socio-semiotica". In quegli stessi mesi, con i colleghi del direttivo dell'Associazione Italiana Studi Semiotici (AISS), stavamo mettendo a punto il programma del convegno annuale dedicato nel 2004 a "Il discorso della salute" (1). Richiamo questi due avvenimenti perché hanno avuto un anello di congiunzione: in vista del convegno, invitai gli studenti del corso di sociosemiotica a lavorare sul tema della salute e alcuni di loro sostennero l'esame con elaborati sull'argomento. Lo considero un caso felice di sinergia fra attività didattica e attività di ricerca e credo sia stato motivo di soddisfazione per gli studenti poter esporre i loro lavori durante un apposito workshop del convegno.

I tre saggi che seguono fanno parte di questo gruppo di ricerche (2). María José Contreras ha analizzato i commenti delle donne in gravidanza subito dopo la loro seconda ecografia; Dario Aquaro e Cristiano Boscato hanno registrato e analizzato i dialoghi fra i clienti e i farmacisti di una farmacia di Bologna; François Provenzano ha analizzato le lettere ai medici inviate dai lettori delle riviste del settore. Ma ritornerò fra poco su questi lavori. Prima vorrei infatti tratteggiare brevemente alcune linee storico-metodologiche.

L'approccio semiotico, pur avendo una sua specificità, ha sempre avuto una stretta parentela con l'antropologia. Negli anni Sessanta-Settanta, i lavori di Claude Lévi-Strauss sui miti gettarono, assieme all'analisi della fiaba di Vladimir Jakovlevic PROPP (1928), le basi della narratologia. Da questa doppia geminazione, nasce la teoria semiotica di Algirdas J. Greimas che trae da Lévi-Strauss una *semantica profonda* dei testi, sotto forma di opposizioni categoriali che strutturano gli universi di discorso; e da Propp l'idea di una successione di *funzioni narrative*. La semiotica si è attardata a lungo nello

Note

studio di questo tipo di testi (miti, fiabe, racconti), che hanno costituito in un certo senso un brodo di coltura per la sua metodologia d'analisi. Negli anni a seguire, però, la disciplina ha avuto un inaspettato sviluppo in ambiti, come la pubblicità e i comportamenti sociali, che esulavano da quelli, a lei tradizionali, dell'etnoletteratura e della letteratura. Come dice Andrea Semprini nella sua "Introduzione" a *Lo sguardo sociosemiotico*: "Nella seconda metà degli anni Ottanta, si assisté a una doppia evoluzione. Da un lato, un rinnovo dell'interesse dei semiotici per le comunicazioni di massa e dall'altro nuovi bisogni e quindi un'apertura da parte dell'universo aziendale verso strumenti d'analisi scientificamente solidi, in grado di leggere in modo più sofisticato l'universo della comunicazione, anch'esso in piena trasformazione" (SEMPRINI A. cur., 2003, pp. 15-16).

La semiotica sembrava quindi chiamata di nuovo a un compito che in fondo l'aveva caratterizzata fin dall'inizio quando Ferdinand de Saussure preconizzava, nel primo decennio del Novecento, la nascita di una "semiologia" intesa come studio dei segni nell'ambito della vita sociale. A partire dagli anni Novanta, il progetto socio-semiotico si è progressivamente precisato grazie ai lavori di diversi studiosi fra cui va ricordato, *in primis*, un allievo di Greimas, Eric Landowski [3]. Attualmente, la semiotica propone le proprie metodologie d'analisi per lo studio della società contemporanea, accanto ad altre discipline come la sociologia, la teoria anglosassone dei *Cultural Studies* e quella "antropologia *at home*", non focalizzata su aree esotiche, primitive, industriali, ma sulle nostre stesse società, alla quale si richiama Tullio SEPPILLI (2001). Ora, che cosa significa fare ricerche sul campo nel proprio contesto culturale? Come nota Seppilli, queste indagini comportano difficoltà specifiche: l'osservatore *at home*, proprio perché abituato alle realtà che indaga, può non cogliere, in quanto ovvi per lui, segnali che uno straniero noterebbe. Inoltre, in caso di grande vicinanza culturale, l'osservatore è troppo coinvolto, e questo aggrava un problema presente in ogni ricerca: quello di un punto di vista che non può mai essere socialmente neutro.

Nel campo della salute, è evidente che nessun osservatore può sentirsi estraneo alla realtà che indaga. Come ricordava Gianfranco Marrone introducendo i lavori del convegno AISS di cui si è detto, il tema è molto delicato, da diversi punti di vista (teoretico, religioso, etico, giuridico, sociale e pragmatico). Che cosa può dire il semiotico a questo proposito? Può vedere come l'opposizione salute/malattia venga costruita di volta in volta discorsivamente nella *semiosfera* [4]. Il corpo può essere semplice oggetto di studio scientifico oppure farsi soggetto di funzioni individuali e sociali. Gli sviluppi della scienza e della tecnologia in questo campo introducono

16-(Note) Pozzato.pmd 414 02/11/2010, 16.19

l'idea di un possibile perfezionamento del corpo stesso e delle sue possibilità, ma anche nuovi paradigmi di trasformazione e di frammentazione dell'unità corporea. Una costante delle attuali culture della salute appare il richiamo al valore del *benessere* che è qualcosa di più del semplice stato di salute, una sorta di valore aggiunto della vita quotidiana, da perseguire, mantenere, difendere a ogni costo. Un altro tema importante che ha visto significative trasformazioni nel mondo contemporaneo è la *messa in crisi del patto* fra medico e paziente. Il primo sembra aver perso il suo potere assoluto sul secondo. Il paziente, in particolare, tende oggi a rivendicare un ruolo di soggetto, sfuggendo alla reificazione cui era sottoposto dal trattamento scientista. Questo aspetto lo vedremo esemplificato da due dei contributi che seguono: quello di Dario Aquaro e di Cristiano Boscato, dove si vede come il cliente "contratti", "negozi" il sapere con il farmacista, ben lungi dall'affidarsi a lui ciecamente; e quello di François Provenzano, dove il lettore ha molti modi diversi di porre le sue domande all'"esperto".

Come è emerso da diverse relazioni al convegno AISS di Spoleto, la figura del paziente tende oggi a recuperare quella "umanità" che le permette anche di ritrovare, al di sotto dell'oggettività del corpo-macchina, il suo corpo-proprio, fatto di sensazioni, di esperienze personali. Questo è quanto dimostra molto bene anche il saggio di María José Contreras, dove le donne intervistate confrontano quello che *sentono* nella loro "carne" con quello che *vedono* sul monitor, e con quello che *sanno* sulla base del sapere del medico.

Un altro aspetto che emergeva dal convegno, e che è qui esemplificato dal caso studiato da Provenzano, è il ruolo sempre più importante dei media nella costruzione culturale della salute. Probabilmente i media si inseriscono nella zona di incertezza creatasi attorno al ruolo medico offrendosi come nuovo dispositivo in grado di dare informazioni e di suggerire una inedita mappatura dei valori legati alla salute e allo "star bene" in generale.

La sociosemiotica naturalmente affronta questo campo di indagine con i propri strumenti, che sarebbe troppo lungo illustrare qui: una teoria narrativa, che prevede programmi d'azione, competenze, valori; una teoria dell'enunciazione, che calcola la posizione del soggetto rispetto al discorso che enuncia; una teoria delle passioni, viste come effetti corporei semiotizzati. E così via.

Il punto di forza della disciplina è il suo approccio testualista: come si vedrà, tutti e tre i saggi hanno un corpus d'analisi fortemente definito. I dialoghi, osservati e trascritti da Aquaro e Boscato, fra i clienti e i farmacisti; le affermazioni delle donne in gravidanza, ugualmente raccolte e

16-(Note) Pozzato.pmd 415 02/11/2010, 16.19

trascritte da Contreras; le numerose lettere agli specialisti analizzate da Provenzano, sono tutti *testi* che i giovani studiosi hanno attentamente scelto, raggruppato e sottopsto al vaglio semiotico per cercare di dire qualcosa che poggiasse su una base di manifestazione definita, e non su osservazioni generali e impressionistiche. Certo, è un piccolo contributo. Ma fondato su una metodologia ormai largamente condivisa e su dati osservativi attestabili: due elementi essenziali per poter dire, come auspicava Greimas, "qualcosa di sensato sul senso".

Note

(*) Il materiale che qui si pubblica è costituito da un testo di apertura in cui Maria Pia POZZATO ha per noi introdotto – delineandone l'orizzonte generale di riferimento – i sintetici resoconti di tre ricerche da lei orientate nel quadro della sua attività didattica e scientifica presso il Dipartimento di discipline della comunicazione della Università degli studi di Bologna. L'iniziativa ha reso avvio in occasione della comune partecipazione al XXXII Congresso dell'Associazione italiana di studi semiotici (Spoleto, 29 ottobre - 1 novembre 2004), nel corso del quale le tre ricerche sono state brevemente esposte durante un workshop organizzato dalla stessa professoressa Pozzato. Con lievi variazioni rispetto ai testi qui pubblicati i tre singoli resoconti sono stati editi anche negli atti del congresso (*Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, a cura di Gianfranco MARRONE, Meltemi Editore, Roma, 2005, 522 pp.): quello di María José CONTRERAS alle pp. 304-310, quello di Dario AQUARO e Cristiano BOSCATO alle pp. 295-303, e quello di François PROVENZANO alle pp. 405-412. Alla realizzazione del congresso – nel corso del quale Tullio SEPPILLI ha presentato la relazione *Parole e gesti che curano: la questione dell'efficacia terapeutica delle medicine sacrali* – hanno collaborato anche la Società italiana di antropologia medica (SIAM) e la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute [*Nota della Redazione*].

(1) Il direttivo AISS è attualmente composto da Gianfranco Marrone, presidente; Isabella Pezzini, Guido Ferraro e chi scrive, vicepresidenti. Dopo un lavoro collettivo di elaborazione del progetto, va attribuito tutto a Gianfranco Marrone il merito dell'organizzazione di questo convegno, tenutosi a Spoleto tra il 29 ottobre e l'1 novembre 2004.

(2) Ringrazio Tullio Seppilli di aver voluto seguire il workshop della Specialistica di Bologna al convegno di Spoleto e di aver proposto a questi tre giovani di pubblicare i loro saggi.

(3) Autore che non a caso troveremo abbondantemente citato nei saggi che seguono questa mia premessa.

(4) Com'è noto, Jurij Lotman, per *semiosfera*, intende l'insieme dinamico e "vivente" della cultura.

Riferimenti bibliografici

PROPP Vladimir Jakovlevic (1966 [1928]), *Morfologia della fiaba*, con un intervento di Claude Lévi STRAUSS e una replica dell'Autore, a cura di Gian Luigi BRAVO [ediz. orig.: Academia, Moskva, 1928].

SEMPRINI Andrea (curatore) (2003), *Lo sguardo sociosemiotico*, Franco Angeli, Milano.

SEPPILLI Tullio (2001), *Medical Anthropology "at home": a conceptual framework and the Italian experience*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001, pp. 23-36.

16-(Note) Pozzato.pmd 416 02/11/2010, 16.19

1. Indagine sociosemiotica sull'esame ecografico di donne in gravidanza[(1)]

María José Contreras
dottoranda in Semiotica, Università degli studi di Bologna

1. Introduzione

L'ecografia è comparsa nell'uso clinico negli anni '70 ed attualmente è la seconda modalità più utilizzata tra le tecnologie mediche di visualizzazione corporea. Il fatto che l'ecografia faccia vedere aspetti ignoti del proprio corpo e, nel caso dell'ecografia ginecologica, mostri la presenza di qualcuno che di solito è "invisibile" all'occhio nudo, fa sì che questo tipo di esame medico abbia interessato alcuni studiosi di scienze sociali, in particolari antropologi e filosofi (cfr. ad esempio MARCHESINI R. 2002, FORTUNATI L. - KATZ J. - RICCINI R. 2002). Tali studiosi hanno rilevato come, grazie a queste tecnologie, il proprio corpo si trasformi da involucro inviolabile in paesaggio abitabile.

Questa indagine presenta un indirizzo di ricerca inedito giacché studia gli effetti semiotici di questa situazione. L'obbiettivo generale di questa indagine è quindi quello di applicare i concetti della semiotica alla situazione sociale dell'esame ecografico di donne in gravidanza con lo scopo specifico di studiare:

1. La distribuzione del sapere e il sentire nella situazione dell'esame ecografico di donne in gravidanza. Come vengono valorizzati rispettivamente il sentire e il sapere in questo contesto? Come circola il sapere e il sentire? Che attante[(2)] possiede il sapere? Chi detiene il sentire?
2. I modi in cui il testo ecografico trasforma la propriocezione e quindi il senso della propria esperienza. In che misura l'esperienza dell'esame modifica il rapporto con il proprio corpo e con quello del feto? Quali aspetti nel modo di sentire il proprio corpo vengono modificati dopo la visione dell'immagine ecografica?

2. Metodologia

La prima fase di questo lavoro corrisponde al lavoro etnografico sul campo e la seconda all'analisi sociosemiotica dei testi raccolti nella fase etnografica.

2.1. Il lavoro sul campo

La ricerca è stata realizzata nell'Azienda Ospedaliera di Bologna nel Policlinico S. Orsola-Malpighi nel periodo da marzo a maggio del 2004. Una prima tappa

Note

16-(Note) Pozzato.pmd 417 02/11/2010, 16.19

del lavoro sul campo è stata eseguita nel reparto di ricovero dell'Unità Operativa Ginecologica del prof. Pelusi. Lo scopo di questa fase era quello di conoscere il funzionamento della struttura sanitaria. Questa fase è stata utile per definire le domande dell'intervista qualitativa semi strutturata definitiva.

La seconda parte del lavoro sul campo è stata effettuata nell'Ambulatorio Ostetrico II Clinica della stessa struttura ospedaliera. Durante questo periodo sono stati raccolti i dati-testi "definitivi" che poi sono stati analizzati da una prospettiva sociosemiotica. Il campione della ricerca è composto di 11 donne tra la 20 e la 24 settimana di gravidanza che si sottoponevano all'ecografia morfologica di controllo del secondo trimestre. Ho accompagnato ognuna di queste pazienti durante l'ecografia morfologica facendo *osservazione partecipante* e dopo l'esame abbiamo fatto *l'intervista semi strutturata* descritta nell'appendice.

Il corpus testuale consiste nelle risposte fornite dalla donne alle interviste e nelle constatazioni prelevate dall'osservazione partecipante.

2.2. L'analisi sociosemiotica

La seconda fase della ricerca corrisponde a quella dell'analisi dei dati raccolti che in questa sede e coerentemente con il progetto sociosemiotico, consideriamo in quanto testi e non in quanto puri e semplici dati che rendono conto univocamente della realtà empirica (cfr. LANDOWSKI E. 1999 [1989], MARRONE G. 2001). Il corpus verrà analizzato da un'ottica sociosemiotica: ho cercato quindi di descrivere la situazione sociale dell'esame ecografico a partire di ciò che Eric LANDOWSKI (1999 [1989]) ha definito un modello formale dell'interazione.

3.1. La distribuzione del sapere e del sentire

Secondo Algirdas J. Greimas (GREIMAS A.J. - COURTES J. 1979 [1986]) il senso si genera attraverso un processo che si sviluppa in fasi successive che partono da livelli profondi e astratti a livelli più superficiali e concreti. La mia analisi prende le mosse dal livello più superficiale dove si possono distinguere due attori sociali che corrispondo ai ruoli tematici del "medico" e del "paziente" [3]. Anche se nella situazione dell'esame ecografico non c'è una vera e propria patologia, la donna in gravidanza che fa l'ecografia si colloca rispetto al medico come "paziente": ignorante della propria situazione, ha bisogno della sanzione di un esperto per verificare il suo stato attuale. Sebbene non ci sia cura né indicazione di trattamento, la grammatica relazionale nella situazione che descriviamo equivale a quella del "medico-paziente".

L'oggetto di valore nella situazione dell'ecografia è la conoscenza che deriva da un sapere che, come si vedrà successivamente, si intreccia con il vedere. Il sapere è in mano del medico e il sentire del paziente non viene ritenuto rilevante. Al contrario, la competenza del sapere del medico è cruciale. La grammatica

16-(Note) Pozzato.pmd 418 02/11/2010, 16.19

soggiacente a questa situazione pragmatica implica degli investimenti modali asimmetrici del medico e del paziente: il medico è in stato di congiunzione con l'oggetto di valore (il medico sa) e il paziente si trova in uno stato di disgiunzione (il paziente non sa). Lo svolgimento dell'esame ecografico (e quindi l'esecuzione dei programmi narrativi) implica lo spostamento del paziente verso la posizione del sapere.

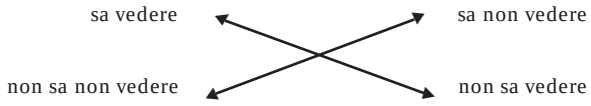
L'esame ecografico si può definire anche come un'operazione cognitiva che intende rendere equivalenti due universi di sapere. Coincide quindi con il modello del discorso scientifico elaborato da Eric Landowski, dove lo scienziato comunica il suo sapere (oggettivizzato) a un attante che non sa.

La situazione dell'ecografia però non si risolve nella sola modalità del sapere. La specificità della situazione dell'esame ecografico è che il sapere è intimamente legato al vedere. Il medico sa vedere: vede sullo schermo e acquisisce la conoscenza specifica che riguarda quel caso in particolare.

La situazione ecografica illustra come l'oggetto di valore sia un sapere nettamente visivo, a scapito del sapere legato al sentire. La competenza del paziente, il suo sentire, non viene infatti valorizzata, come si è detto. Nel corpus in effetti, la conferma "oggettiva" dell'esistenza del bambino viene delegata sempre al vedere l'immagine sullo schermo piuttosto che al sentirlo nel proprio corpo. Vediamo alcune affermazioni delle donne intervistate:

> «*C'è il tesserino di quello che c'è* nella pancia che sappiamo che c'è... però il fatto di vederlo... sai che c'è qualcosa.
>
> Invece il *fatto di vederlo sul video* è come dire... come dire... una certezza in più una sicurezza, *una prova*... insomma che questo bimbo c'è, si vede, ha la testolina, le braccine, le gambine, e tutti gli altri, insomma...»

Dunque si potrebbe illustrare l'articolazione logica della situazione dell'esame ecografico di donne in gravidanza a partire dal seguente quadrato semiotico [4]:



Questa articolazione diventa ancora più complessa se si prende in considerazione l'interazione tra il soggetto che vede e quello che si fa vedere tramite l'immagine ecografica. Applicando il quadrato sviluppato da LANDOWSKI (1999 [1989]) per descrivere i regimi di visibilità si possono distinguere due posizioni logiche: una di osservatore e una di chi è osservato. La situazione dell'esame ecografico si svolge nel gioco tra queste dimensioni. Quando l'attante che deve essere visto è visto, allora diventa di dominio pubblico, invece la dimensione del sentire che studieremo in seguito rimane sempre nella dimensione del privato. In questo modo il sentire rimane ancora "protetto" dallo sguardo pubblico.

Note

3.2. La propriocezione e il senso

Nonostante l'oggetto di valore sia il sapere, nelle risposte delle donne intervistate emerge che il sentire il feto nel proprio corpo è tuttavia un'esperienza "più forte" e immediata rispetto al vedere sullo schermo la sua immagine. Vediamo altre affermazioni delle intervistate:

> «*No! Sentirlo è tutta un'altra cosa*, devo dire la verità, proprio sentirlo è...cioè, vederlo sì però sentirlo, proprio sentirlo è più grande come sensazione, più intensa, più grande. Anche se non la vedi, però lo senti... è più bello secondo me [...] Non lo so, forse perché comunque vederlo in un video e comunque una cosa più fredda, c'è più distacco [...] Il video è una cosa in più, sentirlo che si muove 'c'è più legame, lo senti più tuo, non lo so.
>
> Oddio, quando scalcia il bambino, *è quella percezione quella che forse è la cosa più forte*. La percezione che c'è, esiste. Anche se lo vedi sul monitor sai che c'è ed esiste però il fatto che ti dia il colpetto di "buongiorno oggi ci sono!" ecco sì insomma, è forte».

La sensazione di sentire il feto potrebbe essere descritta come una mozione interna e intima che colpisce la carne [(5)]. Secondo il semiotico Jacques FONTANILLE (2004) le sensazioni motorie interne creano una sorta di *mise en abîme* giacché il corpo proprio diviene un campo di presenza il cui centro è il movimento intimo.

La cosa interessante in questo corpus è che le dilatazioni e contrazioni alle quale si riferiscono i pazienti sono interne ma non sorgono dal proprio corpo bensì dal corpo di qualcun altro [(6)]. Nella messa in discorso delle donne intervistate, il feto viene considerato come un "altro" che si distingue dal proprio corpo.

> «Sinceramente a me il corpo in gravidanza piace, nel senso che mi piace la trasformazione *so che c'è un bambino dentro* quindi è una cosa bella insomma..
>
> Cioè ti rendi conto proprio che *c'è qualcosa dentro di te*».

Nella situazione dell'esame ecografico le sensazioni interne percepite dalla carne vengono da un corpo altrui che si trova transitoriamente dentro il proprio corpo. C'è quindi una porzione della propria carne che si distingue dal resto del corpo costituendosi come una sorta di corpo "proto altrui" che si trova temporaneamente ancorato nella propria carne. Il corpo proprio media allora tra un'interocettività esterna (qualcosa che sebbene dentro il proprio corpo non appartiene ad esso) e un'esterocetività interna (qualcosa che è diverso dal proprio corpo ma che si trova al suo interno).

La presenza altrui che abita il proprio corpo si verifica attraverso il sentire dentro la carne ma anche attraverso la visione, tramite l'apparecchiatura tecnologica, dell'immagine ecografica. Il fatto di vedere l'immagine del feto sullo schermo ha una serie di conseguenze semiotiche nell'esperienza della donna in gravidanza. L'immagine ecografica funziona come istanza *debrayata*, cioè come "citazione visiva" di un altro soggetto, in questo caso il feto. Il soggetto "feto" acquisisce uno statuto di esistenza oggettiva tramite la sua rappresentazione visiva. Questo grazie a un effetto di referenzializzazione: l'immagine si colloca rispetto al resto del discorso della situazione dell'ecografia come un fatto oggettivo, più verosimile e

16-(Note) Pozzato.pmd 420 02/11/2010, 16.19

quindi con un'apparenza più reale. Si produce così ciò che GREIMAS (1983 [1984]) ha definito un *effetto di realtà*.

> «*Adesso ho visto l'ecografia vedo che c'è qualcosa, che c'è.*
>
> *Però il fatto di vederlo... sai che c'è qualcosa.*
>
> Invece *il fatto di vederlo sul video* è come dire... come dire... una certezza in più una sicurezza, una... *una prova*... insomma che questo bimbo c'è, si vede, ha la testolina, le braccine, le gambine, e tutti gli altri, insomma...»

Quindi si può definire il profilo categoriale del testo ecografico come oggettivante: si presenta come se fosse in diretta relazione con la realtà empirica, indipendente dallo sguardo di un osservatore. In effetti nel corpus la visione viene intimamente correlata alla dimensione cognitiva del sapere e alla conferma oggettiva; l'esame è vissuto come la possibilità *oggettiva* di sapere se va tutto bene.

> «Per me è importante, ripeto, *solo per sapere* che tutto procede per il meglio...
>
> L'esame ecografico è più il fatto di *assicurarsi che va tutto bene*... solo questo..... (ride) si ha il cuore, se li batte il cuore se ha tutte le ossa...
>
> C'è secondo me l'ecografia *serve per vedere che tutto va bene*, che è tutto a posto, che tutto funziona...»

D'altronde vediamo come la visione si associ significativamente con la sintassi figurativa, e cioè con l'articolazione del discorso in termini di figure del mondo naturale. Infatti i testi mostrano come l'immagine ecografica venga subito *iperfigurativizzata*. Anche se il testo suggerisce ambiguamente certi tratti figurativi, nella loro messa in discorso i soggetti attribuiscono a quello che vedono una sintassi figurativa molto dettagliata:

> «Ho visto il nasino un po', un pochino all'in su, insomma *sembrerebbe un po' che assomiglia a me* in questo [ride]... infatti gli ho detto [indica al marito] ha preso il nasino da me. Sì queste sono delle situazione tipo... abbiamo visto in un altra ecografia che il bambino stava con i piedi incrociati [...] anche quella è una cosa un po' particolare, perché uno pensa di vederlo scalciare o di vedere i piedini e basta, ma i piedini incrociati insomma è una cosa un po' particolare. È vero che anche il suo papà, forse è genetica un po', il suo papà quando si mette a letto ha i piedi incrociati... molte volte anch'io quando mi metto a letto ho i piedi incrociati...».

Anche se, come abbiamo visto precedentemente, nel corpus il sentire viene modalizzato passionalmente come più forte, più intenso, più immediato, la figurativizzazione scatta solo a partire dallo stimolo visivo.

4. Conclusioni

La conclusione più rilevante di questo lavoro è la constatazione che il vedere e il sentire si presentano nel corpus come due modalità sensoriali che si articolano in modo diverso. Come si è dimostrato in questo lavoro, il vedere grazie al suo profilo oggettivante, si associa al sapere. Si può ipotizzare che la coalizione fra il vedere e il sapere corrisponda a un'articolazione tipica del modello medico occidentale. Il paziente sente nel proprio corpo un disagio che non riesce a semantizzare, allora

16-(Note) Pozzato.pmd 421 02/11/2010, 16.19

delega la sanzione sul suo stato al medico che è chi sa vedere, chi possiede la competenza di vedere oltre i sintomi. In questo contesto, si può descrivere il ruolo della tecnologia in quanto istanza di delega che permette vedere ancora più in là, addirittura attraverso la pelle per vedere cosa c'è dentro l'involucro del corpo del paziente.

Dall'analisi di questo corpus testuale sorge la ipotesi che nel modello medico occidentale il medico sia quello che ha il sapere e che questo sapere sia in realtà un *saper vedere*. Lo statuto di scientificità e oggettività proprio del discorso medico si può allora spiegare a partire di questa caratteristica: il medico sa perché sa vedere. Come hanno mostrato diversi semiotici (FONTANILLE J. 2004, LANDOWSKI E. 1999 [1989], GREIMAS A.J. 1983 [1984]) il vedere è il senso che permette una distanza, un distacco, e quindi il senso che per definizione instaura la posizione dell'osservatore, creando molto spesso l'illusione dell'oggettività, cioè l'illusione che l'oggetto possa essere percepito dall'osservatore senza vincoli che limitino la sua percezione e conoscenza.

Mentre il medico si posiziona in quanto soggetto capace di osservare oggettivamente, il sapere del paziente che si relaziona di più con un sentire (nel proprio corpo), non viene valorizzato socialmente ed è considerato meno "rilevante" o "pertinente" rispetto al sapere del medico. Questa caratteristica è molto evidente in questo corpus testuale e sarebbe interessante indagare se in altre culture il sentire del paziente venga valorizzato diversamente.

Note

(1) Questo studio è stato realizzato nel contesto della Laurea specialistica in Discipline semiotiche dell'Università degli studi di Bologna per il corso di Sociosemiotica tenuto dalla prof.ssa Maria Pia Pozzato. Inoltre, ringrazio la cordiale collaborazione dei medici della II Clinica ostetrica dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna e in particolare il dott. Ghi che con la sua cordiale collaborazione ha permesso la realizzazione di questa ricerca.

(2) *Attante* è "colui che compie o subisce l'atto, indipendentemente da ogni altra determinazione." (GREIMAS - COURTÉS, 1979: 40). Corrisponde quindi a un tipo di unità sintattica di carattere formale indipendente da ogni investimento semantico o ideologico.

(3) Da adesso in poi, "medico" e "paziente" saranno prese in quanto denominazioni di ruoli astratti e non si riferiscono ai soggetti empirici.

(4) Il quadrato semiotico è la rappresentazione visiva dell'articolazione di una categoria semantica qualunque (GREIMAS A.J. - COURTÉS J., 1979: 254).

(5) La carne è intesa come "la sede del livello sensoriomotorio dell'esperienza semiotica". (FONTANILLE J., 2004: 32).

(6) Lasciando da parte la discussione bioetica sullo statuto di persona o meno del feto, in questa sede consideriamo il feto come un attante diverso e autonomo che compie un suo proprio programma narrativo.

16-(Note) Pozzato.pmd 422 02/11/2010, 16.19

Appendice

Un'intervista tipo si strutturava più o meno attorno alle seguenti questioni:

- Descriva come ha vissuto l'esperienza dell'ecografia.
- Qualcosa l'ha colpita in modo particolare?
- Secondo lei, il fatto di vedere questa immagine inusuale del suo corpo ha modificato in lei la percezione del proprio corpo?
- L'immagine ecografica ha modificato il rapporto con il bimbo?
- Come immaginava suo figlio prima di vedere l'ecografia?
- In che modo si differenzia la percezione del sentire direttamente nel corpo e quella di vedere sul monitor l'immagine?

Riferimenti bibliografici

FONTANILLE J. (2004), *Figure del corpo. Per una semiotica dell'impronta*, Meltemi, Roma.

FORTUNATI L. - KATZ J. - RICCINI R. (curatori) (2002), *Corpo futuro. Il corpo umano tra tecnologie, comunicazione e moda*, Franco Angeli, Milano.

GREIMAS A.J. (1970), *Du sens*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Del senso*, Bompiani, Milano, 1973].

GREIMAS A.J. (1983), *Du sens II*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Del senso 2*, Bompiani Milano, 1984].

GREIMAS A.J. - COURTES J. (1979), *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du Langage*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Semiotica. Dizionario ragionato della teoria del linguaggio*, La Casa Uscher, Milano, 1986].

GREIMAS A.J. - FONTANILLE J. (1991), *Sémiotique des passions*, Seuil, Paris [ediz. ital. *Semiotica delle passioni. Dagli stati di cose agli stati d'animo*, Bompiani, Milano, 1996].

LANDOWSKI E. (1989), *La société réfléchie. Essais de socio-sémiotique*, Seuil, Paris [ediz. ital. *La società riflessa*, Meltemi, Roma, 1999].

MARCHESINI R. (2002), *Post-human. Verso nuovi modelli di esistenza*, Boringhieri, Torino.

POZZATO M.P. (2001), *Semiotica del testo. Metodi, autori, esempi*, Carocci Editori, Roma.

POZZATO M.P. (2004), *Pertinenza e limiti di una socio-semiotica strutturale*, dispense per il Corso di Sociosemiotica, Dipartimento di scienze della comunicazione, Università degli studi di Bologna.

16-(Note) Pozzato.pmd 423 02/11/2010, 16.19

2. *Il rapporto farmacista-cliente: un'analisi sociosemiotica*

Dario Aquaro - Cristiano Boscato
specializzandi in Discipline semiotiche, Università degli studi di Bologna

Il corpus d'analisi e la metodologia

Questo studio verte sul rapporto farmacista-cliente. Al fine di analizzare l'ambiente-farmacia, sono stati girati dei filmati che riprendono l'interazione di alcuni clienti in una farmacia di Bologna[1]. Attraverso l'osservazione sul luogo seguita dalla trascrizione e dall'analisi dei dialoghi mediante una metodologia socio-semiotica, si è cercato di rendere conto dei meccanismi interni a questo specifico "discorso della salute". In particolare, l'analisi si è focalizzata sulle dinamiche polemico-contrattuali tra il farmacista e il cliente, e sui relativi processi passionali che ne scaturiscono. Gli strumenti semiotici usati sono quelli propri dell'analisi narrativa, discorsiva e passionale che si ispira alla semiotica di Algirdas Greimas e della sua scuola. Per esigenze di sintesi, verranno proposti solo alcuni dei dialoghi studiati, rappresentativi di una gamma di varianti.

Dialogo n. 1

1. *Colpi di tosse*
2. C: Buonasera (*colpo di tosse*)
3. F: Buonasera, dica
4. C: Volevo qualcosa:: (*colpo di tosse*) tipo tachipirina per la febbre
5. F: È per lei?
6. C: Sì
7. F: Beh (.) per abbassare la temperatura va benissimo la tachipirina::
8. C: Sì, (*colpo di tosse*) ma::
9. F: Piuttosto, dovrebbe prendere qualcosa per la tosse? Uno sciroppo,
10. C: [Sì, > ma io non prendo la tachipirina, mi dà fastidi <
11. F: [delle pastiglie::
12. F: Sì certo (.) allora va bene anche un'anti-influenzale, tipo questo *(si gira e lo prende)* o questo:
13. C: Quanto costano (*colpo di tosse*)?
14. F: Dunque (*xxxx*)
15. C: Allora prendo l'actigrip

16-(Note) Pozzato.pmd 424 02/11/2010, 16.19

16. F: e per la tosse, pastiglie, sciroppo o magari spray?
17. C: No, basta così
18. F. guardi che ha una brutta tosse (..) le consiglio di curarla altrimenti
19. C: [Ma...(*colpo di tosse*)
20. F: [rischia di peggiorare, tipo broncopolmonite:
21. F: in questo periodo ne sento tante
22. (*1.5 secondi*) *Piccolo sussulto* (*movimento scomposto*) *di C*
23. C: (*Colpo di tosse*) (*annuisce col capo*) va bene dottore, prendo qualcosa
24. F: bene, cosa preferisce pastiglie, sciroppo:::
25. C. quello che costa meno
26. F: le pastiglie

Secondo la terminologia della teoria narrativa, il cliente è il Soggetto (d'ora in poi: S). Il suo Programma Narrativo (d'ora in poi: PN), in questo caso un PN d'uso, è quello di acquistare un prodotto, cioè un Oggetto di Valore (Ov) che gli permetterà di portare a compimento il PN principale, "guarire dalla febbre". S sa di avere la febbre, è cioè cosciente di trovarsi in un determinato stato, ed entra in farmacia dove può comprare il farmaco adatto. S risulta quindi modalizzato secondo il voler e il poter fare, è Destinante del proprio PN e Soggetto del fare. Inoltre egli risulta un soggetto parzialmente competente anche secondo il sapere, poiché è a conoscenza del fatto che un determinato farmaco gli dà dei fastidi, ma non quale altro acquistare. Il Farmacista (F) deve quindi aiutare S a completare la sua competenza (righe 12-14).

Il F assume il ruolo del Destinante-manipolatore di S, dove, secondo la terminologia narrativa, per "manipolatore" non si intende nulla di negativo ma solo un *far fare*. Il F chiede a S cosa voglia prendere per la tosse, inaugurando un PN di tipo persuasivo. Ma tale mossa non va a segno, perché S rimane nelle proprie convinzioni (riga 17). Il F rivolge a S un discorso che esprime un saper fare, ma soprattutto un far credere. Quello del F è un pensiero tecnico, fondato su una conoscenza più vasta di quella di S, ma ciò non basta per la riuscita della manipolazione. S, per giungere a un'accettazione del sapere,dovrebbe giudicare affidabile il F mentre la strategia persuasiva del F, restando di carattere impersonale, non ottiene gli effetti voluti. Il credere di S si manifesta solo quando, al pensiero tecnico, si aggiunge un pensiero pratico, evidenziato dal canale confidenziale (cfr. l'espressione: "le consiglio"). E solo quando il dovere si congiunge con il sapere, determinando le forme della provocazione (riga 20)[(2)]. Accade insomma che il F debba, per poter essere creduto, dotarsi agli occhi del S di una competenza più composita, che integri scientificità e confidenzialità. È necessario che il F modifichi la "rappresentazione" che S ha di lui, cambiando così le premesse della loro interazione. Si può compiere ora il passaggio da uno stato di credenza a un altro. L'attimo di esitazione di S vede ancora una sospensione della fiducia. La fiducia viene accordata solo nel mo-

16-(Note) Pozzato.pmd 425 02/11/2010, 16.19

mento in cui si realizza la provocazione "confidenziale. Paradossalmente quindi avviene che il F recupera in pieno il suo ruolo scientifico, di esperto, proprio nel momento in cui abbandona la scientificità per calarsi nel pensiero del senso comune. Il percorso di S attraversa quindi tre tappe epistemiche. Dal momento del rifiuto, cioè di certezza negativa e quindi di sfiducia, passa a una sospensione della fiducia evidenziata dal dubbio, per approdare alla certezza positiva. Alla fine c'è un ritorno di S alla modalità del potere dato che la sua decisione avviene in base al prezzo. Non si deve dimenticare infatti un'altra isotopia importante nelle interazioni clienti-farmacisti, quella economico-commerciale, che però non tratteremo qui.

La manipolazione comporta anche aspetti patemici. Il F manipola S in modo che questi si convinca del suo stato di malato a rischio di peggioramento. Egli influisce perciò sull'immagine virtuale che S ha di se stesso, sul suo simulacro esistenziale, e fa leva sul voler-essere-sano di S insinuando dubbi sulla corretta percezione del proprio stato di salute. L'effetto passionale è raggiunto e lo si vede chiaramente nel sussulto che coinvolge il corpo di S. Questa emozione accompagna quella che, a livello fiduciario, abbiamo indicato come una sospensione. Al F è delegato allora il compito di *moralizzare* [3] tale reazione somatica. L'emozione di S è giudicata positivamente, in quanto risposta adeguata e culturalmente motivata alla sollecitazione patemica e alla manipolazione cognitiva.

Alla fine di questo dialogo, le strategie di manipolazione patemica e cognitiva conducono a una forma di accordo finale. Il discorso del F si muove tra scientifico e comune, tra impersonale e personale, appunto per realizzare la manipolazione. Egli procede, nel caso del discorso scientifico, ad un *débrayage oggettivante* evidenziato dalle marche di enunciazione impersonali (riga 20). Salvo poi, attraverso un *embrayage soggettivante* (riga 21), ricondurre il discorso al punto di vista personale per portare l'argomentazione su un tono di buon senso paritario.

Dialogo n. 2

1. C: Buongiorno
2. F: Buongiorno signora
3. C: Sto cercando qualcosa per mio figlio (.) è stato male, sotto antibiotico, ed è un po' giù (.) in più: ehm deve fare degli esami all'università
4. F: qualcosa tipo integratore, pappa reale?
5. C: sì ma:: non le solite cose, gliele ho già date ma::
6. F: [non si preoccupi
7. C: [non cambia niente
8. (*1 secondo*)
9. F: per prima cosa gli diamo un po' di enterogermina (*prende la scatola dallo scaffale retrostante*)
10. C: enterogermina::: ? Ma non è per lo stomaco?

16-(Note) Pozzato.pmd 426 02/11/2010, 16.19

11. F: infatti signora (..) serve però per ripristinare la flora batterica dopo per esempio una terapia antibiotica
12. C: ehm..sssì:
13. F: <nel senso che non conviene dare degli integratori con lo stomaco in difficoltà dopo l'antibiotico>
14. C: ahh, ho capito (.) va bene
15. C: e come integratore per tirarlo su?
16. F: secondo me il migliore (.) per suo figlio è sicuramente il magplus
17. C: qual è?
18. F: questo (*lo prende dallo scaffale alle spalle a sinistra*)
19. C: (*lo vede*) no, no:: per carità: è quello:: (.) è quello che avevamo già (.) no no non va bene
20. F: non ha trovato benefici suo figlio?
21. C: no no guardi, <u>come l'acqua fresca</u>
22. F: Strano:::
23. C: sì, sì (*annuisce*)
24. F: allora può provare il Vitalmix (*lo indica nello stesso scaffale*) adesso hanno fatto la linea per studenti:
25. C: e com'è?
26. F: un mix di principi attivi tipo guaranà, fosforo:, vitamine::
27. C: funziona?
28. F. beh (..) sicuramente aiuta
29. C: e rispetto all'altro?
30. F: sono simili, questo in più però ha il guaranà
31. C: [cioè
32. F: [cioè uno stimolante
33. C: [ma non cambia tanto vero?
34. F: ma ehm sì: no: (.) sono simili:
35. C: allora no, cercavo qualcosa di diverso:
36. F: altrimenti se vuole c'è l'mgkvis
37. C: Ed è diverso?
38. F: diciamo che la composizione è più o meno la stessa (.) cambiano le dosi
39. C: no no:
40. F: più o meno: (*leggendo le indicazioni dietro la scatola*)
41. C: allora è meglio lasciar stare (.) chiedo al dottore che forse:
42. F: [ma se vuole:
43. C: [mi sa dire qualcosa di diverso
44. F: va bene (.) faccia lei
45. (*1 secondo*)

Note

46. F: prende solo l'enterogermina, allora?
47. C: >no, no aspetto prima chiedo al dottore<
48. F: va bene
49. C: sì, sì chiedo al dottore (..) magari torno:
50. C: arrivederci
51. F: arrivederci

Qui S è modalizzato secondo il voler-fare. Il prodotto da acquistare non è per lui. S si rivolge al F ma dimostrando subito un atteggiamento di sfiducia. Il F deve, per portare a buon fine la relazione, guadagnare la fiducia di S mostrandosi soggetto competente. Per farlo rivolge a S un fare persuasivo andando a occupare il ruolo di Destinante-manipolatore. Si apre perciò un confronto riguardo al sapere nel quale il F, oltre al sapere tecnico, cerca di avvicinarsi alle esigenze di S attraverso un sapere pratico. Ma prima gli offre il proprio sapere scientifico (righe 9-11) per segnare la distanza tra i saperi. Con questa mossa strategica, il F riesce a scalfire il muro di sfiducia di S, il quale si assesta in una sospensione della sfiducia (righe 14-15). Ma la successiva discussione non approda a un punto di equilibrio che delinei un Ov effettivamente valevole anche per S. In particolare (righe 16-23) il F propone come migliore proprio il prodotto che S ritiene essere il peggiore. Pertanto, il sapere specialistico del F si scontra con il sapere pregresso di S, determinando di nuovo una caduta verso la sfiducia. Infatti, S decide di non ascoltare più i consigli del F e di rivolgersi al medico, nuovo e diverso Destinante in grado di completare la sua competenza. S decide di non credere al F, rimane nella situazione originaria di non sapere, e il F viene soppiantato in quanto figura d'autorità dal medico.

Dialogo n. 3

1. C: Ciao
2. F: Buongiorno
3. C: vorrei una confezione da sei di Viagra?
4. F: certo, la ricetta per favore::
5. C: non ce l'ho
6. F: allora non glielo posso dare
7. C: come non puoi (..) nell'altra farmacia ME LO DANNO SEMPRE
8. F: (*alterato*) allora vada nell'altra farmacia
9. C: è chiusa. Per favore una scatola di Viagra (.) non ho mica chiesto una pistola *(allargando le braccia e guardandosi attorno)*
10. F: mi spiace, non posso
11. C: arrivederci *(ed esce)*

S manifesta una delusione, provocata dalla mancata risposta alla sua attesa. Infatti S conta sul F per la realizzazione del PN, ma manca del poter-fare che

16-(Note) Pozzato.pmd 428 02/11/2010, 16.19

solo la ricetta medica potrebbe dargli. Perciò cerca nell'operato del F ciò che possa sopperire a tale mancanza: S si fa Destinante-manipolatore nei confronti di F, cerca di fargli farequalcosa, di concedergli ugualmente il farmaco. Nel tentare di convincere il F a realizzare il suo PN, S opera anche sul piano passionale. Egli costruisce un simulacro modale negativo del F (riga 7), provocandogli agitazione e imbarazzo di fronte agli altri clienti. D'altra parte il F fa in modo che S non esploda in una reazione passionale di arrabbiatura. Rimane tuttavia egli stesso vittima della passione (riga 8). S fa allora un'affermazione ironica che, assieme al gesto di allargare le braccia, intende estendere la relazione anche agli altri clienti presenti in quel momento nella farmacia. Infatti, allargare le braccia guardandosi attorno significa passare a un altro linguaggio, che rompe momentaneamente l'interazione con il F per reagire all'instabilità passionale creatasi e per trovare alleati simbolici. Alla fine però è il F stesso a smorzare i toni, forse temendo un "contagio passionale" fra i presenti. Questo esempio mostra un'interazione particolarmente polemica fra cliente e farmacista, tanto che il rapporto a due sconfina in una teatralizzazione collettiva.

Dialogo n. 4

1. C: buongiorno, vorrei delle aspirine
2. F: da dieci o da venti?
3. C: da dieci:
4. F: Ecco (*le prende*)
5. *C si guarda attorno e parla sottovoce*
6. C: poi vorrei quelle lì (*indica lo scaffale dietro il farmacista*)
7. F: (*si gira*) quelle cosa, scusi?
8. C: quelle lì (*indica ancora, sporgendosi sul bancone*) (..) >quelle che si danno ai bambini, quelle così <(*e indica una misura tra indice e pollice*)
9. F: i microclismi?
10. C: °sì°
11. F: quelli per bambini o per adulti?
12. C: °adulti°
13. F: ecco qui (*prende la scatola e la mette sul bancone*)
14. C *prende la scatola e la mette in borsa senza nemmeno aspettare di pagare.*
15. F *sorride, si gira e prende un'altra confezione dallo scaffale per vedere il prezzo. C paga*
16. C: grazie ancora, mi scusi::
17. F: di niente, arrivederci

S, perfettamente competente, si rivolge al F destinandogli l'incarico di realizzare la propria congiunzione con l'OV (riga 1). Una volta realizzato il PN, S ne instaura

16-(Note) Pozzato.pmd 429 02/11/2010, 16.19

subito un altro inerente all'acquisto di un altro farmaco (riga 6). Inizia da questo punto un gioco fra simulacri. S costruisce un proprio simulacro modale, recita il ruolo di colui-che-non-sa. Pur essendo modalizzato secondo il sapere, S fa credere di mancare di una conoscenza specifica per attuare il proprio PN e quindi di attendere un aiuto dal F. Da un punto di vista passionale, emerge ben presto l'imbarazzo di S che allestisce una strategia per superarlo. Comincia la *costituzione* patemica di S^4 [(4)] il quale si prepara a un confronto con chi assiste alla scena. S "pre-sente" infatti l'arrivo della manifestazione di una vera e propria, specifica passione: la vergogna. All'interno del dialogo è possibile ritrovare tutte le tappe dello *Schema Passionale,* ad eccezione della moralizzazione finale. Infatti, all'agitazione imbarazzata della *costituzione* passionale (riga 5), segue in rapida successione la *disposizione* ad accogliere la vergogna (riga 7). Poi arriva il momento della *patemizzazione* quando si va specificando il nome del farmaco (righe 9-12), per finire con l'*emozione*, quando S nasconde il farmaco in borsa arrossendo (riga 14).

S prova vergogna in vista della pura eventualità di un giudizio negativo sul suo comportamento. Nella realtà, il suo comportamento non viene sanzionato negativamente. Il F infatti, sorridendo, non commenta l'emozione di S. In questo dimostra una competenza specifica nel fronteggiare i casi di imbarazzo o di vergogna così frequenti in farmacia.

Conclusioni: l'interazione in farmacia

L'interazione tra farmacista e cliente presenta complesse sfaccettature ed è difficile trarre delle conclusioni esaustive. Abbiamo tuttavia visto alcune importanti linee di tendenza.

In riferimento al PN "comprare le medicine", il Destinante-giudice finale è solo S. Infatti, si può notare come S decida, in alcuni casi, di acquistare e, in altri, di rifiutare, sanzionando così le spiegazioni persuasive del F. Come si è visto nei casi riportati, il F può assumere diverse posizioni attanziali: Destinante, Aiutante o anche Oppositore. Sicuramente però il ruolo attanziale incontrato più frequentemente nell'analisi è quello di Destinante-manipolatore che deve instaurare una relazione contrattuale di tipo fiduciario. Quasi mai il F parla in modo impersonale e oggettivato, elencando solo le caratteristiche tecniche dei prodotti. Il suo discorso si sostanzia piuttosto di elementi valutativi personali, tanto più che deve far fronte, non di rado, a reazioni di tipo passionale facilmente prevedibili nell'ambito della salute e della gestione del corpo. Nei dialoghi analizzati, emerge con chiarezza che il ruolo del F è messo spesso in discussione dal cliente e la relazione fra i due diventa più che altro una *negoziazione*. Pertanto in farmacia il "discorso della salute" si struttura attorno a una contrattazione tra i saperi di farmacista e quelli del cliente, o tra il sapere del primo e il sentire del secondo, in cui medicalizzazione oggettivante e umanizzazione soggettivante si mescolano in proporzioni alterne.

16-(Note) Pozzato.pmd 430 02/11/2010, 16.19

Note

(1) Questa indagine è stata condotta in modo rispettoso delle attuali leggi sulla privacy.

(2) La provocazione è definita in semiotica come un simulacro negativo che il manipolatore crea per indurre un soggetto a fare qualcosa. Provocazione tipica: "Non sei capace di farlo!", detto per indurre ad agire.

(3) "Moralizzare" in semiotica non significa giudicare sotto il profilo morale ma semplicemente dare uno statuto finale a un intercorso passionale. Per esempio, dopo la sfuriata di qualcuno, il protagonista della sfuriata o gli astanti possono dire frasi come "si è (mi sono) proprio arrabbiato", o "forse ha (ho) esagerato", ecc.

(4) In semiotica si prevedono diverse fasi nel processo passionale di un soggetto. Lo *schema passionale canonico* prevede: la *costituzione* è la prima, in cui il soggetto si predispone a provare una passione che però è ancora indeterminata; poi vi è la *disposizione*, in cui il soggetto già si indirizza verso un determinato stato patemico; la *patemizzazione* vera e propria, in cui il soggetto diventa consapevole di provare rabbia, amore, delusione, nostalgia, ecc; l'*emozione*, con le manifestazioni corporee della passione; e infine la *moralizzazione*, di cui si è detto alla nota precedente.

Riferimenti bibliografici

FABBRI P. - MARRONE G. (curatori) (2000), *Semiotica in nuce*, vol. I (*I fondamenti e l'epistemologia strutturale*), Meltemi, Roma.

GREIMAS A.J. (1970), *Du sens*, Seuil, Paris [ediz. ital.: *Del senso*, Bompiani, Milano, 1974].

HJELMSLEV L. (1989), *Prolégomènes à une théorie du langage*, Minuit, Paris [ediz. ital.:*I fondamenti di una teoria del linguaggio*, Einaudi, Torino, 1968].

LANDOWSKI E. (1989), *La société réfléchie. Essais de socio-sémiotique*, Seuil, Paris [ediz. ital.: *La società riflessa*, Meltemi, Roma, 1999].

MARSCIANI F. - ZINNA A. (1991), *Elementi di semiotica generativa*, Esculapio, Bologna.

POZZATO M.P. (1994), *La socio-semiotica strutturale. Storia, problemi e prospettive*, pp. 27-35, in GENINASCA Jacques *et al.* (curatori), *A.J. Greimas e la semiotica, documenti di lavoro e prepubblicazioni*, Università degli studi di Urbino, Urbino.

RADLEY A. (2002), *Portrayals of suffering: on looking away, looking at, and the comprehension of illness experience*, "Body and society", vol. 8, n. 3, 2002, pp. 1-23.

TURNER B.S. (1992), *Regulating bodies. Essays in medical sociology*, Routledge, New-York.

16-(Note) Pozzato.pmd 431 02/11/2010, 16.19

3. Domande dei lettori, risposte dei medici e istanza mediatica[1]

François Provenzano
Fond national de la recherche scientifique (FNRS) – Université de Liège (ULG)

1. Il corpus e la metodologia

L'oggetto di questa ricerca è costituito da un corpus di sessantatré domande sulla salute o sul corpo malato, estratte dalle rubriche che le riviste specializzate dedicano alla corrispondenza dei lettori[2].

Questo "discorso sulla salute" rivela una messa in scena molto specifica del rapporto tra il paziente e il medico, che ne fa emergere i principi strutturanti più fondamentali. L'analisi di tale discorso ci porta quindi necessariamente a identificare una serie di domande, che delimitano il campo d'investigazione di questo saggio: come si formula lo stato di malattia? è necessariamente "malato" chi si rivolge a un medico? la sua domanda è guidata solo dalla prospettiva della cura? che relazione lo unisce con il suo oggetto di sofferenza? come cerca di creare l'interazione col medico? A sua volta, come quest'ultimo inserisce il suo discorso nella logica personale del paziente? che modalità enunciazionale assume l'esposizione scientifica di un'analisi o di un rimedio? Infine, le caratteristiche di questo nostro corpus mi hanno portato a interrogarmi sul ruolo dell'istanza mediatica (in questo caso, la rivista di salute di volgarizzazione) nel (ri)codificare l'interazione tra una persona comune e un'autorità scientifica.

Alcuni dei concetti e delle categorie della semiotica e della sociosemiotica mi sono stati utili per inquadrare quest'oggetto attraverso una metodologia precisa e sistematica. Cercando sempre di considerare e di rispettare tutte le specificità del mio corpus, ho così elaborato una griglia d'analisi che disseziona il testo di ogni lettera di un lettore in diciotto diverse categorie:

1. Unità testuali
   - 1.0. Prima unità di contatto
   - 1.A. (Auto-)presentazione del soggetto di sofferenza (sociale, biologica, psicologica)
   - 1.B. Presentazione dell'oggetto di sofferenza
   - 1.C. Ultima unità di contatto
2. Principi strutturanti
   - 2.A. Articolazione logico-sintattica
   - 2.B. Puntuazione
   - 2.C. Regime modale
   - 2.D. Distinzione *psicologico-somatico*

16-(Note) Pozzato.pmd 432 02/11/2010, 16.19

3. Risorse discorsive
   3.A. Narrazione (aspettualizzazione temporale)
   3.B. Nominazione
   3.C. Illustrazione
   3.D. Dimensione patemica
   3.E. Scelte lessicali non neutre
   3.F. Riproduzione esplicita di un discorso scientifico precedente
4. Altre isotopie
   4.A. Ignoranza / bisogno di sapere
   4.B. Preoccupazione di normalità
   4.C. Coscienza dell'inconfessabile
   4.D. Storia privata

Non posso entrare qui nei particolari di queste diverse voci. Esse mi sono servite, soprattutto, per identificare le varie sequenze testuali ricorrenti, i principali principi strutturanti (sia logici che tipografici, modali o semantici), per elencare le risorse discorsive più frequenti e infine per capire la loro economia nell'uso privato, personale, insomma non specialistico, del discorso sulla salute. Nel corso dell'analisi effettiva, alcune di queste categorie si sono rivelate più significative di altre. Nell'esposizione che segue, dovendo sintetizzare un lavoro più vasto, ho cercato di articolare solo le più pertinenti.

2. Prime osservazioni sul corpus

Prima di proporre un'interpretazione di queste caratteristiche testuali, alcune osservazioni generali sul corpus possono già darci indicazioni interessanti. Le rubriche delle riviste riproducono un rapporto epistolare tra il paziente e il medico. Dimostrano tuttavia una forte inquadratura giornalistica di questo rapporto, nel presentare la parola del richiedente come collettiva, poco distinta dall'anonimato sociale. In molti casi, la breve richiesta è presentata con la semplice firma "Un lettore". Quando viene identificato, il richiedente lo è dal solo nome, mai dal nome e cognome e mai, ovviamente, da una fotografia personale. In pochi casi si indica la città di provenienza.

A questa rappresentazione della dimensione privata si contrappone una rappresentazione specializzata, professionalizzata, del medico che risponde. I segni della sua autorità scientifica specifica sono chiaramente identificabili: l'indicazione del suo titolo (Dottore, Dottoressa), il nome e il cognome, la specialità medica praticata, a volte anche l'ospedale in cui lavora o la fotografia con il camice bianco. Tuttavia, è anche importante notare che la rivista si autorizza a non rispettare strettamente la terminologia medica nei titoli delle sue rubriche. Le etichette specialistiche come "neurologia", "dermatologia", o "ginecologia" si trovano così

16-(Note) Pozzato.pmd 433 02/11/2010, 16.19

in vicinanza di categorie del senso comune, come “benessere”, “lato oscuro” o “salute”. Il medico, ovvero l’istituzione medica, sembra così rinunciare a conservare la sua sistematizzazione discorsiva per inserirsi, in qualche modo, in un discorso “fuori legge”.

3. La domanda del lettore: alcune caratteristiche

Vediamo adesso come questa distinzione si traduca nell’uso di tale o tal altro procedimento discorsivo, specialmente da parte del lettore che scrive.

La sequenza testuale principale delle lettere è sicuramente quella in cui il richiedente espone il suo oggetto di sofferenza. Una delle strategie interessanti da rilevare è quella che chiameremo strategia di *nominazione*, che consiste nell’introduzione di un vocabolario medico nel discorso non-medico. In questo caso, la carica semantica della domanda porta su una (o su varie) unità nominale e i verbi introduttori sono semanticamente neutralizzati e poco diversificati (si tratta esclusivamente di “soffro di” o di “ho”; ad esempio: “ho la vitiligine”, “soffro di psoriasi”). Il discorso personale_adotta così una razionalità sistematica (e non processuale) e dimostra la capacità di integrare il vocabolario medico.

Oltre a questa possibilità (la semplice appropriazione), la nominazione può derivare dalla citazione esplicita delle parole di un medico (ad esempio: “Il neurologo mi ha detto che probabilmente si tratta di ‘dolore neuropatico da neuroma d’amputazione’ ”). Come si vede, in questo caso, il paziente non si prende la responsabilità di assumere la diagnosi del medico e mantiene una certa distanza tra il suo universo di credenze e l’enciclopedia medica. Così, oltre a notare la presenza significativa di un vocabolario medico nel discorso di non-medici, è anche importante distinguere le varie modalità di questa presenza: se il lettore è sempre più permeabile alla razionalità scientifica nell’esprimere la sua esperienza quotidiana, non sembra disposto tuttavia a condividerne tutti i tipi di contenuti.

Oltre alla nominazione, le lettere analizzate presentano altre strategie d’espressione dell’oggetto di sofferenza. Questi altri procedimenti possono compensare un’incapacità a usare la sistematizzazione concettuale della razionalità scientifica. Si notano così tantissimi scarti espressivi rispetto a un modo convenzionale o “neutro” di rendere conto di una propria esperienza: l’approssimazione (ad esempio: “una specie di”, “una forma di anoressia.”, “strani pensieri.”, “un problema strano”), l’accentuazione (“sono ingrassata tantissimo”, “un dolore immenso”, “continue crisi”), l’iperbole (“dorme sempre”, “mai stata libera”) e l’uso di un linguaggio metaforico (“Sto morendo dentro, piano piano. Mi trovo in una gabbia [...] soffoco!”, “come una mosca fastidiosa su una bella torta”). A gradi diversi, questi procedimenti costituiscono un modo personale e accessibile di “semantizzare” l’esperienza patologica con mezzi diversi della concettualizzazione.

16-(Note) Pozzato.pmd 434 02/11/2010, 16.19

In questi casi, è l'oggetto di sofferenza stesso che focalizza l'espressione patemica. Ciò nonostante, un'altra caratteristica particolare della lettera del lettore si nota nei casi in cui il conflitto patemico verte sulla relazione tra il soggetto e l'oggetto di sofferenza. Il nucleo semantico "soffrire", neutralizzato come abbiamo visto nei casi in cui la carica semantica si concentra sul termine specializzato, si trova qui diviso in varie componenti patemiche: paura, inquietudine, incertezza, ricerca, abbandono, imbarazzo (ad esempio: "non ce la faccio più", "questa situazione mi imbarazza.", "ho tanta paura", "sono perplessa", "la cosa mi ha sconvolto", "non riesco a trovare", "ho provato di tutto"). Come si vede, questi stati non sono specificamente correlati con lo stato di malattia, ma riflettono piuttosto la difficoltà del soggetto a posizionarsi rispetto alla propria sofferenza. Davanti alla sua assenza di competenze (tradotta in questo caso in incertezza terminologica), il richiedente pone al centro della sua richiesta i suoi sentimenti di paura, disturbo, angoscia. Quindi, alla correlazione di base */stato fisiologico difettivo > sofferenza > richiesta al medico/* si aggiunge quella tra */sentimento d'incompetenza > stato psicologico difettivo > richiesta al medico/.*

D'altra parte, nel formulare la sua domanda, il lettore assume quasi sempre un *programma narrativo*. Questa forma espressiva *processuale*, e non *concettuale*, sembra un altro modo quasi spontaneo e familiare di parlare di sé e, perciò, un mezzo efficace per risolvere l'incapacità a dominare il sistema terminologico medico. Senza poter entrare nei particolari delle diverse modalità possibili di questo programma narrativo, ne sottolineamo la costante *difettività*. "È così?", "cosa posso fare?", "cosa devo fare?", "mi può aiutare?", "cosa sbaglio?", "ma è vero?", "a che cosa potrei andare incontro?": quasi sempre, il racconto della storia della malattia si arena su un malessere psicologico, sulla constatazione d'incompetenza. La domanda del lettore è quindi una richiesta di aiuto per riprendere un filo narrativo interrotto oltre che per capire, spiegare, o cambiare il suo stato di salute. Queste osservazioni sono confermate dai numerosi indicatori temporali: il loro elenco ci fa notare la presenza sistematica di un *terminus a quo* ("anni fa", "da tre mesi", "dal 1986"), che ci porta fino a un "adesso" ("oggi", "ora", "in questo momento"), però che non si chiude mai con un "alla fine". La difettività del programma narrativo del richiedente prende chiaramente la forma della durattività.

Alcuni degli esempi citati ci portano ad analizzare un altro parametro di questo tipo di discorso: quello dell'enunciazione. Uno dei procedimenti più evidenziati è quello dell'*embrayage*: in domande di portata molto ampia, il richiedente fa chiaramente apparire la sua situazione di enunciazione nel suo enunciato, costruendo il discorso intorno alla propria esperienza, messa in scena attraverso esempi concreti e situati sull'asse spazio-temporale. Ad esempio:

> «Ho 35 anni e ho un serio problema di attacchi d'ansia e di panico. Tutto è iniziato due anni fa, durante un concerto di canto corale, un hobby che per me è la vita. Da allora prendo i farmaci in continuazione e sto bene, ma sono ingrassata tantissimo e non ce la faccio più a imbottirmi di medicinali ansiolitici e antipanico. Che cosa posso fare?»

16-(Note) Pozzato.pmd 435 02/11/2010, 16.19

Evidenziandosi in quanto soggetto di sofferenza, l'enunciatore non chiede altro che un oggetto verso il quale tendere in un processo patologico-terapeutico (cf. anche *supra*: "cosa devo?", "cosa posso?").

In altri casi però (*débrayage*), il richiedente elimina al massimo i segni della sua posizione enunciativa soggettiva e tende al contrario a proporre, in modo completamente impersonale, un discorso scientifico già prodotto (ad esempio: "mi è stato diagnosticato", "alcune scoperte recenti hanno", "è emerso che ho", "hanno scoperto che ho", "i medici dicono che è un problema nervoso"). Queste formulazioni dimostrano un riconoscimento dell'istanza *istituzionale* della disciplina medica, presentata come un sapere che sembra necessariamente *meta*-individuale. Tuttavia, questo *débrayage* enunciazionale nella presentazione preliminare della malattia si combina spesso con un *embrayage* nella formulazione stessa della richiesta, in cui troviamo l'ausiliario *volere* alla prima persona del condizionale ("vorrei"), al posto di un "cosa devo?" o "cosa posso?" Così, dopo aver oggettivato la propria malattia ed averla sistemata in un programma narrativo che lo include come soggetto, il richiedente enuncia un *voler fare* che implica ulteriori competenze mediche.

Questi due tipi di strutture enunciazionali, così come i loro correlati modali, ci indicano anche due tipi di rapporti di competenze tra paziente e medico. Nel primo, quello storicamente più convenzionale, il paziente-Soggetto si rivolge a un medico-Destinante, competente nella determinazione del suo oggetto (sia patologico che terapeutico). Nel secondo caso, il paziente-Soggetto cerca ad appropriarsi delle competenze mediche per avanzare nel suo programma narrativo: il medico sarà un Aiutante, anziché un Destinante.

4. La risposta medica: alcune caratteristiche

Le varie caratteristiche della risposta medica ci portano a questo punto essenziale: essa non elimina la difettività del programma narrativo proposto dal lettore. La prima ragione è semplicemente che non adotta un regime narrativo, ma didattico. Invece di continuare il processo presentato dal richiedente, estrae gli elementi presenti per risituarli in un sistema astratto. Infatti, il medico non fa spesso altro che tradurre, riformulare, l'esperienza di sofferenza nei termini sistematizzati da un'enciclopedia di sapere, o da una serie di possibilità. Ad esempio, a un ragazzo di 25 anni che accusa disturbi fisici legati alla masturbazione e domanda "sono normale?", il medico risponde:

> «L'autoerotismo può essere praticato sempre, anche se forse è più frequente quando non si ha una partner [...] Può essere presente, però, anche quando si hanno rapporti sessuali regolari [...] Si parla di problematicità quando viene avvertito come un obbligo tale che si diventa incapaci di rimandare il desiderio oppure quando rappresenta l'unico modo per provare piacere [...] La sua storia fa più pensare a un'esigenza transitoria legata a uno stato di solitudine».

16-(Note) Pozzato.pmd 436 02/11/2010, 16.19

D'altra parte, anche quando il medico cerca di colmare la richiesta di senso della persona che scrive, non può fare altro che rinviarla a una vera visita da uno specialista. Questa è la seconda ragione che spiega la difettività sistematica di questo tipo di programma narrativo patologico-terapeutico. Si potrebbe dire che alla *durativit*à del programma del lettore risponde, nel migliore dei casi, l'*incoativit*à del programma medico.

Queste osservazioni ci permettono di chiarire le modalità enunciazionali di questo discorso medico. Infatti, è importante notare che non c'è una vera interazione tra i due protagonisti dello scambio: non è prevista la possibilità di risposta del richiedente dopo la risposta del medico. Né Destinante, né Aiutante in dialogo col Soggetto nel suo processo, il medico si attorializza in quanto istituzione di sapere e si svela solo parzialmente, senza entrare nella dinamica modale dello schema narrativo.

5. Conclusioni

Mi sono interrogato sulla formulazione dello stato di malattia. Durante quest'analisi, ho tuttavia notato che molte richieste presentavano il racconto di una, o varie, micro-esperienze, senza carattere patologico evidente, ma vissute come sofferenze (sia psicologiche che somatiche) per l'individuo. D'altra parte, anche nei casi in cui si identificava chiaramente una *malattia*, non era proprio lo stato di s*alute* a preoccupare il richiedente. Quest'ultimo cercava piuttosto di migliorare un suo stato psico-somatico generale. Alla tradizionale dicotomia *salute/malattia* sembra così sostituirsi uno stato di *tensione verso il benessere* e la tensione viene espressa a sua volta come sofferenza. Questa paura, angoscia, incertezza – chiamiamola *sofferenza cognitiva*, per distinguerla di quella psico-somatica –, sembra procedere da un sentimento d'incompetenza della persona comune rispetto al proprio corpo, e questo determina un atteggiamento più partecipativo.

Così, un'altra delle conclusioni che si possono trarre da quest'analisi concerne la destabilizzazione del rapporto paziente-medico e il ruolo dell'istanza mediatica in questo processo. Inizialmente distinte, per facilità di presentazione, la sfera privata, "profana", e quella medica, specialistica, s'interpenetrano; la prima tendendo ad appropriarsi dei codici e delle competenze della seconda (quella *medica*) nella gestione dello stato psico-somatico. Ci sono, ovviamente, sfumature importanti, ma mi inducono comunque a dire che la relazione paziente-medico non risponde più a uno schema canonico, ma si diversifica a seconda delle situazioni.

Nei discorsi, queste tensioni appaiono soprattutto tramite la configurazione attoriale. Infatti, mentre la funzione epistolare comune tende a riprodurre un rapporto da individuo a individuo, le domande e le risposte analizzate qui presentano quasi una sparizione del singolo. Nel caso del lettore che scrive, il soggetto si fonde nell'anonimato della parola sociale, oppure si parcelliza in

16-(Note) Pozzato.pmd 437 02/11/2010, 16.19

una o varie micro-esperienze problematiche; nel caso del medico che risponde, il soggetto si attorializza in uno o in vari specialisti, oppure si assimila all'istituzione di sapere condivisa dall'insieme del corpo medico. Così, liberato dai codici dell'interazione inter-individuale, il discorso sulla salute amplia il proprio campo di circolazione.

Questa estensione implica anche una certa forma di mediazione, o di (ri)codifica. Ovviamente, l'inquadramento giornalistico è quello specifico al nostro corpus. Tuttavia, le conclusioni di quest'analisi possono forse chiarire anche l'economia generale del discorso sulla salute oggi. Infatti, il mezzo giornalistico – in questo caso la rivista di salute – dimostra una grande efficacia nell'organizzare le frontiere tra il *dicibile* e il *non dicibile*. Così, a lato dei titoli "Neurologia" o "Dermatologia", troviamo una serie di domande sotto la voce "Il tuo lato oscuro": l'*intimo* o l'*inconfessabile* sono così stabiliti come categorie pertinenti per classificare il discorso sulla salute. Il rapporto privilegiato, di confidenza, che caratterizzava la relazione paziente-medico, viene così recuperato dall'istanza mediatica, che ovviamente ne trae un beneficio: senza nessuna competenza che la giustifichi, la funzione di confidenza è diventata anche una qualità del mezzo giornalistico.

Infatti, da una preoccupazione privata, formulata in termini individuali, la *salute* (o la *sofferenza*, o il *benessere*) sembra diventata una preoccupazione pubblica che può essere espressa solo collettivamente. Oltre al soggetto di sofferenza e all'istituzione medica, si aggiunge quindi un terzo attante: l'opinione pubblica, rappresentata nel nostro caso dalla comunità dei lettori della rivista. Davanti a questa destabilizzazione del rapporto medico-paziente, l'istanza mediatica sembra alla fine la più codificata, la più codificante, ovvero: la più potente istituzionalmente.

Note

(1) Questo saggio rielabora una relazione tenuta al Congresso AISS, *Il discorso della salute, Spoleto, 29 ottobre - 1 novembre 2004*. La ricerca è stata realizzata nel contesto del Corso di sociosemiotica tenuto dalla prof. Maria Pia Pozzato, da me seguito durante il mio anno di studio presso l'Università degli studi di Bologna.

(2) Ho analizzato il mensile "Starbene" (n. 6, luglio 2003 / n. 8, agosto 2003 / n. 9, settembre 2003 / n. 10, ottobre 2003 / n. 11, novembre 2003 / n. 12, dicembre 2003), il settimanale "Viversani & Belli" (anno 12, n. 48, 28.11.2003 / anno 12, n. 50, 12.12.2003 / anno 12, n. 51, 19.12.2003 / anno 12, n. 52, 27.12.2003 / anno 13, n. 1, 02.01.2004 / anno 13, n. 2, 09.01.2004) e il mensile "Riza Psicosomatica" (n. 269, luglio 2003 / n. 270, agosto 2003 / n. 271, settembre 2003 / n. 272, ottobre 2003 / n. 273, novembre 2003 / n. 275, gennaio 2004).

16-(Note) Pozzato.pmd 438 02/11/2010, 16.19

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica n. 21-26 (2006-2008), pp. 439-471

Agopuntura: efficacia clinica e meccanismi d'azione nella letteratura biomedica internazionale

Francesco Bottaccioli

fondatore e primo presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI)
[bottac@iol.it]

Introduzione

La medicina tradizionale cinese è certamente la più organica dottrina medica antica tutt'ora operante in larga parte del mondo. Costituisce un'importante risorsa medica in Cina, dove negli ultimi cinquanta anni, è stata oggetto di una politica governativa che ne ha regolamentato l'insegnamento, la diffusione e l'integrazione con la medicina scientifica negli ospedali e nelle Facoltà di medicina.

Al tempo stesso, negli ultimi trent'anni, con l'apertura delle relazioni della Repubblica popolare cinese con l'Occidente, ha avuto una crescente diffusione in tutti i paesi industrializzati.

La medicina tradizionale cinese si articola in cinque aree fondamentali: agopuntura, farmacologia naturale, dietetica, massaggio, ginnastiche mediche.

L'agopuntura è la metodica terapeutica della medicina tradizionale cinese più nota e diffusa in occidente.

Negli ultimi due decenni, è cresciuto l'impegno cinese, ma anche occidentale, nella verifica dell'efficacia clinica e dei possibili meccanismi d'azione dell'agopuntura.

In questa sede, mi occuperò solo della ricerca pubblicata nelle riviste scientifiche occidentali.

A partire dalla metà degli anni '80 inizia la pubblicazione di studi controllati in riviste scientifiche occidentali. Nella prima metà del decennio c'è un incremento degli studi di buona qualità, realizzati su campioni crescenti di popolazione, anche se ancora il livello complessivo è insoddisfacente.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 439 02/11/2010, 16.19

Nel 1994, si tiene presso i National Institutes of Health (NHI) degli Stati Uniti d'America un workshop sull'agopuntura. L'incontro è organizzato dall'Ufficio per la medicina alternativa, che era stato da poco costituito (1992) su disposizione del Congresso americano.

Nel 1996, la Food and Drug Administration (FDA), l'ente governativo americano responsabile del controllo su alimenti e farmaci, riclassifica l'agopuntura da strumento medico sperimentale a regolato.

Nel 1997, uno storico documento del gruppo di lavoro dei NIH (NIHCDP) sull'efficacia clinica dell'agopuntura, segna l'ingresso dell'antica metodica terapeutica nel campo delle terapie per cui è possibile dimostrare un'efficacia.

Negli ultimi anni, assistiamo a un crescente sviluppo della ricerca. Solo PubMed conta oltre diecimila citazioni relative all'agopuntura, con oltre mille reviews, ma i trials controllati, pur in netta crescita soprattutto nel periodo 2004-2006, sono ancora pochi. Al tempo stesso c'è un significativo incremento della ricerca sui meccanismi d'azione dell'agopuntura.

Caratteristiche della ricerca

Le conclusioni che presento sono tratte da due filoni di ricerca:

- Ricerca diretta, limitata al periodo 1985-2006 (marzo), utilizzando Medline e PubMed, in particolare con le seguenti parole chiave: *acupuncture and safety*, *nausea*, *vomiting*, *low back pain*, *chronic pain*, *major depression*, *labor*, *breech presentation*, *addiction*, *cocaine*, *alcohol*, *smoking*, *headache*, *stroke*, *osteorthritis*, *fibromyalgia*, *asthma*.
- Reviews sistematiche recenti.

Prima parte: Le principali evidenze cliniche

Nausea e vomito

Nausea da chemioterapia

Uno dei primi studi davvero significativi sull'efficacia clinica dell'agopuntura sulla nausea da chemioterapia è dell'Università di Perugia (AGLIETTI L. *et al*. 1990). Dimostra una notevole efficacia dell'agopuntura in un gruppo

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 440 02/11/2010, 16.19

di donne in chemioterapia con il cisplatino, trattate con una combinazione di farmaci antiemetici (metoclopramide, dexamethasone and diphenhydramina): il gruppo che aveva ricevuto agopuntura in aggiunta ai farmaci ha mostrato una netta riduzione della nausea e del vomito rispetto al gruppo che aveva ricevuto solo i farmaci.

Dieci anni più tardi, uno studio molto articolato, realizzato su un numero superiore di donne con cancro al seno sottoposte a una chemioterapia particolarmente pesante (chemioterapia mieloablativa), ha strutturato tre bracci di intervento: terapia farmacologica antiemetica standard (ondansetron) + agopuntura; ondansetron + agopuntura placebo; solo ondansetron. Il gruppo che ha aggiunto agopuntura vera ha avuto minori episodi di vomito rispetto all'agopuntura placebo, la quale, a sua volta, era comunque superiore al solo farmaco (SHEN J. *et al*. 2000).

Uno studio svedese più recente ha nuovamente paragonato un gruppo di persone, sottoposte a chemioterapia per una grave forma di artrite reumatoide, che riceveva il farmaco antinausea (ondansetron) a un altro gruppo che al farmaco ha aggiunto l'agopuntura. Conclusioni: «I nostri risultati indicano chiaramente che, in pazienti con artrite reumatoide, il trattamento combinato agopuntura e ondansetron, paragonato al solo ondansetron, riduce la severità e la durata della nausea e il numero dei conati di vomito, conseguenti alla chemioterapia» (JOSEFSON A. - KREUTER M. 2003).

Fatica post-chemioterapia

Il Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York è uno degli ospedali oncologici più famosi e importanti del mondo. Nel centro, è anche operativo un Servizio di Medicina Integrata, che si avvale, tra l'altro, di uno staff di agopuntori.

Sul "Journal of Clinical Oncology" sono stati pubblicati i risultati di uno studio pilota, allestito per verificare l'efficacia dell'agopuntura nei confronti della stanchezza profonda che può colpire persone che hanno subito trattamenti chemioterapici. Molto nota e studiata è la stanchezza in corso di chemio o radioterapia, che spesso è la conseguenza dell'anemia causata dal trattamento. Meno studiata è la stanchezza che non abbandona persone che hanno concluso i trattamenti anticancro da mesi, se non da anni. Lo studio pilota doveva verificare il grado di efficacia di un breve ciclo di agopuntura per decidere se vale la pena di allestire uno studio controllato di più ampie dimensioni.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 441 02/11/2010, 16.19

I ricercatori hanno concluso che vale davvero la pena. Otto sedute di agopuntura, con una cadenza di una o due volte a settimana, hanno fatto registrare, nel 95% dei partecipanti, un miglioramento dell'astenia di oltre il 30%. Tra le persone con meno di 65 anni, il miglioramento è arrivato al 40%. Alcuni di loro hanno risolto completamente l'astenia (VICKERS A.J. - STRAUS D. J. *et al*. 2004a).

Nausea e vomito post-chirurgico

Un trial ha paragonato l'agopuntura al trattamento farmacologico standard (ondansetron), nella prevenzione del vomito post-operatorio in bambini sottoposti a chirurgia dentale in anestesia generale. Conclusioni: "l'agopuntura è una valida alternativa non farmacologica di terapia antiemetica, che può essere raccomandata come tecnica profilattica in bambini sottoposti a chirurgia dentale in anestesia generale" (SOMRI M. *et al.* 2001).

Una conferma viene da uno studio giapponese (KOTANI N. *et al*. 2001).

In questo caso, l'agopuntura è stata somministrata prima di un intervento chirurgico gastrointestinale su persone adulte. Lo studio presenta anche un gruppo di controllo costituito da pazienti trattati in modo standard. I punti trattati sono collocati sul meridiano della vescica (cosiddetti punti Shu del dorso).

Il gruppo trattato con agopuntura, rispetto al gruppo di controllo ha ottenuto i seguenti risultati:

- Riduzione del 50% dell'uso dell'anestetico per via epidurale (morfina)
- Riduzione nausea post-operatoria del 20-30%
- Riduzione cortisolo-adrenalina del 30-50%, quali indicatori del sistema dello stress.

Quindi, in conclusione: maggior controllo del dolore post-operatorio, riduzione dell'uso dei farmaci, riduzione stress chirurgico.

Una "Cochrane review" recente (LEE A. - DONE M.L. 2004) ha preso in esame tutti i trials randomizzati controllati dal gennaio 1988 al gennaio 2003 che hanno indagato gli effetti dell'agopuntura del punto Pericardio-6 sulla nausea e il vomito post-operatorio. Conclusioni: «Con l'agopuntura di Pericardio-6, c'è una significativa riduzione del rischio di nausea e vomito e dell'uso di farmaci antiemetici. L'agopuntura, paragonata al trattamento farmacologico è superiore nella riduzione della nausea ma non del vomito».

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 442 02/11/2010, 16.19

Nausea in gravidanza

L'agopuntura è efficace anche contro l'iperemesi gravidica. Un gruppo inglese ha studiato in modo randomizzato controllato gli effetti dell'agopuntura vera contro agopuntura sbagliata (*sham*) verso l'emesi nelle prime settimane di gravidanza. Già dopo quattro sedute di agopuntura, gli indici di nausea e vomito erano quasi dimezzati (*nausea scores* da 85,5 a 47,5). Conclusioni: «L'agopuntura è efficace nel trattare la nausea della gravidanza». Lo studio non è però riuscito a trovare una differenza significativa tra agopuntura vera e agopuntura *sham* (KNIGHT B. *et al*. 2001).

Affronterò questa questione del placebo in agopuntura nella parte relativa ai problemi di metodologia della ricerca.

Un recente studio italiano del reparto di Ostetricia e ginecologia del Policlinico universitario di Modena (NERI I. *et al*. 2005) ha paragonato un gruppo di donne gravide in terapia antiemetica (metoclopramide e Vitamina B12) a un altro gruppo con agopuntura due volte a settimana per due settimane, accompagnata da agopressione quotidiana sul punto Pericardio-6. Conclusioni: «Entrambi i trattamenti sono efficaci verso la nausea gravidica. È interessante notare che l'agopuntura migliora i livelli di attività quotidiana delle donne».

Ostetricia e ginecologia

Dolore pelvico in gravidanza

Un recente studio randomizzato controllato in cieco del Dipartimento di fisiologia e farmacologia del Karolinska Institutet di Stoccolma (LUND I. *et al*. 2006) ha verificato gli effetti di 10 sedute di agopuntura sul dolore pelvico in donne all'ultimo trimestre di gravidanza. Il trattamento era selezionato in base a una diagnosi differenziale di medicina tradizionale cinese ed era paragonato ad agopuntura sbagliata (*sham*). Le donne trattate con agopuntura hanno mostrato una riduzione significativa del dolore, un miglioramento delle attività quotidiane e del tono emozionale. Anche in questo caso non è stato possibile distinguere tra agopuntura vera e *sham*.

Preparazione al parto

C'è una lunga tradizione in Cina di uso dell'agopuntura per favorire il parto e prevenire complicazioni. Recentemente è stato pubblicato un rap-

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 443 02/11/2010, 16.19

porto di attività di un reparto di Ostetricia in Nuova Zelanda che ha usato per 12 mesi l'agopuntura prima della data presunta del parto.

Gli operatori hanno documentato una riduzione delle induzioni farmacologiche del parto e dei cesarei (DUKE K - DON M. 2005).

Presentazione podalica del feto

Studio italiano (CARDINI F. *et al.* 1998) che ha interessato 260 gravide con presentazione podalica, trattate con interventi giornalieri di moxibustione su Vescica-67. Questa tecnica consiste nell'applicare il calore derivante da un sigaro acceso della pianta Artemisia in vicinanza dei punti di agopuntura. In questo caso, il punto scelto è stato l'ultimo del meridiano della vescica. Il gruppo in trattamento è stato paragonato al gruppo di controllo, costituito da donne trattate con la terapia standard (manuale). Il gruppo trattato con moxibustione ha raggiunto una percentuale di successo di oltre il 70%, nettamente superiore al gruppo di controllo.

Controllo del dolore durante il parto

180 donne trattate con una sola seduta durante il travaglio. Il gruppo trattato con agopuntura ha fatto ricorso all'analgesia in misura significativamente minore rispetto al gruppo trattato con procedure standard (TERNOV K. *et al*. 1998).

Durata del travaglio

Uno studio tedesco ha indagato quasi 900 donne divise in 3 gruppi: uno trattato con agopuntura, un altro con agopuntura sbagliata (*sham*) e il terzo con la terapia standard. I due gruppi con agopuntura, vera e sbagliata, sono stati trattati a partire dalla 36 settimana di gravidanza.

La conclusione è stata che la durata del travaglio è significativamente minore nel gruppo di agopuntura vera rispetto all'agopuntura sbagliata e al gruppo di controllo (BIRCH S. 2001).

Dismenorrea primaria

Uno studio randomizzato controllato ha verificato l'efficacia dell'agopuntura settimanale, condotta per 12 settimane, sulla dismenorrea primaria, paragonata con gruppi di controllo (agopuntura sbagliata (*sham*) o nessuna terapia). Le ragazze, affette dal disturbo mestruale, hanno tenuto un

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 444 02/11/2010, 16.19

diario per un anno, annotando frequenza e intensità del dolore e uso di farmaci. L'Agopuntura è risultata superiore nel controllo del dolore e nella riduzione (di oltre il 40%) dell'uso dei farmaci (HELMS J.M. 1987).

Un altro studio randomizzato controllato conferma l'efficacia dell'agopuntura nella dismenorrea refrattaria: il disturbo era presente da più di cinque anni, l'età media delle donne era trent'anni (THOMAS M. *et al*. 1995).

Una "Cochrane review" recente suggerisce che l'agopuntura sia benefica per la dismenorrea primaria anche se gli studi sono giudicati complessivamente insufficienti (PROCTOR M.L. *et al*. 2002).

Infine alcuni studi sull'agopressione (pressione dei punti di agopuntura tramite le dita) hanno mostrato l'efficacia di tale pratica nel ridurre la severità del dolore da dismenorrea in modo anche superiore alla terapia farmacologica a base di antinfiammatori non steroidei, che è giudicata essere la terapia con il massimo grado di evidenza in questo disturbo (WHITE A.R. 2003).

Fertilità femminile, studio su modello animale

Un recente lavoro sperimentale svedese ha utilizzato un modello animale di ovaio policistico, una patologia femminile che può comportare disturbi della fertilità, resistenza insulinica con rischio di diabete e disturbi cardiovascolari, tendenza all'obesità.

Le cause non sono ancora del tutto chiare; da anni, sull'animale, si registra una forte attivazione del sistema nervoso simpatico che innerva le ovaie. È stato anche dimostrato, sempre sull'animale, che l'attivazione del simpatico, conseguente allo stress, precede la comparsa delle cisti ovariche e che, al contrario, la interruzione del collegamento nervoso ripristina la funzionalità ovarica.

La ricerca (STENER-VICTORIN E. *et al*. 2004) ha dimostrato che l'applicazione di elettroagopuntura è in grado di bloccare l'iperattivazione del simpatico e di migliorare l'afflusso di sangue all'ovaio, condizione necessaria per il buon funzionamento dell'organo. Si dimostra così che lo stress danneggia l'ovaio riducendo il flusso sanguigno e, al tempo stesso, che l'agopuntura migliora il flusso agendo sull'innervazione simpatica.

Menopausa, vampate

Uno studio recente ha esaminato 55 donne in post-menopausa con sintomi vasomotori (vampate) trattate per 12 settimane con elettroagopun-

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 445 02/11/2010, 16.19

tura o con agopuntura sbagliata (*sham*) o con ormoni femminili (estradiolo).

Le donne trattate con elettroagopuntura hanno avuto una riduzione delle vampate di oltre il 50%.

Gli Autori concludono che l'elettroagopuntura, pur avendo un'efficacia relativamente minore dell'estradiolo «è un importante trattamento alternativo per i sintomi vasomotori in postmenopausa».

Anche in questo caso l'agopuntura sbagliata ha avuto un certo effetto sia pur minore di quella vera (WYON Y. 2004).

Dolore

La storia della ricerca scientifica sull'agopuntura è strettamente legata alla indagine sui meccanismi del dolore.

Nel 1973, viene identificato nel cervello umano il recettore per la morfina. Sulla scorta di questo risultato, nel 1975, vennero identificate sostanze con attività antidolorifica, prodotte dal cervello, battezzati oppioidi endogeni. Nel 1976, il fisiologo canadese Bruce Pomeranz, figura di spicco in questo campo, dette la prima dimostrazione che il naloxone, antagonista oppioide, blocca l'attività analgesica dell'agopuntura, chiarendo così che l'efficacia dell'agopuntura nel trattare il dolore non deriva da effetto placebo, ma dalla sollecitazione di un meccanismo endogeno basato sulla liberazione di oppioidi.

Numerosi gli studi clinici sull'argomento.

Dolore acuto: denti e calcoli renali

Una review sistematica del 1998 (ERNST E. - PITTLER M.H. 1998) ha preso in esame 16 lavori sul dolore di denti nel corso di interventi chirurgici alla bocca, con risultati positivi rispetto al dolore durante e dopo l'intervento.

Uno studio successivo con placebo (LAO L. *et al*. 1999) ha confermato l'efficacia dell'Agopuntura sia nel dolore post-operatorio sia nella riduzione delle complicazioni dell'intervento.

Uno studio ha paragonato l'agopuntura contro farmaco nella colica renale acuta con risultato favorevole all'agopuntura riguardo al tempo di risoluzione del dolore (LEE Y.H. *et al*. 1992).

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 446 02/11/2010, 16.19

Dolore cronico

Una larga parte degli interventi di agopuntura in Occidente sono riservati al trattamento del dolore cronico.

Lombalgia (low back pain)

Nel 1989 una meta-analisi (studio che trae conclusioni rivedendo tutti gli studi controllati sull'argomento) trova che l'agopuntura è efficace nel trattamento del dolore, ma invita alla cautela a causa della non ottima qualità degli studi (PATEL M. *et al*. 1989).

Nel 1999, Molsber A. e colleghi hanno presentato un ampio lavoro alla International Society for the Study of the Lumbar Spine realizzato su 186 pazienti divisi in 3 gruppi: uno trattato con terapia ortopedica conservativa, un altro con terapia ortopedica conservativa più agopuntura e un terzo con terapia ortopedica conservativa più agopuntura sbagliata (*sham*). Dopo tre mesi di trattamento, il gruppo a cui è stata aggiunta agopuntura vera ha avuto una riduzione del dolore nettamente superiore agli altri due: –76,6% contro –13,9% della terapia ortopedica conservativa e –29,3% della *sham* (citato in EZZO J. 2001).

Una "Cochrane review" recente ha preso in esame i trials controllati tra il 1996 e il 2003 e ha concluso che «nel dolore cronico l'Agopuntura è superiore sia al non trattamento sia all'agopuntura sbagliata (*sham*)» (FURLAN A.D. 2005).

Uno studio recente randomizzato controllato ha diviso circa 300 persone con lombalgia cronica in tre gruppi: agopuntura vera, agopuntura sbagliata (*sham*) e nessun trattamento (lista di attesa). Le sedute sono state 12 in 8 settimane. «L'agopuntura è più efficace della non agopuntura nel trattare il dolore da lombalgia cronica, anche se non esistono differenze significative tra agopuntura vera e *sham*» (BRINKHAUS B. *et al*. 2006).

Un lavoro recente randomizzato controllato ha paragonato l'agopressione alla fisioterapia occidentale nel trattamento della lombalgia cronica. Il risultato è favorevole all'agopressione (HSIEH L.L. 2006).

L'editoriale del "British Medical Journal" (FROST H. - STEWART-BROWN S. 2006) che accompagna questo importante studio nota che bisognerebbe paragonare i costi e soprattutto valutare la qualità dell'operatore. Infatti, per evitare problemi metodologici, tutti i pazienti sono stati trattati nel corso di un anno dal medesimo operatore definito "esperto anziano". Notazioni che non tolgono niente all'importanza dello studio anche a fini di politica sanitaria.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 447 02/11/2010, 16.19

Osteoartrite

Una decina d'anni fa, una review sistematica di 13 lavori espresse risultati conflittuali: 7 a favore dell'Agopuntura e 6 contro. In generale si trattava di piccoli trials randomizzati e controllati (ERNST E. 1997).

Uno studio più recente, pubblicato su una rivista leader del settore, ha paragonato un gruppo in trattamento standard e un altro a cui è stata aggiunta agopuntura. Il gruppo in trattamento con agopuntura ha presentato una significativa differenza sia riguardo al dolore che agli indici di funzionalità. Le differenze, positive per il gruppo trattato con agopuntura, continuano ad essere osservate nelle 8 settimane di follow-up (BERMAN B. *et al.* 1999).

Lo stesso gruppo di lavoro dell'Università del Maryland, più recentemente, ha pubblicato sui prestigiosi "Annals of Internal Medicine", organo dell'Ordine dei medici statunitensi, uno studio randomizzato controllato con placebo (*sham*) su 570 persone sofferenti di osteoartrite del ginocchio. L'agopuntura, vera e *sham*, è stata praticata per 26 settimane con una media di quasi una seduta a settimana. Alla fine del trattamento, l'agopuntura vera è risultata superiore alla *sham* in tutti i parametri di funzionalità e di dolore studiati. Nelle conclusioni, gli Autori caldeggiano «l'uso dell'agopuntura come terapia aggiuntiva per l'osteoartrite del ginocchio» (BERMAN B. *et al.* 2004).

Un gruppo spagnolo sempre su persone con osteoartrite del ginocchio, in uno studio multicentrico, ha paragonato l'agopuntura vera e quella sbagliata (*sham*) in aggiunta, in entrambi i casi, alla terapia farmacologica antidolorifica (diclofenac). L'agopuntura vera è risultata superiore a quella *sham* nella riduzione del dolore e nel miglioramento della funzionalità articolare (VAS J. *et al*. 2004).

Cefalea

Una "Cochrane review" (MELCART D. *et al.* 2001) che ha analizzato 26 trials per un totale di 1151 pazienti, di cui 16 studi riguardanti l'emicrania, 6 la cefalea censiva, 4 altre forme di cefalea, ha evidenziato i seguenti dati: in 16 trials è stata paragonata l'Agopuntura con *Sham*: 8 sono nettamente favorevoli all'agopuntura; 4 presentano trend favorevoli all'agopuntura; 2 non presentano alcuna differenza; 2 non sono interpretabili.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 448 02/11/2010, 16.19

Conclusione della review: «L'evidenza attuale supporta la validità dell'Agopuntura per il trattamento della cefalea. Tuttavia la qualità e la quantità dell'evidenza non sono pienamente convincenti».

Più recentemente, un ampio studio multicentrico realizzato da medici di base dell'Inghilterra e del Galles ha indagato gli effetti dell'agopuntura sulla cefalea cronica di oltre 400 persone. Questi pazienti soffrivano di mal di testa da molti anni con più di due attacchi gravi al mese. Sono state praticate 12 sedute di agopuntura nell'arco di 12 settimane. Il gruppo in agopuntura, paragonato a un gruppo con le medesime caratteristiche che seguiva la terapia standard, ha fatto registrare una riduzione di 22 giorni all'anno di cefalea, un decremento nell'uso di farmaci (–15%), delle visite mediche (–25%) e delle assenze dal lavoro per malattia (–15%).

È interessante citare le conclusione degli autori dello studio in quanto contengono anche indicazioni per il servizio sanitario: «L'agopuntura porta a benefici persistenti e clinicamente rilevanti per pazienti con cefalea cronica trattati dalla medicina di base. Dovrebbe essere valutata un'espansione dei servizi di agopuntura nel Servizio sanitario nazionale» (VICKERS A.J. - REES R.W. *et al.* 2004b).

Un altro studio multicentrico randomizzato controllato, condotto in 28 ambulatori della Germania su 270 persone con cefalea, cronica o episodica, di tipo tensivo, ha paragonato l'agopuntura vera con agopuntura sbagliata (*sham*) e con un gruppo in lista di attesa.

Il numero dei giorni con cefalea sono diminuiti maggiormente nel gruppo in agopuntura vera. Le persone che hanno ridotto di più della metà i giorni di cefalea sono state il 46% del gruppo in agopuntura vera, il 35% del gruppo *sham* e il 4% del gruppo in lista d'attesa. L'efficacia dell'agopuntura nella terapia della cefalea tensiva è quindi dimostrata, ma la differenza tra agopuntura vera e sbagliata non è statisticamente significativa (MELCHART D. *et al*. 2005).

Ictus

Alcuni studi degli anni '90 hanno dimostrato che l'Agopuntura, se applicata precocemente nel post-ictus, è superiore al solo trattamento standard nel recupero.

Studio svedese del 1993 su 78 pazienti randomizzati e trattati o con agopuntura manuale o con elettroagopuntura contro nessuna specifica stimo-

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 449 02/11/2010, 16.19

lazione sensoriale: significativi miglioramenti nell'accudire alla incombenze quotidiane, nella qualità della vita e nelle funzioni motorie; la differenza persiste a 1 e 2,8 anni di follow-up (JOHANSSON K. *et al.* 1993).

Più recentemente, un studio svedese più ampio, comprendente 150 pazienti in post-ictus (5-10 giorni dopo l'evento acuto), divisi in 3 gruppi, tutti stimolati sensorialmente, per 20 sedute, nelle stesse aree dell'agopuntura. Gli stimoli erano da agopuntura, da TENS e da TENS ad alta frequenza (HF).

La TENS è una elettrostimolazione transcutanea ormai standard nelle procedure di riabilitazione fisioterapica, mentre la TENS subliminale HF, si avvale di stimolazione ad alta frequenza non percebibile dal paziente. Rilevante in questo studio è l'uso della TENS nelle stesse aree di applicazione dell'agopuntura.

Tutti e tre i gruppi sono migliorati marcatamente: circa il 90%, dopo 12 mesi, ha recuperato le condizioni di partenza. Secondo gli Autori le differenze tra l'Agopuntura e gli altri due gruppi non sono significative (RORSMAN Ia. - JOHANSSON B. 2006).

In realtà alcuni commentatori hanno criticato le procedure statistiche usate per l'elaborazione dei risultati, perché ci sono differenze rilevanti a 12 mesi sulla velocità di movimento e su una serie di indicatori della qualità della vita.

Una recente "Cochrane Review" ha selezionato 14 trials randomizzati controllati per un totale di oltre 1200 pazienti trattati per l'ictus ischemico. I risultati, a giudizio degli Autori della review, «mostrano un significativo trend favorevole all'agopuntura riguardo alla mortalità, alla dipendenza o alla necessità di istituzionalizzazione a distanza di tre mesi dal trattamento. Resta il fatto che il numero di pazienti è troppo piccolo per stabilire con certezza se l'agopuntura è efficace nel trattamento dell'ictus ischemico acuto» (ZHANG S.H. *et al*. 2005).

Dipendenze

Le evidenze nel campo delle dipendenze, alcol, cocaina e fumo, sono variabili con risultati contraddittori.

In linea generale, dalla lettura di questi studi, si può comunque evincere che l'agopuntura (anche nella variante dell'auricoloterapia) è uno strumento utile nel trattamento delle dipendenze, che, però, va inserito in un approccio multiterapeutico. L'agopuntura come intervento esclusivo non è quindi raccomandabile per la terapia delle dipendenze.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 450 02/11/2010, 16.19

Fumo

Risultati complessivamente negativi. L'unico vantaggio è la riduzione sintomi astinenza. Utile quindi come supporto in una multiterapia (WHITE A.R. *et al.* 2006).

Cocaina

Destò un notevole interesse uno studio della Yale University che ha usato auricoloterapia su 82 tossicodipendenti divisi in 3 gruppi (AVANTS S.K *et al*. 2000).

L'auricoloterapia consiste nella inserzione di minuscoli aghi (che possono anche essere lasciati a dimora) nel padiglione auricolare secondo una mappa di punti, leggermente diversa a seconda della scuola europea o della scuola cinese. In questo studio, è stato usato un protocollo standard, denominato "acudetox", elaborato in sede ospedaliera, alla fine degli anni '70, negli Stati Uniti d'America. I tre gruppi sono stati divisi come segue: auricoloterapia, auricoloterapia sbagliata (*sham*), rilassamento. L'intervento si è strutturato in 5 sedute a settimana per 8 settimane.

Tramite l'esame delle urine, 3 volte a settimana, si è visto che il gruppo in trattamento con Auricoloterapia vera ha avuto risultati nettamente superiori sia verso il gruppo di controllo sia verso la *sham*.

Due anni dopo la pubblicazione di questo studio, un più ampio lavoro ha coinvolto 620 dipendenti da cocaina in 6 centri degli Stati Uniti secondo le modalità dello studio precedente. I risultati ottenuti non hanno confermato l'efficacia della sola auricoloterapia nel trattamento della dipendenza da cocaina (MARGOLIN A. *et al*. 2002).

Una review recente conclude che «c'è una limitata evidenza di possibili benefici dell'agopuntura quando usata come terapia aggiuntiva al programma standard di trattamento dell'abuso di sostanze» (KIM Y.-H. *et al*. 2005).

Depressione maggiore

Gli studi non sono molti (esclusi i cinesi). Uno dei più interessanti è tedesco e ha paragonato l'uso di agopuntura, vera e *sham* al solo trattamento farmacologico. 70 pazienti divisi in 3 gruppi: farmaco (mianserina), farmaco + agopuntura, farmaco + agopuntura *sham*. Il ciclo di agopuntura si è strutturato in 12 sedute 3 volte a settimana.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 451 02/11/2010, 16.19

Risultati: l'aggiunta di agopuntura al farmaco antidepressivo dà risultati clinici migliori rispetto al solo farmaco, ma i ricercatori non sono riusciti a trovare differenze significative tra l'agopuntura vera e quella falsa (ROSCHKE J. *et al*. 2000).

Un lavoro più recente ha indagato gli effetti dell'agopuntura sulla depressione in gravidanza, una condizione che rende problematico l'uso di farmaci antidepressivi. Lo studio, condotto da un gruppo di psichiatri della Stanford University, ha interessato 61 donne gravide con diagnosi di depressione maggiore, che sono state divise in tre gruppi: agopuntura vera standardizzata ma anche individualizzata, agopuntura sbagliata (*sham*), massaggio. Dopo 20 sedute nell'arco di 8 settimane i risultati sono i seguenti: il 69% del gruppo trattato con agopuntura vera ha registrato miglioramenti significativi della depressione misurata con la scala di Hamilton, a fronte del 47% della agopuntura sbagliata e del 32% del massaggio (MANBER R. *et al*. 2004).

Resta il fatto che gli studi sono ancora pochi e di piccole dimensioni, la qual cosa fa concludere una recente "Cochrane review" che «l'evidenza è insufficiente per stabilire l'efficacia dell'agopuntura nella gestione della depressione» (SMITH C.A. - HAY P.P. 2005).

Fibromialgia

La fibromialgia è un disordine difficilmente classificabile, scarsamente trattabile e di origine indefinita. È una malattia tipicamente femminile e si caratterizza per dolore muscolare che può condurre fino alla disabilità, astenia e alterazione dell'umore spesso in senso depressivo. Al riguardo, l'American College of Rheumatology ha definito criteri per la diagnosi e una scala di valutazione del disturbo (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*).

Un gruppo di donne con fibromialgia (età media 53 anni) è stato sottoposto ad agopuntura presso la Southern California University of Health Sciences negli Stati Uniti. Conclusioni: «Dopo 8 settimane di trattamento si è registrato un significativo miglioramento dei partecipanti allo studio. Il trattamento con agopuntura è risultato efficace nel ridurre i sintomi della Fibromialgia» (SINGH B.B. *et al*. 2006).

Malattie infiammatorie intestinali

L'Agopuntura viene spesso utilizzata anche nella terapia delle malattie infiammatorie intestinali.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 452 02/11/2010, 16.19

Il morbo di Crohn è una delle più diffuse malattie intestinali, su base autoimmune.

Gastroenterologi tedeschi dell'Università di Erlangen-Nürnberg, hanno pubblicato (Joos S. *et al* 2004) i risultati di uno studio controllato con placebo su 51 pazienti, che sono stati divisi in due gruppi: uno trattato con agopuntura vera e l'altro trattato con aghi inseriti in posti diversi dagli agopunti (*sham*).

Il gruppo trattato con agopuntura vera ha registrato un miglioramento dell'indice di attività della malattia superiore a quello dell'agopuntura sbagliata. Inoltre, l'agopuntura vera è risultata ancor più efficace nell'aumento del benessere generale e nella riduzione degli indici infiammatori.

Seconda parte: Problemi di metodologia della ricerca

Dalla analisi degli studi clinici disponibili abbiamo già avuto modo di notare numerosi problemi metodologici, che talvolta inficiano la forza dei risultati.

Tali problemi non riguardano semplicemente la preparazione del personale medico che conduce il trial, ma si riferiscono a difficoltà inerenti alle peculiarità dell'agopuntura e del pensiero medico sottostante. Problemi che vanno affrontati e risolti in un'ottica scientifica senza pregiudicare la qualità della ricerca.

I problemi metodologici possono essere suddivisi in quattro argomenti:

1. Reclutamento (diagnosi)
2. Gruppo di controllo
3. Adeguatezza del trattamento
4. Ricerca qualitativa.

1. Reclutamento

In un trial normale, i pazienti vengono reclutati secondo un univoco criterio diagnostico (ad esempio, diarrea cronica) con criteri di esclusione validi per tutto il campione.

Applicare questo criterio all'agopuntura limita fortemente l'indagine sulla sua efficacia, in quanto è una regola generale della medicina tradizionale cinese differenziare la diagnosi all'interno dello stesso quadro e quindi orientando protocolli terapeutici anche molto diversi tra loro.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 453 02/11/2010, 16.19

La tabella dà un esempio di differenziazione all'interno del quadro "diarrea cronica":

Sintomatologia	*Sintomatologia*	*Sintomatologia*
Diarrea, scarso appetito, gonfiori addominali	Deficit *qi* della milza	Tonificare *qi* della milza
Diarrea, ansia, dolori alle fasce laterali torace	Fegato che danneggia la milza	Tranquillizzare *qi* del fegato
Diarrea con freddo agli arti	Deficit *yang* rene e milza	Riscaldare e tonificare *yang*
Diarrea con feci torbide	Calore e umidità nell'intestino crasso	Eliminare calore e umidità

Va da sé che i punti di agopuntura utilizzati nei diversi quadri sono diversi tra loro, nonché è diversa la stessa tecnica di manipolazione degli aghi (bonificazione/dispersione).

Pare quindi utile, nella individuazione dei pazienti eleggibili, applicare un doppio criterio: prima quello occidentale e poi quello orientale, magari semplificandolo in modo da rendere più agevole lo studio.

È evidente una maggiore complicazione nell'elaborazione del disegno e nella effettuazione dello studio, ma sembra davvero necessario questo passaggio, se non si vuole giudicare con parametri sbagliati.

Come abbiamo notato nella prima parte, negli ultimi anni si registrano studi che incorporano questi criteri di differenziazione diagnostica e quindi terapeutica, pur all'interno di una inevitabile standardizzazione minima del trattamento.

2. Gruppo di controllo

I possibili gruppi di controllo rispetto al trattamento con agopuntura sono i seguenti: lista di attesa, agopuntura sbagliata (*sham*), trattamento medico standard.

La tabella riassume vantaggi e svantaggi di ciascuno.

Anche se non c'è un gruppo di controllo perfetto, sembra utile usare il trattamento medico standard per la clinica e l'agopuntura sbagliata (*sham*) riservarla solo per la ricerca.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 454 02/11/2010, 16.19

È evidente infatti che la *sham* produce effetti fisiologici (KAPTCHUK T. *et al*. 2006), difficili da discriminare a livello clinico, che sono invece molto utili nella ricerca sulla individuazione degli agopunti, sui loro target, sui possibili meccanismi di azione.

Il gruppo di controllo in agopuntura

Tipo	*Vantaggi*	*Svantaggi*
Lista di attesa	Controlla le remissioni	Non è possibile controllare l'effetto placebo
Sham	Somiglia all'agopuntura. È quindi possibile il cieco. Utile come strumento di indagine fisiologica	Produce effetti fisiologici non specifici difficili da discriminare a livello clinico
Trattamento medico standard	Paragona l'efficacia dell'Agopuntura o da sola o in combinazione al Trattamento Standard; ha un valore pratico notevole poiché costi, effetti avversi e efficacia possono essere comparati	Non è possibile il cieco, né singolo né doppio. Sono possibili errori, che però possono essere ridotti con campioni ampi

3. Adeguatezza del trattamento

C'è una fondamentale diversità tra l'agopuntura pratica in oriente e quella praticata in occidente. In Cina, la terapia fa parte dei servizi offerti dal servizio sanitario e, di regola, viene praticata in ambito ospedaliero, con una frequenza di una seduta al giorno per minimo 10, 20 sedute consecutive. 10, 20 sedute costituiscono un ciclo; spesso i pazienti ricevono più cicli di trattamento.

In occidente, l'Agopuntura, salvo qualche eccezione, viene praticata in regime di libera professione, con costi che spesso impediscono un trattamento adeguato.

Anche gli studi clinici risentono di tali limitazioni.

Secondo recenti analisi sistematiche (STUX G. - HAMMERSCHLAG R. 2001) sono pochi gli studi controllati che presentano protocolli di trattamento adeguati in termini di selezione degli agopunti, di frequenza e numero minimo di sedute.

Infine, sono ancora troppo pochi i trials realizzati da medici preparati in medicina tradizionale cinese e con esperienza nel campo dell'agopuntura.

Negli ultimi anni il trend sembra maggiormente positivo.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 455 02/11/2010, 16.19

4. Ricerca qualitativa

Al di là dei numeri, è essenziale combinare trial randomizzato controllati a ricerche in profondità (interviste individuali a campioni relativamente ampi) sia per comprendere a fondo un fenomeno in crescita, sia per orientare al meglio gli stessi trials controllati (CASSIDY C. M. 2001).

Terza parte: I meccanismi d'azione

Studi, ormai decennali, su animali e sull'uomo, nonché il recente utilizzo delle immagini di risonanza magnetica funzionale consentono di affermare che l'agopuntura ha effetti biologici locali e sistemici che vengono mediati per via nervosa e neuroendocrinoimunitaria.

Che l'input dell'ago venga trasmesso per via nervosa, è stato dimostrato innanzitutto da esperimenti su animali.

L'efficacia analgesica di una dei punti più usati, Hegu (intestino crasso-4, collocato sul dorso della mano nel punto più alto del muscolo adduttore del pollice quando il pollice viene addotto sull'indice), viene abolita se vengono recise le vie nervose vicine (il nervo radiale e/o il nervo mediale), ma non se viene reciso il nervo ulnare, che è quello più lontano (TODA K. - ICHIOKA M. 1978).

Risalgono ai primi anni '90 le prime prove sperimentali sugli umani, ai quali, beninteso non è stato riservato il crudele trattamento di cui sopra: il nervo non è stato tagliato, bensì addormentato.

L'iniezione di un anestetico locale (procaina) su un punto di agopuntura, per esempio Pericardio-6, ne abolisce la provata efficacia contro nausea e vomito (DUNDEE J. M. 1991).

Storicamente, gli studi più antichi e significativi sui meccanismi d'azione dell'agopuntura si riferiscono al dolore e all'attività analgesica dell'agopuntura.

Analgesia

Nel 1976, abbiamo la prima dimostrazione del coinvolgimento del recettore per gli oppioidi nella analgesia da agopuntura. Viene dimostrato an-

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 456 02/11/2010, 16.19

che che il naloxone, un antagonista degli oppiodi, blocca l'analgesia da agopuntura.

Venticinque anni di ricerche e oltre 100 lavori sperimentali occidentali, recentemente rivisti dal fisiologo canadese Bruce Pomeranz (POMERANZ B. 2001) conducono alla seguente ipotesi:

l'analgesia da agopuntura è iniziata dalla stimolazione di fibre nervose di piccolo e medio calibro (A-delta e A-beta), che inviano impulsi al midollo spinale. Del resto, gran parte degli agopunti sono in stretto contatto con terminazioni nervose o con vasi circondati da rete nervosa.

L'input trasmesso dall'ago e recepito dalle vie afferenti, può attivare tre centri:

- Midollo spinale
- Tronco dell'encefalo
- Ipotalamo e aree connesse.

I centri nervosi rilasciano endorfine, neuropeptidi e neurotrasmettitori.

Il midollo rilascia encefaline e dinorfine. Il tronco dell'encefalo rilascia encefaline, serotonina e noradrenalina. L'ipotalamo soprattutto b-endorfine.

Interessante è la dimostrazione che gli effetti dell'Agopuntura a bassa frequenza (2Hz) sono cumulativi, a differenza di quelli ad alta frequenza (100 Hz), che hanno un più forte effetto antidolorifico, ma che possono produrre tolleranza.

Noto, per inciso, che questa può essere una delle ragioni per cui l'Agopuntura praticata in occidente possa fallire, se, appunto, il trattamento è infrequente e il ciclo di terapia troppo corto.

Interessante è anche la dimostrazione scientifica di una pratica tipica del trattamento con agopuntura: la combinazione di punti "locali" e di punti "distali".

I punti dolorosi, cosiddetti Ah Shi, attivano una risposta locale, che interessa il segmento spinale corrispondente, mentre i punti distali attivano i centri superiori: tronco dell'encefalo e ipotalamo.

Tutti i centri rilasciano, assieme agli oppiodi endogeni anche neuropeptidi, come la colecistochinina, il peptide intestinale vasoattivo, la sostanza P e altri, che hanno un'azione modulatoria sul sistema oppioide e un'azione più generale, non ancora pienamente studiata, ma che ha come bersaglio il sistema immunitario, il quale può svolgere un ruolo centrale nella genesi e amplificazione del dolore (WATKINS L. R. - MAIER S. F. 2002).

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 457 02/11/2010, 16.19

Gli studi di risonanza magnetica funzionale dimostrano che l'input dell'ago modula l'attività del cervello

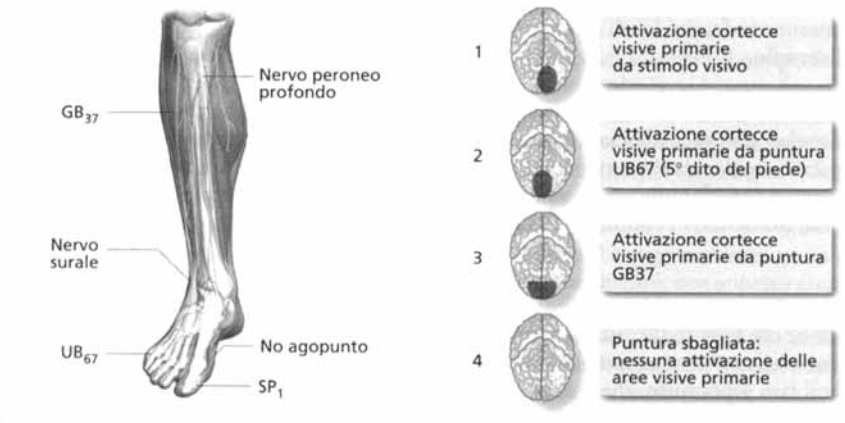
L'introduzione della risonanza magnetica funzionale e di altre tecniche di visualizzazione cerebrale nello studio dei meccanismi d'azione dell'agopuntura apre un terreno del tutto nuovo e di elevata potenza scientifica.

Nel 1996 abbiamo avuto la prima dimostrazione che il segnale dell'ago arriva al cervello.

Negli ultimi anni diversi lavori dimostrano l'attivazione e/o la disattivazione sia di area corticali sia sottocorticali. Più recentemente, alcuni lavori dimostrano che l'agopunto *hegu* (intestino crasso-4) attiva diverse aree sottocorticali, come ipotalamo e giro del cingolo, di grande rilievo nella valutazione cognitivo-emozionale del dolore.

Alcuni studi (BIELLA G. *et al.* 2001, PARIENTE J. *et al.* 2005, HUI K.K. *et al.* 2005) sono in grado di discriminare in modo netto tra effetti dell'agopuntura vera, agopuntura placebo e semplice placebo.

Ma i risultati probabilmente più entusiasmanti vengono da uno studio del dipartimento di radiologia dell'Università della California, che mostra una relazione sorprendente tra agopunti, loro indicazioni e aree corticali attivate (CHO Z.H. 2001).

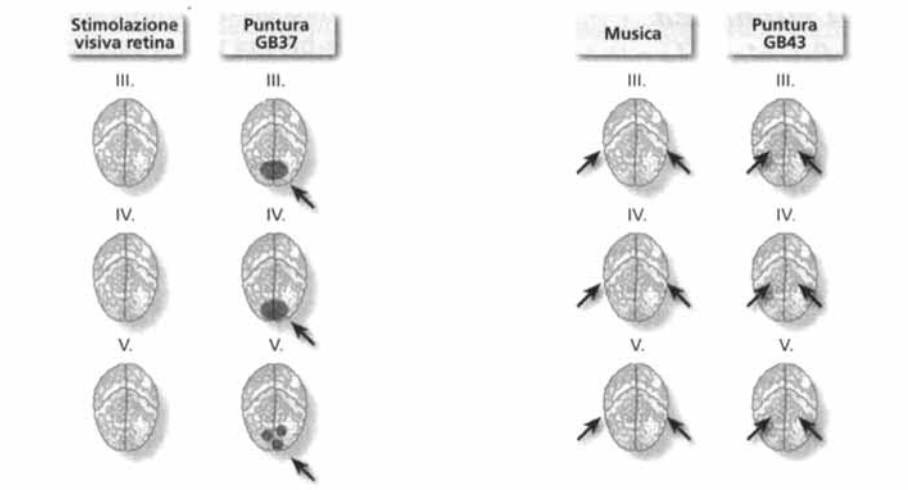


Fonte: CHO Z.H. *et al.*, *Functional magnetic resonance imaging of the brain in the investigation of acupuncture*, cap. 5, pp. 83-96, in STUX G. - HAMMERSCHLAG R. (curatori), *Clinical acupuncture. Scientific basis*, Springer, Berlin, 2001.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 458 02/11/2010, 16.19

Le immagini di Risonanza Magnetica Funzionale mostrano gli effetti dell'ago inserito in due punti (GB37, punto 37 del meridiano della vescicola biliare, UB67, ultimo punto del meridiano della vescica) tradizionalmente indicati per il trattamento dei disturbi della visione.

Le cortecce visive occipitali si attivano sia a seguito di uno stimolo visivo, sia con l'inserimento dell'ago nei suddetti punti. Fenomeno che non si verifica pungendo un punto sbagliato.



Fonte: CHO Z.H. *et al.*, *Functional magnetic resonance imaging of the brain in the investigation of acupuncture*, cap. 5, pp. 83-96, in STUX G. - HAMMERSCHLAG R. (curatori), *Clinical acupuncture. Scientific basis*, Springer, Berlin, 2001, 227 pp.

Le immagini mostrano a sinistra una normale stimolazione visiva della retina che attiva le cortecce occipitali (aree visive primarie). Attivazione che viene ottenuta pungendo anche Colecisti-37 (GB37). L'immagine di destra mostra una stimolazione uditiva che attiva le cortecce temporali (uditive). Attivazione ottenuta anche pungendo Colecisti-43 (GB 43).

Di grandissimo interesse è il fatto che questi punti, che si trovano anatomicamente molto lontani dagli occhi e dalle orecchie, hanno come indicazione di trattamento proprio queste funzioni sensoriali.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 459 02/11/2010, 16.19

Infatti, Vescica-67 viene indicato per disturbi della regione cefalica e degli organi di senso e in particolare per dolori agli occhi.

Colecisti-37 viene punto per prurito e dolore agli occhi, cataratta, cecità notturna, atrofia ottica e secondariamente orecchio.

Infine, Colecisti-43 viene indicato per sordità, acufeni, vertigini e secondariamente occhio.

Integrazione neuroendocrinoimmunitaria, periferica e centrale, dello stimolo dell'agopuntura

Da quanto abbiamo visto e disponendo delle informazioni che abbiamo passato in rassegna sui meccanismi di integrazione fisiologica, si può ragionevolmente concludere che l'ago inserito al posto giusto induce meccanismi neuroimmunoendocrini locali e che coinvolgono il cervello.

Sappiamo infatti che le fibre nervose sensoriali, stimolate dall'ago, rilasciano neuropeptidi capaci di regolare la risposta immunitaria in senso pro o anti-infiammatorio e quindi, per questa via, influenzare l'equilibrio fisiopatologico.

Inoltre, recentemente, abbiamo avuto la dimostrazione che l'ago induce una deformazione del connettivo che viene raccolta dalle cellule, fibroblasti soprattutto, che aumentano la trascrizione genica con rilascio di citochine, peptidi, ossido nitrico e altri mediatori locali (LANGEVIN H. M. 2006).

Ma a anche l'ipotalamo, come abbiamo visto, può essere direttamente influenzato dallo stimolo procurato dall'inserzione dell'ago. Del resto è noto che esiste una via di trasporto del dolore (nocicettiva) diretta, la cosiddetta via spino-ipotalamica, che collega la periferia all'area ipotalamica, la quale funziona da centro integrato di risposte multiple: neuroendocrine, neurovegetative, complessivamente di governo dell'ambiente interno.

In conclusione possiamo affermare che è necessaria più scienza per comprendere sempre meglio i meccanismi dell'agopuntura e più agopuntura, integrando pratica e riflessione scientifica, per allargare gli orizzonti della scienza (CABYOGLU N. T. *et al.* 2006).

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 460 02/11/2010, 16.19

Note conclusive: olismo antico e olismo scientifico

Oriente e Occidente: le antiche tendenze alla convergenza

In un'epoca dominata da guerre orrende, che si ammantano di ideologie che spaccano il mondo in due (da un lato, "La difesa della democrazia e della superiorità della nostra civiltà" e, dall'altro, "La guerra santa contro i nuovi crociati"), forse non è peregrino ricordare che la rivoluzione scientifica, medica, culturale del nostro Rinascimento è meticcia, per usare la garbata espressione che un filosofo della scienza, al potere, ha scagliato contro chi non se la sente di partecipare allo scontro di civiltà.

È proprio meticcia, in quanto è assodato che non sarebbe stata possibile senza il fondamentale contributo che gli Arabi hanno dato, tra l'VIII e il XV secolo.

In campo medico, in particolare, gli Arabi sono stati un punto di incrocio e di sintesi tra il sapere ippocratico-galenico e il sapere orientale, cinese in particolare (COSMACINI G. 2005 [1997]).

La prima Scuola di medicina innovativa in occidente è la Scuola salernitana, attiva a partire dall'XI secolo e alimentata da Costantino l'Africano che, come dice il nome, non era proprio un ariano, grande traduttore e diffusore della medicina araba, la quale poi, tramite medici e libri (soprattutto quelli di Avicenna), approderà a Montpelier e a Bologna e successivamente a Padova, stimolando la nascita, nel XII e XIII secolo, delle più innovative facoltà di medicina occidentali. E proprio da Padova nel 1543 uscirà il testo emblema, il manifesto della rivoluzione scientifica in medicina, Il *De humani corporis fabrica* [*La fabbrica del corpo umano*] di Vesalio.

La convergenza, la commistione meticcia, è alla base del pensiero creativo e, da quello che ci insegna la storia, è anche all'origine delle grandi innovazioni collettive.

Le tendenze contemporanee alla convergenza

Sono diversi decenni che in Cina si lavora per la convergenza tra il sapere medico antico e quello moderno. La convergenza tra le due medicine è ricercata sia sul piano investigativo sia sul piano clinico e terapeutico. Ciò consente, da un lato, un'efficacia terapeutica superiore a costi inferiori e, dall'altro, un ampliamento dello sguardo scientifico.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 461 02/11/2010, 16.19

In occidente, sta emergendo un nuovo paradigma biomedico, incardinato sulla visione dell'organismo umano come rete di comunicazione integrata (BOTTACCIOLI F. 2005).

Ma un movimento di convergenza, per essere vero ed efficace, deve trovare punti di contatto epistemologici e paradigmatici. Altrimenti rimane una pia intenzione o, al più, una giustapposizione senza alcuna capacità di influenzamento reciproco. Questo, del resto, mi pare l'unico modo forte per fondare la medicina integrata, intesa non come sommatoria di tecniche o come generico invito al pluralismo scientifico e terapeutico, ma come una superiore sintesi scientifica e pratica.

Le suggestioni dell'epistemologia medica cinese

La visione tradizionale cinese presenta alcune peculiarità, che la contraddistinguono e, al tempo stesso, le consentono un dialogo fruttuoso con i settori di punta della ricerca scientifica moderna.

Tali peculiarità, a mio avviso, sono:

- Una visione della realtà all'insegna della complessità, dell'unità e della dinamicità
- Una concezione dell'organismo umano come unità biopsichica
- Una visione funzionale dell'anatomia e della fisiologia umana.

Questi punti paradigmatici sono sulla stessa linea degli aspetti centrali dell'olismo scientifico contemporaneo.

Una delle conquiste della scienza contemporanea è infatti il concetto di complessità. Possiamo dire che i sistemi complessi sono composti da numerosi elementi che interagiscono in modo non lineare.

I sistemi biologici sono sistemi complessi, dinamici e aperti, che quindi sono influenzati da e influenzano l'ambiente.

Questo vuol dire che non è possibile prevedere il comportamento globale del sistema a partire dal contributo dei singoli elementi. Vuol dire anche che le proprietà del sistema emergono dalle relazioni tra i costituenti e tra essi e l'ambiente.

Per esempio, la mente non è il prodotto specifico di una singola area cerebrale; le capacità cognitive non sono inscritte nei singoli neuroni né nei circuiti nervosi, ma emergono dalla loro interazione. E ancora: la mente è

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 462 02/11/2010, 16.19

distinta dal cervello, ma emerge dalla sua attività. I due funzionano da termini di una relazione di reciproco influenzamento.

La filosofia che inquadra lo studio di queste relazioni non può essere né meccanicista né riduzionista. Ma non può essere nemmeno idealista. Non può giovarsi di una dialettica degli opposti ma di una dialettica della relazione, quello che gli antichi cinesi definivano *yin/yang*.

È questo stesso modello che si attaglia anche al funzionamento del sistema immunitario, al suo oscillare lungo un circuito segnato da polarità (Th1,Th2,Th3) in perenne condizionamento reciproco (BOTTACCIOLI F. 2002, 2005).

Così la ricerca di circuiti, di schemi di relazioni tra organi, il disegnare mappe di risposta funzionale all'interno dell'organismo umano che trascendono la fissità dell'organo anatomico, che è parte essenziale del pensiero medico cinese, trova una sua analogia con la ricerca contemporanea in campo psiconeuroendocrinoimmunitario, che studia proprio le relazioni di influenzamento reciproco tra sistemi, che rintraccia i pattern di attivazione e di controllo sistemico.

Questa pare la base su cui costruire un nuovo modello medico integrato, risultato di un avanzamento nella comprensione scientifica del funzionamento sistemico dell'organismo umano in salute e in malattia. In questa nuova sintesi, il raccordo critico con le grandi tradizioni mediche olistiche, orientali e occidentali, produce nuove idee, riconnette la riflessione scientifica e quella filosofica e incrementa la qualità e la quantità degli strumenti in mano al terapeuta.

Riferimenti bibliografici

AGLIETTI L. - ROILA F. - TONATO M. - BASURTO C. - BRACARDA S. - PICCIAFUOCO M. - BALLATORI E. - DEL FAVERO A. (1990), *A pilot study of metoclopramide, dexamethasone, diphenhydramine and acupuncture in women treated with cisplatin*, "Cancer Chemotherapy and Pharmacology", vol. 26, 1990, pp. 239-240.

AVANTS S.K. - MARGOLIN A. - HOLFORD T.R. - KOSTEN T.R. (2000), *A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence*, "Archives of Internal Medicine", vol. 160, 2000, pp. 2305-2312.

BERMAN B.M. - SINGH B.B. - LAO L. - LANGENBERG P. - LI H. - HADHAZY V. - BARETA J. - HOCHBERG M. (1999), *A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee*, "Rheumatology", vol. 38, 1999, pp. 346-354.

BERMAN B.M. - LAO L. - LANGENBERG P. - LEE W.L. - GILPIN A.M. - HOCHBERG M.C. (2004), *Effectiveness of acupuncture as adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial*, "Annals of Internal Medicine", vol. 141, 2004, pp. 901-910.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 463 02/11/2010, 16.19

BIELLA G. - SOTGIU M.L. - PELLEGATA G. - PAULESU E. CASTIGLIONI I. - FAZIO F. (2001), *Acupuncture produces central activations in pain regions*, "NeuroImage", vol. 14, 2001, pp. 60-66.

BIRCH S. (2001), *An overview of acupuncture*, cap. 8, pp. 131-150, in STUX G. - HAMMERSCHLAG R. (curatori), *Clinical acupuncture. Scientific basis*, Springer, Berlin, 2001, 227 pp.

BOTTACCIOLI F. (2002), *Il sistema immunitario, la bilancia della vita: com'è fatto, come funziona in salute e in malattia*, Tecniche Nuove, Milano, 2002, XIV+330 pp.

BOTTACCIOLI F. (2005), *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, Red Edizioni, Milano, 2005, 511 pp.

BRINKHAUS B. - WITT C.M. - JENA S. - LINDE K. - STRENG A. - WAGENPFEIL S. - IRNICH D. - WALTHER H.U. - MELCHART D. - WILLICH S.N. (2006), *Acupuncture in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial*, "Archives of Internal Medicine", vol. 166, n. 4, 2006, pp. 450-457.

CABYOGLU N.T. - ERGENE N. - TAN U. (2006), *The mechanism of acupuncture and clinical applications*, "International Journal of Neuroscience", vol. 116, n. 2, 2006, pp. 115-125.

CARDINI F. - WEIXIN H. (1998), *Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial*, "The Journal of American Medical Association [JAMA]", vol. 280, n. 18, 1998, pp. 1580-1584.

CASSIDY C.M. (2001) *Beyond numbers: qualitative research methods for Oriental medicine*, cap. 9, pp. 161-171, in STUX G. - HAMMERSCHLAG R. (curatori), *Clinical acupuncture. Scientific basis*, Springer, Berlin, 2001, 227 pp.

CHO Z.H. - NA C.S. - WANG E.K. - LEE S.H. - HONG L.K. (2001), *Functional magnetic resonance imaging of the brain in the investigation of acupuncture*, cap. 5, pp. 83-96, in STUX G. - HAMMERSCHLAG R. (curatori), *Clinical acupuncture. Scientific basis*, Springer, Berlin, 2001, 227 pp.

COSMACINI G. (2005 [1997]), *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, III ediz., Laterza, Roma - Bari, 418 pp.

D'ALBERTO A. (2004), *Auricular acupuncture in the treatment of cocaine/crack abuse: a review of the efficacy, the use of the National Acupuncture Detoxification Association protocol, and the selection of sham points*, "The Journal of Alternative and Complementary Medicine", vol. 10, n. 6, 2004, pp. 985-1000.

DUKE K - DON M. (2005), *Acupuncture use for pre-birth. A literature review and audit-based research*, "Complementary Therapies in Clinical Practice", vol. 11, n. 2, 2005, pp. 121-126.

DUNDEE J.M. - GHALY G. (1991), *Local anesthesia blocks the antiemetic action of P6 acupuncture*, "Clinical Pharmacology & Therapeutics", vol. 50, n. 1, 1991, pp. 78-80.

ERNST E. (1997), *Acupuncture as a symptomatic treatment of osteoarthritis. A systematic review*, "Scandinavian Journal of Rheumatology", vol. 26, n. 6, 1997, pp. 444-447.

ERNST E. - PITTLER M.H. (1998), *The effectiveness of acupuncture in treating acute dental pain: a systematic review*, "British Dental Journal [BDJ]", vol. 184, n. 9, 1998, pp. 443-447 [pubblicato on-line il 9 maggio 1998].

EZZO J. - LAO L. - BERMAN B.M. (2001), *Assessing clinical efficacy of acupuncture. What has been learned from systematic reviews of acupuncture?*, cap. 7, pp. 113-130, in STUX G. - HAMMERSCHLAG R. (curatori), *Clinical acupuncture. Scientific basis*, Springer, Berlin, 2001, 227 pp.

FURLAN A.D. - VAN TULDER M.W. - CHERKIN D.C. - TSUKAYAMA H. - LAO L. - KOES B.W. - BERMAN B.M. (2005), *Acupuncture and dry-needling for low back pain*, "Cochrane Database of Systematic Reviews", n. 1, CD001351.

FROST H. - STEWART-BROWN S. (2006), *Acupressure for low back pain*, "British Medical Journal [BMJ]", vol. 332, n. 7543, 2006, pp. 680-681.

HELMS J.M. (1987), *Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea*, "Obstetrics & Gynecology", vol. 69, n. 1, 1987, pp. 51-56.

HSIEH L.L. - KUO C.H. - LEE L.H. - YEN A.M. - CHIEN K.L. - CHEN TH. (2006), *Treatment of low back pain by acupressure and physical therapy: randomised controlled trial*, "British Medical Journal [BMJ]", vol. 332, n. 7543, pp. 696-700 [pubblicato on-line il 17 febbraio 2006].

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 464 02/11/2010, 16.19

HUI K.K. - LIU J. - MARINA O. - NAPADOW V. - HASELGROVE C. - KWONG K.K. - KENNEDY D.N. - MAKRIS N. (2005), *The integrated response of the human cerebro-cerebellar and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI*, "NeuroImage", vol. 27, n. 3, 2005, pp. 479-496.

JOHANSSON K. - LINDGREN I. - WIDNER H. - WIKLUND I. - JOHANSSON B.B. (1993), *Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients?*, "Neurology", vol. 43, n. 11, 1993, pp. 2189-2192.

JOOS S. - BRINKHAUS B. - MALUCHE C. - MAUPAI N. - KOHNEN R. - KRAEHMER N. - HAHN E.G. - SCHUPPAN D. (2004), *Acupuncture and moxibustion in the treatment of active Crohn's disease: a randomized controlled study*, "Digestion. International Journal of Gastroenterology", vol. 69, n. 3, 2004, pp. 131-139.

JOSEFSON A. - KREUTER M. (2003), *Acupuncture to reduce nausea during chemotherapy treatment of rheumatic diseases*, "Rheumatology", vol. 42, n. 10, 2003, pp. 1149-1154 [pubblicato on-line il 30 maggio 2003].

KAPTCHUK T.J. - STASON W.B. - DAVIS R.B. - LEGEDZA A.R. - SCHNYER R.N. - KERR C.E. - STONE D.A. - NAM B.H. - KIRSCH I. - GOLDMAN R.H. (2006), *Sham device versus inert pill: randomised controlled trial of two placebo treatments*, "British Medical Journal [BMJ]", vol. 332, n. 7538, 2006, pp. 391-397 [pubblicato on-line l'1 febbraio 2006].

KIM Y.-H. - SCHIFF E. - WAALEN J. - HOVELL M. (2006), *Efficacy of acupuncture for treating cocaine addiction: a review paper*, "Journal of Addictive Diseases", vol. 24, n. 4, 2006, pp. 115-132.

KNIGHT B. - MUDGE C. - OPENSHAW S. - WHITE A. - HART A. (2001), *Effects of acupuncture on nausea of pregnancy: a randomized, controlled trial*, "Obstetrics & Gynecology" vol. 97, n. 2, 2001, pp. 184-188.

KOTANI N. - HASHIMOTO H. - SATO Y. - SESSLER D.I. - YOSHIOKA H. - KITAYAMA M. - YASUDA T. - MATSUKI A. (2001), *Preoperative intradermal acupuncture reduces postoperative pain, nausea and vomiting, analgesic requirement, and sympathoadrenal responses* "Anesthesiology. The Journal of the American Society of Anesthesiologists", vol. 95, n. 2, 2001, pp. 349-356.

LANGEVIN H.M. - BOUFFARD N.A. - BADGER G.J. - CHURCHILL D.L. - HOWE A.K. (2006), *Subcutaneous tissue fibroblast cytoskeletal remodeling induced by acupuncture: Evidence for a mechanotransduction-based mechanism*, "Journal of Cellular Physiology", vol. 207, n. 3, 2006, pp. 767-774.

LAO L. - BERGMAN S. - HAMILTON G.R. - LANGENBERG P. - BERMAN B. (1999), *Evaluation of acupuncture for pain control after oral surgery: A placebo controlled trial*, "Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery", vol. 125, n. 5, 1999, pp. 567-572.

LEE A. - DONE M.L. (2004), *Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting*, "Cochrane Database of Systematic Reviews" vol. 3, CD003281.

LEE Y.H. - LEE W. C. - CHEN M.T. - HUANG J.K. - CHUNG C. - CHANG L.S. (1992), *Acupuncture in the treatment of renal colic*, "The Journal of Urology", vol. 147, n. 1, 1992, pp. 16-18.

LUND I. - LUNDEBERG T. - LÖNNBERG L. - SVENSSON E. (2006), *Decrease of pregnant women's pelvic pain after acupuncture: a randomized controlled single-blind study*, "Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica", vol. 85, n. 1, 2006, pp. 12-19.

MANBER R. - SCHNYER R.N. - ALLEN J.J. - RUSH A.J. - BLASEY C.M. (2004), *Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy*, "Journal of Affective Disorders", vol. 83, n. 1, 2004, pp. 89-95 [pubblicato on-line il 15 settembre 2004].

MARGOLIN A. - KLEBER H.D. - AVANTS S.K. - KONEFAL J. - GAWIN F. - STARK E. - SORENSEN J. - MIDKIFF E. - WELLS E. - JACKSON T.R. - BULLOCK M. - CULLITON P.D. - BOLES S. - VAUGHAN (2002), *Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled Trial*, "The Journal of American Medical Association [JAMA]", vol. 287, n. 1, 2002, pp. 55-63.

MELCHART D. - LINDE K. - FISCHER P. - BERMAN B. - WHITE A. - VICKERS A. - ALLAIS G. (2001), *Acupuncture for idiopathic headache*, "Cochrane Database of Systematic Reviews", n. 1, 2001, CD001218.

MELCHART D. - STRENG A. - HOPPE A. - BRINKHAUS B. - WITT C. - WAGENPFEIL S. - PFAFFENRATH V. - HAMMES M. - HUMMELSBERGER J. - IRNICH D. - WEIDENHAMMER W. - WILLICH S.N. - LINDE K. (2005), *Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial*, "British Medical Journal [BMJ]" vol. 331, n. 7513, 2005, pp. 376-382 [pubblicato on-line il 29 luglio 2005].

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 465 02/11/2010, 16.19

MUKAINO Y. - PARK J. - WHITE A. - ERNST E. (2005), *The effectiveness of acupuncture for depression – a systematic review of randomised controlled trials*, "Acupuncture in Medicine", vol. 23, n. 2, 2005, pp. 70-76.

NERI I. - ALLAIS G. - SCHIAPPARELLI P. - BLASI I. - BENEDETTO C. - FACCHINETTI F. (2005), *Acupuncture versus pharmacological approach to reduce Hyperemesis gravidarum discomfort*, "Minerva Ginecologica", vol. 57, n. 4, 2005, pp. 471-475.

PARIENTE J. - WHITE P. - FRACKOWIAK R.S.J. - LEWITH G. (2005), *Expectancy and belief modulate the neural substrates of pain treated by acupuncture*, "NeuroImage", vol. 25, n. 4, 2005, pp. 1161-1167.

PATEL M. - GUTZWILLER F. - PACCAUD F. - MARAZZI A. (1989), *A meta-analysis of acupuncture for chronic pain*, "International Journal of Epidemiology", vol. 18, n. 4, 1989, pp. 900-906.

POMERANZ B. (2001) *Acupuncture analgesia*, in STUX G. - HAMMERSCHLAG R. (curatori), *Clinical Acupuncture. Scientific basis*, Springer, Berlin, 2001, 227 pp.

PROCTOR M.L. - SMITH C.A. - FARQUHAR C.M. - STONES R.W. (2002) *Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea*, "Cochrane Database of Systematic Reviews", n. 1, 2002, CD002123 [pubblicato on-line il 21 gennaio 2002].

RORSMAN Ia. - JOHANSSON B. (2006), *Can electroacupuncture or transcutaneous nerve stimulation influence cognitive and emotional outcome after stroke?*, "Journal of Rehabilitation Medicine", vol. 38, n. 1, 2006, pp. 13-19.

RÖSCHKE J. - WOLF C. - MÜLLER M.J. - WAGNER P. - MANN K. - GRÖZINGER M. - BECH S. (2000), *The benefit from whole body acupuncture in major depression*, "Journal of Affective Disorders.", vol. 57, n. 1, 2000, pp. 73-81.

SHEN J. - WENGER N. - GLASPY J. - HAYS R.D. - ALBERT P.S. - CHOI C. - SHEKELLE P.G. (2000), *Electroacupuncture for control of myeloablative chemotherapy-induced emesis: A randomized controlled trial*, "The Journal of American Medical Association [JAMA]", vol. 284, n. 21, 2000, pp. 2755-2761.

SINGH B.B. - WU W.S. - HWANG S.H. - KHORSAN R. - DER-MARTIROSIAN C. - VINJAMURY S.P. - WANG C. N. - LIN S.Y. (2006), *Effectiveness of acupuncture in the treatment of fibromyalgia*, "Alternative Therapies in Health and Medicine", vol. 12, n. 2, 2006, pp. 34-41.

SMITH C.A. - HAY P. P. (2005), *Acupuncture for depression*, "Cochrane Database of Systematic Reviews" n. 2, 2005, CD004046 [pubblicato on-line il 20 aprile 2005].

SOMRI M. - VAIDA S.J. - SABO E. - YASSAIN G. - GANKIN I. - GAITINI L.A. (2001), *Acupuncture versus ondansetron in the prevention of postoperative vomiting, A study of children undergoing dental surgery*, "Anaesthesia", vol. 56, n. 10, 2001, pp. 927-932.

STENER-VICTORIN E. - KOBAYASHI R. - WATANABE O. - LUNDEBERG T. - KUROSAWA M. (2004), *Effect of electro-acupuncture stimulation of different frequencies and intensities on ovarian blood flow in anaesthetised rats with steroid-induced polycystic ovaries*, "Reproductive Biology and Endocrinology", n. 2, 2004, p. 16-24.

STUX G. - HAMMERSCHLAG R (2001), *Clinical Acupuncture. Scientific Basis*, Springer, Berlin, 2001, 227 pp.

TERNOV K. - NILSSON M. - LÖFBERG L. - ALGOTSSON L. - AKESON J. (1998), *Acupuncture for pain relief during childbirth*, "Acupuncture & Electro-Therapeutics Research", vol. 23, n. 1, 1998, pp. 19-26.

THOMAS M. - LUNDEBERG T. - BJÖRK G. - LUNDSTRÖM-LINDSTEDT V. (1995), *Pain and discomfort in primary dysmenorrhea is reduced by preemptive acupuncture or low frequency TENS*, "European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine", vol. 5, n. 3, 1995, pp. 71-76.

TODA K. - ICHIOKA M. (1978), *Electro-acupuncture: relations between forelimb afferent impulses and suppression of jaw-opening reflex in the rat*, "Experimental Neurology", vol. 61, n 2, 1978, pp. 465-470.

VAS J. - MENDEZ C. - PEREA-MILLA E. - VEGA E. - PANADERO M.D. - LEON J.M. - BORGE M.A. - GASPAR O. - SANCHEZ-RODRIGUEZ F. - AGUILAR I. - JURADO R. (2004), *Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial*, "British Medical Journal [BMJ]", vol. 329, n. 7476, p. 1216 [pubblicato on-line il 19 ottobre 2004].

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 466 02/11/2010, 16.19

VICKERS A.J. - STRAUS D.J. - FEARON B. - CASSILETH B.R. (2004), *Acupuncture for postchemotherapy fatigue: a phase II study*, "Journal of Clinical Oncology", vol. 22, n. 9, 2004, pp. 1731-1735.

VICKERS A.J. - REES R.W. - ZOLLMAN C.E. - MCCARNEY R. - SMITH C.M. - ELLIS N. - FISHER P. - VAN HASELEN R. (2004), *Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial*, "British Medical Journal [BMJ]", vol. 328, n. 7442, 2004, p. 744, [pubblicato on-line il 15 marzo 2004].

WATKINS L.R. - MAIER S.F. (2002), *Beyond neurons: evidence that immune and glial cells contribute to pathological pain states*, "Physiological Reviews", vol. 82, n. 4, 2002, pp. 981-1011.

WHITE A.R. (2003), *A review of controlled trials of acupuncture for women's reproductive health care*, "Journal of Family Planning and Reproductive Health Care", vol. 29, n. 4, 2003, pp. 233-236.

WHITE A.R. - RAMPES H. - CAMPBELL J.L. (2006), *Acupuncture and related interventions for smoking cessation*, "Cochrane Database of Systematic Reviews", n. 1, 2006, CD000009 [pubblicato on-line il 20 gennaio 1997].

WYON Y. - WIJMA K. - NEDSTRAND E. - HAMMAR M. (2004), *A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women*, "Climacteric. The Journal of the International Menopause Society", vol. 7, n. 2, 2004, pp. 153-164.

ZHANG S.H. - LIU M. - ASPLUND K - LI L. (2005), *Acupuncture for acute stroke*, "Cochrane Database of Systematic Reviews", n. 2, 2005, CD003317 [pubblicato on-line il 20 aprile 2005].

Scheda sull'Autore

Francesco Bottaccioli, fondatore e primo presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI), associazione scientifica che raggruppa studiosi di varia estrazione, biomedica, psicologica, filosofica, fisica, con sede a Roma.

Dirige la SIMAISS, Scuola di medicina integrata per medici e psicologi. Insegna PNEI in corsi di formazione post-laurea, universitari e del servizio sanitario nazionale.

Svolge un'intensa attività divulgativa collaborando stabilmente a varie riviste, tra cui l'inserto "Salute" del quotidiano "La Repubblica". Ha pubblicato numerosi libri, tra cui ricordiamo *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Milano, 1995 e 2005 (tradotto in lingua francese); *Mente inquieta. Stress, ansia e depressione*, Milano, 2000 (tradotto in lingua greca); *Allenare le difese*, Milano, 2001 (è in corso una traduzione in lingua francese); *Il sistema immunitario: la bilancia della vita*, Milano, 2002; (con A. Carosella) *Meditazione, psiche e cervello*, Milano, 2003; (con A. Carosella) *Meditazione, passioni e salute*, Milano, 2006.

Riassunto

Agopuntura: efficacia clinica e meccanismi d'azione nella letteratura biomedica internazionale

La medicina tradizionale cinese è certamente la più organica dottrina medica antica tuttora operante in larga parte del mondo. Costituisce un'importante risorsa di salute

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 467 02/11/2010, 16.19

in Cina, ma, al tempo stesso, negli ultimi trent'anni, ha avuto una crescente diffusione in tutti i paesi industrializzati.

Essa si articola in cinque aree fondamentali, tra cui l'agopuntura, che è certamente la metodica terapeutica più nota e diffusa in occidente.

Negli ultimi due decenni, è cresciuto l'impegno cinese ed occidentale nella verifica dell'efficacia clinica e dei possibili meccanismi d'azione dell'agopuntura.

Il presente lavoro prende in esame però la ricerca pubblicata solo nelle riviste scientifiche occidentali tra il 1985 e il 2006.

È diviso in tre parti. Nella prima si passano in rassegna i più significativi studi clinici divisi per patologia. Nella seconda vengono identificati i principali problemi di metodologia della ricerca relativamente al disegno dello studio (gruppo di controllo) e alla corretta applicazione dei principi base della medicina tradizionale cinese sia in fase di reclutamento che di elaborazione dei protocolli terapeutici.

Nella terza vengono evidenziati gli studi che mostrano, anche con l'ausilio delle tecniche di *neuroimaging*, i meccanismi d'azione dell'agopuntura.

Da questa ampia rassegna si può concludere che l'agopuntura ha effetti biologici locali e sistemici, mediati per via nervosa e neuroendocrinoimmunitaria, che spiegano l'efficacia clinica riscontrata in numerose patologie.

Le note conclusive discutono i punti di contatto tra l'epistemologia olistica dell'antica medicina cinese e l'epistemologia sistemica della psiconeuroendocrinoimmunologia, base di una medicina integrata di tipo scientifico.

Parole chiave: medicina tradizionale cinese /agopuntura / studio randomizzato e controllato /revisione sistematica / efficacia clinica / meccanismi dell'agopuntura / olismo antico / psiconeuroendocrinoimmunologia / medicina integrata

Résumé

Acupuncture: efficacité clinique et les mécanismes d'action dans la littérature biomédicale internationale

La médecine traditionnelle chinoise est un système médical complet construit au cours des siècles et utilisé actuellement par une grande partie de la population mondiale.

Depuis plus de 30 ans sa popularité a eu une croissance exceptionnelle aussi dans tout l'Occident.

La MTC comporte cinq disciplines principales dont l'acupuncture est la plus reconnue et répandue en Occident.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 468 02/11/2010, 16.19

Dans les dernières décennies les pays asiatiques et occidentaux ont mené des recherches cliniques pour vérifier l'efficacité de l'acupuncture et ses mécanismes d'actions.

Cet ouvrage analyse la recherche scientifique publiée dans les revues médicales occidentales entre 1985 et 2006.

La revue est divisée en trois parties.

La première partie passe à travers des études cliniques organisés par pathologie.

La deuxième partie analyse les contraintes méthodologiques dans les essais contrôlés randomisés et les difficultés rencontrées dans l'application correcte de fondements de la médecine chinoise soit dans le recrutement que dans le développement des protocoles thérapeutiques.

Le sujet de la troisième partie sont les résultats obtenus en utilisant l'imagerie par résonnance magnétique du cerveau. Cette nouvelle technologie permet de mesurer les mécanismes d'actions de l'acupuncture.

Les résultats de cet étude démontre comme l'acupuncture a des effets biologiques locaux et systémiques opérés par via d'une réponse nerveuse et psychoneuroendocrinoimmunitaire. Ça explique l'efficacité prouvée dans des nombreuses pathologies.

En résumé on discute sur les points de contact entre l'épistémologie holistique de l'ancienne médecine chinoise et l'épistémologie systémique de la psychoneuroendocrinoimmunologie, base d'une médecine scientifique intégrée.

Mots-clés: médecine traditionnelle chinoise / acupuncture / essai contrôlé randomisé / revue systématique / efficacité clinique / mécanismes de l'acupuncture / holisme ancien / psychoneuroendocrinoimmunologie / médecine intégrée

Resumen

Acupuntura: eficacia clínica y mecanismos de acción en la literatura biomédica internacional

La medicina china tradicional es ciertamente la doctrina médica antigüa más orgánica, todavía, empleada en gran parte del mundo. Constituye un importante recurso de la salud en China, pero, al mismo tiempo, en los últimos treinta años, ha tenido una creciente divulgación en todos los países industrializados.

La misma se articula en cinco áreas fundamentales, entre las cuales la acupuntura, que es ciertamente la metodología terapeútica más conocida en occidente.

En los últimos dos decenios, ha crecido el empeño chino y occidental puesto en verificar la eficacia clínica y de los posibles mecanismos de acción de la acupuntura.

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 469 02/11/2010, 16.19

El presente trabajo toma en examen la investigación publicada únicamente en las revistas científicas occidentales entre el 1985 y el 2006.

Está dividido en tres partes. En la primera se exponen los estudios clínicos más significativos divididos por patología. En la segunda se identifican los principales problemas de metodología de la investigación relativos al proyecto del estudio (grupo de control) y a la correcta aplicación de los principios básicos de la medicina tradicional china, sea en fase de reclutamiento que de elaboración de los protocolos terapeútico.

En la tercera se destacan los estudios que muestran, también con la ayuda de las técnicas de *neuroimaging,* los mecanismos de acción de la acupuntura.

De esta amplia exposición se puede sacar como conclusión que la acupuntura tiene efectos biológicos locales y sistémicos, transmitidos por vía nerviosa y neuroendocrinoinmuntaria, que explican la eficacia clínica verificada en numerosas patologías.

En la conclución se discuten los puntos de contacto existentes entre la epistemología holística de la antigüa medicina china y la epistemología sistémica de la psiconeuroendocrinoinmunología, base de una medicina integrada de tipo científica.

Palabras claves: medicina china tradicional / acupuntura / estudio randomizado y controlado / revisión sistemática / eficacia clínica / mecanismos de la acupuntura / olismo antiguo / psiconeuroendocrinoinmunología / medicina integrada.

Abstract

Acupuncture: clinical efficacy and mechanism of action in international biomedical literature

Traditional Chinese medicine is certainly the most ancient organic medical doctrine still operating in a large part of the world. Constitutes an important resource for health in China, but at the same time, over the past thirty years, has had an increasing spread in all industrialised countries.

It is divided into five key areas, including acupuncture, therapeutic method that is certainly the most famous and popular in the West.

Over the past two decades, efforts in monitoring Chinese and Western clinical efficacy and the possible mechanisms of action of acupuncture are increased.

This paper examines the research published only in Western journals between 1985 and 2006.

It is divided into three parts. In the first the review of the most significant clinical trials divided by pathology. In the second the main problems of the methodology of research are identified in relation to study design (control group) and the correct application of

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 470 02/11/2010, 16.19

the basic principles of traditional Chinese medicine that are both in the stage of recruitment and processing of the treatment protocols.

In the third are highlighted the studies that show with the aid of *neuroimaging* techniques, the mechanisms of the action of acupuncture.

From this extensive review it is concluded that acupuncture has local and systemic biological effects, mediated both by nerve system and neuroendocrinoimmunitarian, explaining the clinical efficacy observed in several diseases.

The concluding remarks discuss the points of contact between the holistic epistemology of ancient Chinese medicine and the systemic epistemology of Psychoneuroendocrinoimmunology, the basis of an integrated medicine of scientific type.

Key words: traditional Chinese medicine / acupuncture / randomised controlled study / systematic review / clinical effectiveness / mechanisms of acupuncture / early holism / psychoneuroendocrinoimmunology / integrated medicine

17-(Rassegne) Bottaccioli.pmd 471 02/11/2010, 16.19

AM 21-22, 23-24 e 25-26 (2006-2008)
Rivista della Società italiana di antropologia medica

Osservatorio

■ *01. Panorami* 475

L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo [Elisa Pasquarelli], 435.

■ *02. Istituzioni*

■ *03. Resoconti* 497

Workshop "Per un'antropologia medica in ospedale. Strategie e pratiche socio-culturali per un assetto ospedaliero centrato sul paziente". Firenze [Palazzo dei Congressi, piazza Adua 1], sabato 2 aprile 2005 [Noel Gazzano], 497 / *II Convegno nazionale: "Per un welfare sostenibile. La cooperazione dei medici di famiglia e la cooperazione sociale nelle cure primarie. Casa della salute, residenzialità territoriale, domiciliarità, termalismo e benessere. Fiuggi [Teatro delle Fonti di Fiuggi], 14-16 settembre 2007* [Gianfranca Ranisio], 502.

■ *04. Segnalazioni*

■ *05. Lavori in corso*

■ *06. Recensioni* 505

Massimiliano Minelli, *Etnopsicoanalisi: i dialoghi incompiuti e le sfide della ricerca* [Roberto Beneduce - Elisabeth Roudinesco (curatori), *I. Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto* / Roberto Beneduce - Elisabeth Roudinesco (curatori), *II. Antropologia della cura*], 505 / Alessandro Salvini, *La rivoluzione paradigmatica della Psiconeuroendocrinoimmunologia* [Francesco Bottaccioli, *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici della*

relazione mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata], 509 / Claudia Avitabile, *Salute e pluralità culturale in America Latina* [Gerardo Fernández Juárez (curatore), *Salud e interculturalidad en America Latina. Perspectivas antropológicas*], 515 / Pia Maria Koller, *Sul malessere della nostra medicina* [Guido Giarelli, *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*], 519 / Fabio Dei, *L'antropologia medica tra vocazione critica e scienza normale* [Giovanni Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*], 523 / Gianfranca Ranisio, *Antropologia del fitness e del wellness* [Domenico Scafoglio (curatore), *L'odore della bellezza. Antropologia del fitness e del wellness*], 527.

■ *07. Schede di lettura* 531

■ *08. Spoglio dei periodici*

■ *09. Tesi universitarie* 547

■ *10. Documenti audiovisuali*

Hanno contribuito alla redazione delle varie sezioni dell'Osservatorio, in questo fascicolo di *AM*, i seguenti collaboratori:
Claudia Avitabile, Fabio Dei, Noel Gazzano, Pia Maria Koller, Massimiliano Minelli, Elisa Pasquarelli [EPa], Giovanni Pizza [GPi], Gianfranca Ranisio [GRa], Alessandro Salvini.

01. Panorami

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicati brevi quadri informativi su filoni scientifici nazionali, scuole o indirizzi teorici o aree tematiche di ricerca o intervento, che pur diversamente "affermate" nella letteratura corrente convergono tuttavia in varia forma e in modo significativo a comporre il variegato ambito di lavoro della antropologia medica.

L'etnografia dell'ospedale. Alcune prospettive di studio nel dibattito antropologico contemporaneo (1)

Elisa Pasquarelli

dottoranda di ricerca in Etnologia e etnoantropologia, Università degli studi di Roma "La Sapienza"

Gli aspetti teorico-metodologici della frequentazione etnografica degli spazi clinici sono stati di recente ridiscussi nel dibattito disciplinare della antropologia medica e, in particolare, nel settore di studi noto come "etnografia dell'ospedale". Si tratta di una riflessione che costituisce un contributo di notevole importanza nello spettro degli interessi di una antropologia della biomedicina. Questo panorama critico intende passare in rassegna alcuni contributi che hanno sancito la (ri)apertura della riflessione su questo ambito di ricerca, con l'intento di tratteggiarne il retroterra teorico ed evidenziarne le potenzialità euristiche, senza tralasciare le problematiche metodologiche connesse a questo tipo di indagine etnografica (2). Il nucleo centrale dei lavori a cui mi riferisco è costituito da tre volumi monografici di altrettante eminenti riviste scientifiche dedicati allo studio etnografico dell'ospedale: il primo è apparso nel 2004, in "Social Science & Medicine" (vol. 59, n. 10) e fu curato da Sjaak van der Geest e Kaja Finkler; nel 2008 sono stati distribuiti fra le riviste "Anthropology and Medicine" (vol. 15, n. 2) e il "Journal of Contemporary Ethnography" (vol. 37, n. 2) i contributi presentati alla Conferenza della Australian Anthropology Society, che si tenne a Cairns (Queensland) nel 2006; rispettivamente, i volumi sono curati da Cynthia Hunter, Debbi Long, Sjaak van der Geest; e da Kaja Finkler, Cynthia Hunter, Rick Iedema.

Breve inquadramento degli studi sull'ospedale

Sugli aspetti sociali e culturali degli ambienti ospedalieri si assesta un'attenzione analitica, in ambito prevalentemente sociologico, negli anni Cinquanta e Sessanta del Nove-

19-(Osserv) Panorami.pmd 475 02/11/2010, 16.20

cento e a questi studi, coevi al più celebre e classico lavoro di Erving Goffman sulle istituzioni totali (Goffman E. 2003 [1961]), comuni sono: l'interesse per la natura dei ruoli professionali, per i processi di socializzazione del ruolo, per l'influenza esercitata da contesti, organizzazione ed ideologie istituzionali (Gaines A.D. - Hahn R.A. 1985), nonché una visione dell'ospedale quale realtà "culturale" indipendente ed autonoma rispetto alla dimensione sociale circostante. In un testo dal sapore pionieristico negli studi di questo tipo svolti all'epoca, *Life in the ward* (Coser R.L. 1962), l'ospedale viene descritto come un luogo "esotico", una "piccola isola chiusa" i cui abitanti – malati intesi in senso parsonsiano, in una condizione temporanea di sospensione dei ruoli abituali – sono sottratti al mondo esterno dove si conduce invece la "vita normale" (Long D. - Hunter C. - van der Geest S. 2008: 71-72); l'ospedale traspare, in generale, come un dominio circoscrivibile, "subcultura" unica (King S. 1962) ed isolata (Baziak A.T. - Denton R.K. 1965) all'interno di una più ampia società [3]. In questa fase degli studi sull'ospedale, proprio perché esso viene individuato come un mondo culturale autonomo, le analisi sono caratterizzate da una certa trascuratezza delle implicazioni che ha, nella definizione della vita sociale dello spazio clinico, il suo radicamento entro specifiche coordinate storico-culturali, sociali e politiche. A onor del vero, anche in etnografie dell'ospedale di più recente data il rapporto fra contesto ed ospedale è rimasto spesso inesplicato perché i lavori miravano piuttosto ad analizzare le forme che, appunto *al suo interno*, assumono la biomedicina e il discorso biomedico (cfr. Zaman S. 2004): ma l'ospedale rifrange, tanto quanto ne subisce la forza plasmatrice, presupposti culturali ed ideologici, rapporti simbolici e valoriali, condizioni e limitazioni politico-economiche della realtà in cui si incastra, ed è su questa acquisizione teorica che una pensabilità antropologica dell'ospedale ha potuto essere validamente ipotizzata.

Uno fra i primi manuali di antropologia medica, edito nel 1978 da George M. Foster e Barbara G. Anderson, dedicava agli ospedali un intero capitolo il cui paragrafo introduttivo, però, avvisava significativamente del fatto che la maggior parte dei lavori presi in esame erano stati prodotti da non-antropologi (Foster G.M. - Anderson B.G. 1978: 164). La prevalenza di fonti provenienti da settori delle scienze sociali diversi dall'antropologia veniva spiegata dai due Autori con la predilezione della disciplina per il settore psichiatrico, rimandata alla stessa concettualizzazione dell'ospedale come "piccola società", tipica degli studi di questi anni: infatti, essa sollevava la questione di rintracciare all'interno dei nosocomi una o più "culture" e "subculture" che collimassero con la formulazione antropologica della nozione di "cultura" come era stata concepita fino a quel momento nella tradizione disciplinare, e che si adattasse all'applicazione degli strumenti di rilevazione "testati" nei contesti "altri": gli ospedali psichiatrici sembravano meglio appagare quest'esigenza, rispetto agli ospedali generali.

> «Se, come la maggior parte degli antropologi crede, le culture richiedono tempo per svilupparsi, le persone che interagiscono quotidianamente per molti anni hanno più probabilità di sviluppare una cultura possibile rispetto a coloro i cui contatti sono transitori. Noi riteniamo che, a causa della continuità dell'interazione tra i loro membri, le culture dei degenti negli ospedali psichiatrici sia più pienamente sviluppata che negli ospedali generali [...]. Sembra plausibile che la ragione per la quale gli antropologi sono stati attratti dallo studio degli ospedali psichiatrici risieda nella congenialità di quanto vi hanno trovato: una vera cultura che può essere studiata attraverso i metodi che hanno usato per l'indagine di altre culture» (Foster G.M. - Anderson B.G. 1978: 166-167).

Nei decenni successivi agli anni Sessanta del Novecento, i lavori antropologici in ambito clinico sono sporadici (cfr. van der Geest S. - Sarkodie S. 1998, van der Geest S. - Finkler K.

19-(Osserv) Panorami.pmd 476 02/11/2010, 16.20

2004, Zaman S. 2004, Finkler K. 2008, Long D. - Hunter C. - van der Geest S. 2008) e, come detto, non sempre capaci di percorrere le dinamiche che legano l'ospedale alle cornici storico-culturale e politico-economica del luogo in cui si trova, catturando ed evidenziano i meccanismi che fondano la sostanziale diversificazione interna degli spazi ospedalieri. D'altra parte, tale diversificazione non si era ancora imposta come tratto elettivo dell'ospedale, che si riteneva fosse pensato e realizzato, nel solo rispetto delle esigenze della pratica clinica, sulla base dei principi "universali" della biomedicina (cfr. van der Geest S. - Finkler K. 2004) che gli conferivano caratteristiche omogenee e ricorrenti a prescindere da dove era ubicato, come suggerito da quelle apparentemente più lampanti: si pensi all'uniformità di dispositivi strumentali e tecnologici, alla coincidenza delle prassi organizzative e delle funzioni espletate, alla stabilità delle forme architettoniche, alla standardizzazione delle dinamiche istituzionali e burocratiche.

È evidente come questa visione dell'ospedale contrasti con la concezione antropologica attuale della biomedicina, di cui gli studi storico-culturali hanno messo in luce il carattere proteiforme, variabile, ed internamente differenziato, sottraendola alla identificazione con un apparato unitario e monolitico, fondato su indiscutibili principi di scientificità, razionalità, universalità (cfr. Gordon D. 1988)[4]. Nella storia di questi studi, la revisione concettuale della nozione antropologica di "cultura" – non più bagaglio stabile e fisso di caratteristiche attribuibili alle persone o ai contesti, bensì realtà processuale e dinamica estrinsecata in pratiche concrete di continua produzione culturale – ha inciso anche sulla stessa idea di una "cultura della biomedicina" che «non è da intendersi come un'"essenza" fissa, ma piuttosto come un processo culturale in movimento, come una realtà in continuo divenire, vissuta da persone in carne ed ossa» (Pizza G. 2005: 147). Nonostante sia innegabile la funzione storica che ha svolto nell'evoluzione degli studi antropologici su questa istituzione, la nozione di "cultura" biomedica «si è rivelata poco efficace per comprenderne le "politiche", cioè per cogliere all'opera le azioni reali delle persone in carne ed ossa che abitano il "sistema"» (Pizza G. 2005: 130), ed oggi lo spazio sociale della biomedicina viene inquadrato, mutuando la definizione di "campo" elaborata da Pierre Bourdieu (Bourdieu P. 2003 [2001]), come "campo biomedico", cioè come uno spazio regolato da rapporti di forza nel quale agiscono specifiche istituzioni e vi operano i soggetti che ne fanno parte. È su questo terreno teorico che poggia l'etnografia dell'ospedale, proprio per il fatto di condurre negli spazi concreti in cui la biomedicina "prende forma"; l'ospedale, istituzione cardinale fra essi, si presenta connotato da equilibri soggetti ad una costante (ri)negoziazione da parte degli individui presenti, e la sua vita sociale globale è, di fatto, esito specifico della loro coabitazione.

Può apparire paradossale che al progredire degli studi storici e culturali sulla biomedicina non abbia corrisposto lo sviluppo parallelo di una riflessione sulla natura e sulle funzioni degli ospedali, considerati «identici cloni di un modello biomedico globale» (van der Geest S. - Finkler K. 2004: 1996) nonostante il fatto che la loro vita sociale interiore si mostri eterogenea e mutevole, non solamente in contesti differenti. L'ospedale non è un "prodotto" della biomedicina impiantato sempre uguale a se stesso in ogni ambiente sociale, ma una istituzione che assorbe le logiche del suo contorno storico-culturale, le ripropone, e non è immobile di fronte ai processi storici e di mutamento sociale che investono la società in cui s'inserisce. Per questo, una etnografia dell'ospedale può prefiggersi l'approfondimento delle congiunzioni che esistono fra il contesto clinico ed il contesto sociale, evidenziando la derivante pluralità delle forme di vita ospedaliera riscontrabili in varie parti del mondo. Peraltro, la biomedicina stessa si

19-(Osserv) Panorami.pmd 477 02/11/2010, 16.20

presenta come una «sfera deterritorializzata, né completamente "globale", né unicamente "locale"» (Del Vecchio-Good J. 1999: 36), perciò le etnografie dell'ospedale – che è uno dei luoghi in cui il sapere medico-scientifico si materializza nella pratica clinica – possono anche consentire di leggere le forme della rielaborazione culturale che la biomedicina, nei suoi approdi ormai planetari, subisce.

L'ospedale e la realtà storico-culturale e socioeconomica. Due esempi

Lo studio condotto da Kaja Finkler in un ospedale di Città del Messico (Finkler K. 2004, cfr. Finkler K. 2008: 159-163) nasce programmaticamente con l'intento di esplorare le modalità di reinterpretazione culturale della biomedicina e le conseguenze teorico-pratiche di questo processo: l'indagine etnografica era focalizzata sulla pratica medica tributando maggior attenzione alla elaborazione delle diagnosi, in un dialogo costante con fattori storico-culturali e socioeconomici contestuali.

La biomedicina occupa in Messico una posizione egemonica, anche se i sistemi di cura tradizionali, professionalizzati e non, sono molto diffusi: agopuntura, omeopatia, guarigione spirituale... e gode di estesa fiducia presso l'utenza, al punto che il fallimento dei suoi "poteri curativi" viene traslato attraverso il filtro esplicativo dell'attacco stregonesco (Finkler K. 2004: 2044). Ad uno sguardo superficiale, essa non mostra differenze significative rispetto alla controparte nordamericana con la quale, al contrario, condivide molti elementi: la nosografia, la strumentazione tecnologica, le risorse farmaceutiche; il fondamento biologico del percorso formativo che trasmette un approccio riduzionista e dualista ed alimenta una visione frammentata del corpo; l'impostazione paternalistica della relazione medico-paziente, anche se in Messico i pazienti interpretano questo paternalismo come un segnale dell'interessamento medico per la loro condizione ed i manuali di studio che, tuttavia, falliscono nella rappresentazione della realtà epidemiologica del paese poiché danno molto spazio a microorganismi che causano malattie sostanzialmente estranee al contesto (la febbre gialla, la febbre del Montana) e, viceversa, trascurano quelli che provocano i quadri patologici qui più diffusi, come le Salmonelle che portano gastroenteriti (Finkler K. 2004: 2042).

Nonostante l'adesione ad una nomenclatura nosologica medica omogenea, le diagnosi non apparivano "culturalmente neutre" ma riflesso delle influenze conviventi nella biomedicina messicana: gli approcci clinici francesi, la marcata enfasi sulla ricerca e sulle tecnologie avanzate tipica della medicina nordamericana, le tradizionali esplicazioni eziologiche locali. Dopo l'ottenimento dell'Indipendenza (1810), che chiude il periodo di colonizzazione inaugurato dalla Conquista Spagnola del 1519, in Messico la medicina di importazione occidentale viene glorificata a detrimento di quella tradizionale e si afferma la tendenza a studiare in Europa e, particolarmente, in Francia. È poi negli anni Quaranta del Novecento che penetra nella biomedicina messicana una marcata influenza del modello statunitense, di cui replica la specializzazione e l'organizzazione di ospedali e istituzioni formative. Sulla riconoscibile matrice nordamericana, si innestano però delle caratteristiche distintive della biomedicina messicana che devono essere ricomprese entro le specifiche coordinate socioeconomiche e socioculturali in cui viene praticata affinché si rivelino, nella prassi quotidiana, come prodotto di una forma di rielaborazione culturale della biomedicina (cfr. Finkler K. 2004: 2041). Già il fatto che i medici messicani contrappongano l'eredità francese basata sull'enfasi del

19-(Osserv) Panorami.pmd 478 02/11/2010, 16.20

modello clinico con la quale prediligono identificarsi al retaggio statunitense, più focalizzato sull'approccio tecnologico, è riconducibile alla specificità di una realtà economica in cui l'accesso alla tecnologia è precluso ai medici e spesso eluso proprio per fronteggiare strategicamente le limitazioni finanziarie in cui l'agire medico deve districarsi. La riconsiderazione di certi esami, quali una radiografia o un elettrocardiogramma, come generalmente non necessari (*ivi*: 2046) e l'evitamento della loro prescrizione routinaria dalla pratica diagnostica danno risposta attiva a queste costrizioni risparmiandone il costo all'ospedale e ai pazienti, tuttavia, ciò obbliga i medici a gestire la contraddizione fra le priorità finanziarie che assecondano e le esigenze del malato: un medico ammise che molti degli uomini fra i venti ed i trent'anni che lamentavano dolori al torace potevano avere una angina o un infarto del miocardio perché nonostante in quella fascia d'età fosse statisticamente più probabile che si trattasse di dolori muscolari, esistevano sempre delle eccezioni ma «le strutture mediche all'ospedale lo dissuasero dall'ordinare in modo consuetudinario un elettrocardiogramma per ogni giovane uomo che riferiva un dolore al torace» (Finkler K. 2004: 2046) anche a dispetto del fatto che i suoi pazienti si sentivano meglio quando l'elettrocardiogramma risultava normale (*ivi*: 2047). L'uso della tecnologia da parte dei medici era votato principalmente alla conferma del proprio giudizio clinico, e se gli esiti delle analisi tecnologiche era contraddetto dall'insieme dei dati clinici, di solito, davano fiducia a questi ultimi assumendo che il referto dei test fosse sbagliato (Finkler K. 2008: 162-163). In linea con l'impianto formativo di stampo statunitense che avevano ricevuto, i medici coinvolti nello studio conferivano grande importanza ad eziologia, diagnosi e trattamento. Essi, però, attingevano al repertorio eziologico tradizionale adottando i quadri esplicativi indigeni relativi alle emozioni, ad esperienze negative, a cause sociali ed ambientali e all'alimentazione, reintegrando le diagnosi nelle griglie interpretative della biomedicina secondo le sue etichette nosologiche: la categoria diagnostica locale dei *nerves*, per esempio, era considerata dai medici sia come una malattia sia come una possibile causa, ma in entrambi i casi veniva ridotta ad un disturbo di tipo organico, ad una disfunzione neurologica (Finkler K. 2004: 2045-2046). L'Autrice nota inoltre che le diagnosi variavano anche in base al medico che le produceva, talora tradendo l'azione di credenze eziologiche personali – ed è soprattutto di fronte a malattie di incerta eziologia, come quelle croniche che hanno rimpiazzato le infettive, che si descrive intorno al medico uno "spazio" di mistero, in cui l'attribuzione diagnostica e di causalità risultano molto più malleabili e suscettibili di una interpretazione culturale o personale (*ivi*: 2048-2049) – ma comunque «le diagnosi ruotavano principalmente intorno alla disfunzione fisiologica» (Finkler K. 2004: 2046).

La biomedicina messicana appare insomma presa fra due mondi: da un lato, quello della medicina tecnologizzata moderna, dall'altro la realtà di una nazione "in via di sviluppo" dove medici e pazienti perpetuano una comprensione tradizionale della malattia che richiede tecnologie semplici per la gestione dei quadri patologici più diffusi, peraltro causati dalla povertà e dalle avverse condizioni sanitarie: il desiderio dei malati di accedere a risorse tecnologiche, riscontrabile probabilmente in ogni parte del mondo, nel caso dei pazienti dell'ospedale dove l'Autrice condusse la propria ricerca richiedeva perciò dei cambiamenti politici atti a risolvere il problema della povertà e a migliorare l'offerta sanitaria (*ivi*: 2048). Attraverso l'osservazione della pratica medica in un dato ospedale, Kaja Finkler ha dimostrato come questi due piani dialogassero all'interno di una fisionomia biomedica situata: «in breve, la biomedicina viene "messicanizzata" in Messico» (Finkler K. 2004: 2048). In effetti, nel contesto globalizzato odierno, la massiccia esportazione del modello biomedico non sfocia in una ibridazione di

19-(Osserv) Panorami.pmd 479 02/11/2010, 16.20

tutti gli aspetti della biomedicina nonostante taluni elementi paiano gli stessi in tutto il mondo: essi subiscono in realtà una riplasmazione culturale, ed è proprio sulla giustapposizione fra quanto sembra rimanere inalterato e ciò che subisce una manipolazione culturalmente veicolata che può attestarsi una esplorazione analiticamente proficua.

La prerogativa conoscitiva della etnografia dell'ospedale insita nella sua vocazione a rintracciare, nella dispersione di azioni e decisioni rinvenibili al suo interno, la morfologia o le morfologie che esso assume, in contesti situati, attraverso le specifiche pratiche di specifici attori sociali, consente accesso analitico ad una più estesa realtà storico-culturale, sociale, politica ed economica, come dimostra, per esempio, la correlazione rintracciata da Shahaduz Zaman, medico e antropologo che avrò ancora modo di citare, in un lungo studio etnografico svolto all'interno di un ospedale in Bangladesh, fra l'esperienza quotidiana della vita di reparto e le caratteristiche della società nel suo complesso riguardo a gerarchie, disuguaglianze sociali, meccanismi della violenza, rapporti di forza e relazioni di genere (Zaman S. 2004).

Nel reparto ortopedico bangladese dove ha svolto la ricerca (Zaman S. 2004, 2006, 2008) venivano ricoverati soprattutto giovani maschi vittime di incidenti stradali o infortuni sul lavoro, ma anche di episodi di violenza che si facevano specchio dell'intolleranza che serpeggiava in una società dove aggressioni, omicidi e sangue sono temi persistenti e realtà consuete della vita sociale; lo dimostrano esemplarmente alcuni fra i casi che l'Autore menziona: un uomo aveva mani e gambe stritolate in seguito all'esplosione accidentale di una bomba che stava fabbricando in casa per provocare il panico durante una dimostrazione politica; un quattordicenne aveva perso le gambe perché un altro giovane, in seguito ad una discussione, lo aveva spinto giù da un treno; ad un uomo erano state tagliate le mani da un parente per acquisire un appezzamento di terreno; gli esponenti di un gruppo politico avevano tagliato le membra ai militanti di un gruppo rivale per vendetta (Zaman S. 2004: 2027, 2033). La prevalenza maschile dei degenti e dei famigliari che li assistevano viene spiegata dall'Autore come una conseguenza del concetto musulmano di *purdah* (reclusione), una complessa ideologia che chiama in causa i valori locali di timidezza, onore e vergogna (*ivi*: 2027, 2034) non limitandosi a sanzionare la limitazione della mobilità femminile, e che scoraggia il coinvolgimento anche professionale delle donne in contesti extra-domestici. Questo, da un lato, riduce l'esposizione femminile ai rischi di procurarsi fratture o altri danni ortopedici e, dall'altro lato motiva la loro assenza a fini assistenziali accanto ai famigliari malati, nonostante il dovere di cura sia generalmente ascritto alle donne, poiché la loro presenza in un reparto che ospita prevalentemente uomini risulta sconveniente. Chiaramente, le infermiere subivano il negativo giudizio morale che il *purdah* proiettava su donne che lavoravano anche di notte fuori casa e la pressione delle dicerie sul loro rapporto con i medici.

La vita sociale quotidiana del reparto rispecchiava la generalizzata povertà del paese: l'ospedale non disponeva di presidi essenziali come garze, cotone e medicinali e gli staff erano cronicamente sottopagati e frustrati dall'assenza di prospettive di fare carriera o ottenere una promozione (*ivi*: 2030-2031); questa povertà riflessa ricadeva soprattutto sui pazienti e sulle loro famiglie, tenuti a sostenere gli esosi costi dell'ospedalizzazione, nonostante il ricovero fosse virtualmente gratuito: acquistavano i materiali ed i farmaci necessari sopperendo alle mancanze della fornitura ospedaliera, sottostavano al vigente sistema di pagamenti informali che sottoforma di "mance" li costringeva ad elargire denaro a chiunque svolgesse piccoli compiti per loro, come accompagnare un malato in bagno o in laboratorio per fare una radiografia, peraltro

19-(Osserv) Panorami.pmd 480 02/11/2010, 16.20

in una condizione finanziaria aggravata dalla perdita dei guadagni personali indotta dalla permanenza in ospedale, essendo la maggioranza dei pazienti lavoratori a giornata (*ivi*: 2028). La presenza dei famigliari in reparto era costante e indispensabile per garantire al malato il sostegno di cui aveva bisogno in quanto essi colmavano le carenze di staff insufficienti ed oberati dagli impegni burocratici svolgendo mansioni assistenziali – aiutare il paziente ad andare in bagno, a lavarsi, imboccarlo – e compiti anche specialistici ai quali li avviavano gli infermieri, come disinfettare le ferite e cambiare i bendaggi; però, gli staff sanitari non avevano con i famigliari un rapporto disteso e scagliavano abitualmente contro di loro umiliazioni e criticismo: li accusavano di essere d'intralcio nello svolgimento del lavoro, disubbidienti quando dovevano lasciare il reparto, di rubare oggetti dell'ospedale, porre domande stupide e non capire quanto veniva loro detto dai medici e dagli infermieri. Il "rimprovero" era un tratto caratteristico dello scenario quotidiano del reparto, e non veniva rivolto solamente ai famigliari, ma anche ai pazienti, da tutti gli esponenti dello staff inclusi quelli che occupavano i gradini più bassi della gerarchia, come gli addetti alle pulizie: i medici "rimproveravano" i pazienti, per esempio, se tentavano di porre domande durante la visita medica perché erano autorizzati a parlare solo per rispondere a quelle che venivano loro poste; gli infermieri rimproveravano i pazienti per non aver seguito in modo appropriato le istruzioni ricevute, o per aver provato a ottenere delle informazioni sul trattamento predisposto (*ivi*: 2028). Il valore sociale delle gerarchie era espresso chiaramente dall'articolazione dei rapporti interni all'ospedale, con lo staff impegnato costantemente nel rinforzo e nella preservazione di confini fra medici e pazienti e fra i vari livelli professionali in modo da riaffermare e confermare disuguaglianze istituzionalizzate: uno dei meccanismi che consentiva questo processo era proprio quello del "rimprovero", che permetteva anche ai lavoratori gerarchicamente inferiori di acquisire uno status comunque più elevato di quello concesso ai malati ed ai loro famigliari (*ivi*: 2032).

Nell'articolazione della vita di reparto, dunque, si intuivano caratteristiche della società in generale: la povertà e la prevalenza della violenza, l'importanza delle gerarchie sociali, l'invisibilità delle donne, il valore della famiglia, ed anche la diffusa inventiva volta a fronteggiare i molteplici problemi contingenti che su ciascuno incombevano attraverso stratagemmi differenziati: i medici tentavano di compensare le costrizioni finanziarie assumendo staff non ufficiali, ridistribuendo fra i pazienti più poveri denaro, strumenti e farmaci aggiuntivi chiesti ai famigliari dei degenti più ricchi; gli esponenti delle classi occupazionali meno pagate si organizzavano in associazioni per tutelare i propri interessi contro le accuse di commettere atti illegali per accrescere il loro guadagno; i pazienti che non consumavano i pasti ospedalieri e ricevevano il cibo da un ristorante o da casa, lo spartivano con quelli meno abbienti (*ivi*: 2031, 2034). Vari studiosi del Bangladesh hanno messo in luce che l'inventiva e individuazione e applicazione di soluzioni strategiche caratterizzano la popolazione bangladese. Quando il Bangladesh ha ottenuto l'Indipendenza dal Pakistan (1971) ed è stato riconosciuto dalla comunità internazionale come stato sovrano, molti espressero dei dubbi sulla sua capacità di auto-governo e di sviluppo, eppure «nonostante ripetuti disastri, instabilità politica e povertà, la popolazione del Bangladesh ha individuato proprie tecniche di sopravvivenza e ha anche fatto considerevoli progressi in molti settori, smentendo nel frattempo le supposizioni dei teorici dello sviluppo» (*ivi*: 2034).

Dunque, l'etnografia dell'ospedale come analisi della vita sociale di un reparto può consentire l'esplorazione «dei valori di fondo e delle credenze di una data società»

19-(Osserv) Panorami.pmd 481 02/11/2010, 16.20

(Zaman S. 2004: 2035), i cui processi sociali e culturali dominanti possono essere di fatto sia riflessi sia rinforzati all'interno del contesto ospedaliero (van der Geest S. - Finkler K. 2004: 1996).

Le "barriere" intorno all'ospedale

Volendo indicare, in modo schematico, gli ostacoli che hanno compromesso lo sviluppo di etnografie dell'ospedale, uno è ravvisabile nella visione dell'ospedale come istituto ed istituzione stabile ed indifferenziato, cui ho accennato in precedenza; ne sono stati individuati e discussi altri due, che quantunque distinguibili per convenienza espositiva, appaiono strettamente interconnessi: la difficoltà di ottenere accesso ai reparti, che enuclea il rischio di vedersi negata la possibilità di svolgere l'indagine etnografica, e la riluttanza degli staff sanitari verso l'"osservazione esterna" del loro operato (cfr. van der Geest S. - Sarkodie S. 1998, Inhorn M. C. 2004, Zaman S. 2004, 2008). Referente sottinteso di ambedue è la problematicità della relazione, incarnata dal singolo ricercatore e dai suoi specifici interlocutori, fra la prassi di ricerca antropologica e la biomedicina assurta ad oggetto di analisi.

La necessità di affrontare le remore etiche delle autorità mediche appartiene alla generale intelaiatura metodologica della etnografia dell'ospedale perché esse, in forme più o meno intense, caratterizzano quei segmenti iniziali del percorso burocratico che conduce verso l'auspicato ingresso in reparto, definendo i termini della sua "ammissibilità". La conduzione di una ricerca etnografica in ambito clinico richiede la concessione, da parte dell'autorità medica, di una autorizzazione al suo svolgimento che suggelli in modo ufficiale la legittimazione del ricercatore ad entrare in reparto o altra area clinica. Ma questi spazi complessi possono risultare inaccessibili all'investigazione etnografica e l'ingresso non deve essere dato per scontato ma negoziato, nella coscienza che tale negoziazione può risolversi in una ridefinizione dei presupposti della ricerca, il cui rimodellamento da parte medica – tanto esplicito, quanto sottaciuto – può imporsi come precondizione al consenso per il suo svolgimento. L'approvazione dell'indagine antropologica, infatti, può combinarsi a prescrizioni che costringono ad una revisione dell'impianto metodologico preliminarmente ipotizzato, come limitazioni alla libertà di movimento del ricercatore o alla sua autonomia organizzativa o restrizione delle possibilità di avvicinamento ai pazienti: si tratta di discipline che, perlopiù, vengono presentate come faccende di "consenso informato" o di rispetto della privacy dei degenti, ma possono essere anche smussature calibrate sulle esigenze del lavoro di reparto, verso il quale, chiaramente, il ricercatore non deve rappresentare un intralcio.

Il fatto che un individuo alieno alle compagini professionali e sociali che occupano lo spazio ospedaliero intenda esercitarvi un sapere distante e diverso da quello su cui si fonda l'agire clinico può suscitare un certo disagio nei rappresentati dell'istituzione biomedica. Questa reticenza ad accogliere ricerche etnografiche nei reparti nosocomiali è stata classificata fra le concause che, storicamente, hanno determinato la tendenziale rarità di questo genere di studi (Zaman S. 2004) e la preoccupazione circospetta, appunto, che stimolano nei medici propositi di osservazione ed eterovalutazione del loro mondo professionale ne è stata supposta matrice (*ibidem*). Un'ansia affine, instillata nei membri delle categorie professionali sanitarie dalla presenza fisica del ricercatore, può aleggiare sull'agire etnografico anche all'interno del contesto ospeda-

19-(Osserv) Panorami.pmd 482 02/11/2010, 16.20

liero dove l'applicazione di una metodologia inconsueta come quella antropologica potrebbe risultare indecifrabile agli attori sociali: la pratica dell'osservazione, dispiegata da un esterno estraneo che circola in corsia stendendo oscuri appunti, che sofferma la propria attenzione su prassi professionali consolidate e dimensioni che conservano, agli occhi dei soggetti del campo sanitario, un manto di ovvietà, la tendenza a porre domande, tutto ciò può scatenare un certo sospetto (Tanassi L. 2004) ed alimentare il timore che l'operato clinico sia sottoposto alla valutazione di un individuo tenuto a darne poi un giudizio (Zaman S. 2008). Naturalmente, non è da escludersi che gli staff assumano un atteggiamento partecipativo e collaborante, spinti, al contrario, da una genuina predisposizione verso le procedure etnografiche (Tanassi L. 2004, Wind G. 2008, Zaman S. 2008).

Da ciò, si ricava una importante notazione metodologica relativa al fatto che il "ruolo" che si assume nei confronti degli altri soggetti presenti non è scevro di conseguenze sulle modalità di acquisizione della conoscenza e sulla definizione delle traiettorie relazionali che si deve, vuole o potrebbe percorrere.

Questioni di metodo

La funzione professionale e la condizione patologica sono i due parametri che consentono di identificare tutti i ruoli formalizzati presenti in uno spazio ospedaliero (Andersen H. M. 2004) secondo un criterio cui sfugge la collocazione della figura del ricercatore in antropologia in una categoria istituzionale. La fuoriuscita del ricercatore da una condizione di enigmaticità agli occhi degli altri attori presenti potrebbe essere affidata alla sua integrazione, metodologicamente ponderata, in una delle categorie umane presenti e codificate: può inserirsi nello staff medico o infermieristico; tentare l'assimilazione ai degenti facendosi "ricoverare", oppure presentarsi come visitatore esterno. Esistono anche altre "ruoli" assumibili: per esempio quello di studente, nel quale tuttavia può calarsi solo il ricercatore che, per motivi di età, risulti credibile in quei panni (Wind G. 2008) o, ancora, il volontario (Tinney J. 2008). Questo panorama è arricchito da occasioni di rilievo metodologico che si creano negli interstizi fra l'ambiguità del ricercatore e la precisione identitaria dei "ruoli" formali: è il caso dell'antropologo malato che produce una (auto)etnografia del reparto ospedaliero in cui vive l'esperienza del ricovero (cfr. ad esempio Comelles J. M. 2002); è il caso del medico che conduce una etnografia dell'ospedale in concomitanza allo svolgimento della propria attività clinica (van Amstel H. - van der Geest S. 2004) o a prescindere da essa, non occultando però la propria biografia formativa (Vermeulen E. 2004, Zaman S. 2008). L'assunzione artificiosa di un ruolo (quale che sia) se pure assolve alla funzione di sottrarre il ricercatore all'insidiosa ambiguità di una posizione indefinita, non dissolve né risolve l'ambivalenza metodologica di ognuna delle tre soluzioni praticabili. Anzi, quando si svolgono ricerche etnografiche in contesti ospedalieri l'ambiguità identitaria del ricercatore è quasi sempre parte costitutiva del lavoro che si svolge (cfr. Mulemi B. A. 2008: 118). La categorizzazione fittizia del ricercatore in una compagine professionale è risultata opzione prediletta (van der Geest S. - Finkler K. 2004) ma attualmente, la scelta metodologica predominante sembra indirizzarsi verso la proclamazione della propria identità di ricercatore, il cui nascondimento – come è intuibile – non è scevro di conseguenze sulla morfologia delle relazioni interpersonali che si instaureranno con gli altri attori sociali.

19-(Osserv) Panorami.pmd 483 02/11/2010, 16.20

Il ricercatore in antropologia dentro l'ospedale

I paragrafi seguenti dedicati alla metodologia sono disseminati di accenni alla soluzione di presentarsi esplicitamente come ricercatore in antropologia, che si intravedono in controluce fra le righe di quelle considerazioni sul metodo applicate alle altre opzioni per svelarne i risvolti più problematici: questo non significa, sia chiaro, che svolgere la propria etnografia senza celarsi dietro camuffamenti – peraltro legittimi e, se metodologicamente consoni ai propri obiettivi scientifici, necessari – esima dall'affrontare delle difficoltà, o sia più semplice, quanto piuttosto segnala di una riflessione teorico-pratica che attingendo all'esperienza etnografica concreta nella complessità degli ambienti ospedalieri ha interrogato le implicazioni del nascondimento dei propri intenti bilanciando vantaggi ed ostacoli anche attraverso il dialogo con il referente rappresentato dal suo evitamento. Indossare un camice o una uniforme, confondersi fra i degenti, introdursi come visitatore, come ricercatore o assumere altri "ruoli" ancora come lo studente o il volontario costituiscono possibilità diverse che comportano delle valutazioni specifiche, tra l'altro di situazione in situazione necessariamente differenti, ma sono assimilabili da un punto di vista teorico-metodologico per il fatto di coniugare sempre certi aspetti facilitativi ad altri più complessi in riferimento allo svolgimento dell'indagine etnografica. La ponderazione di questi elementi è cosa opportuna e indispensabile, perché variano al variare degli intenti analitici, degli obiettivi della ricerca, e anche delle persone coinvolte nel preciso contesto in cui si intende operare, con intuibili ricadute rilevanti sull'impianto del proprio "fare" etnografico. Intendo fornire una panoramica delle posizioni emerse, nel dibattito più attuale, riguardo alle caratteristiche metodologiche dell'etnografia dell'ospedale, con riferimento agli aspetti di rilievo operativo che è bene tenere in considerazione quando si opera una scelta di metodo, dando quindi per assunto e sottinteso che tali decisioni ubbidiscano anche a criteri soggettivi, nel rispetto delle esigenze della ricerca e dei suoi obiettivi prefissi.

Nei panni del falso paziente

The fake patient. A research experiment in a Ghanian hospital è il titolo di un saggio nel quale Sjaak van der Geest e Samuel Sarkodie discutono una loro esperienza di ricerca in ambito ospedaliero la cui peculiarità metodologica è costituita dal fatto che il ricercatore ebbe accesso al reparto come finto degente e fu integrato al resto dei malati dopo una procedura "usuale" di ricovero. Come si evince dal titolo, questa indagine assunse un carattere sperimentale, ed il suo primo intento era proprio quello di «valutare una strategia di ricerca» (van der Geest S. - Sarkodie S. 1998: 1378). L'importanza di essere paziente nella comprensione delle dinamiche interne ospedaliere era emersa nella coscienza del primo Autore a seguito di un personale periodo di ospedalizzazione in Ghana: ciò che aveva potuto osservare, infatti, dipingeva una realtà nosocomiale – sulla quale si plasmavano le esperienze, tendenzialmente inesplorate, dei pazienti – molto distante dall'immagine ideale dell'ospedale o dalla sua controparte occidentale (*ivi:* 1375). Ad entrare in ospedale nelle mentite spoglie di degente fu il secondo Autore, Samuel Sarkodie, preceduto da una lettera con cui Sjaak van der Geest aveva sottoposto all'ospedale la propria proposta di indagine, specificando la particolarità dell'impianto metodologico e le ragioni della sua scelta.

19-(Osserv) Panorami.pmd 484 02/11/2010, 16.20

> «Il modo in cui condurrà la ricerca è un po' inusuale, forse. Io vorrei che fosse "ammesso" in uno dei vostri reparti per un periodo di circa tre giorni. Essendo lui stesso un "paziente" si troverà nella posizione migliore per osservare e capire ciò che i pazienti stanno facendo e vivendo. La falsità della sua malattia dovrebbe essere rivelata allo staff medico, ma non ai pazienti» (VAN DER GEEST S. - SARKODIE S. 1998: 1376).

L'entusiasmo e la rapidità con cui l'ospedale acconsentì allo svolgimento della ricerca avallandone anche il metodo sconfessò le aspettative di ardua negoziazione e i timori di rifiuto che albergavano negli autori al momento di avanzare la loro richiesta, scalfendo l'immagine piuttosto solida, e confortata da numerose esperienze precedenti, della riluttanza medica verso questo genere di studi. In contesti diversi da quello occidentale, il riscontro di un atteggiamento medico meno maldisposto verso ricerche di questo tipo è spesso attribuito al minor rilievo che vi rivestono questioni etiche, come la tutela della privacy del paziente e le formule del consenso informato, le quali – ricordo – possono del resto rifornire una retorica medica tesa ad occultare le proprie apprensioni verso l'osservazione esterna dell'operato clinico, costituendosi come "barriere" all'accesso in ospedale o come pretesti per la riduzione della libertà di movimento del ricercatore al suo interno. Nell'ospedale ghanese dove fu svolto lo studio «lo staff [...] era poco interessato alla privacy dei pazienti e non percepiva alcun rischio nell'autorizzare un ricercatore non-medico ad osservare il modo di agire nel reparto. Il "consenso informato" non fu mai menzionato» (*ivi*: 1378-1379). Ciò, beninteso, non designa una generica indifferenza verso tematiche la cui importanza negli ospedali occidentali si è fatta via via più stringente, quanto piuttosto una peculiare realtà dei rapporti fra biomedicina e utenza. Pazienti che già vantano, all'interno dell'ospedale, ben pochi diritti, si inseriscono in una relazione fortemente gerarchizzata con i medici, sui quali il loro eventuale malcontento non ha nessuna potenzialità di ricaduta: di fatto, il solo modo con cui i pazienti possono esternare insoddisfazione consiste nel «lasciare l'ospedale e cercare fortuna altrove» (*ivi*: 1379), eventualità ininfluente, per il personale sanitario, anche da un punto di vista economico-finanziario poiché gli stipendi non dipendono dal pagamento, pur sostenuto, dai degenti (*ibidem*). A questi fattori, si aggiunga che lo staff medico-infermieristico sapeva che Sarkodie, ammesso in reparto con una diagnosi di malaria, non era veramente "malato"; questo poteva rinforzare in loro l'impressione di essere esonerati dalla attenzione analitica, rivolta esclusivamente sugli altri degenti, invece tenuti "opportunamente" all'oscuro della vera identità del ricercatore. L'omissione della inclusione dei professionisti nella cornice degli interessi della ricerca fu deliberata, e neutralizzò l'effetto "disorientante" che può suscitare negli operatori sanitari la consapevolezza di essere "osservati".

Il pregio metodologico di una ricerca etnografica svolta nei finti panni di un falso paziente risiede nella distensione della permanenza in reparto entro un arco temporale ininterrotto e continuativo, nonché legittimo agli occhi degli altri attori presenti: la presenza costante in corsia favorisce una osservazione estensiva di tutte le dinamiche, anche quelle informali, che costruiscono la vita quotidiana di un ospedale. In tal senso, questa soluzione metodologica appare congeniale all'esigenza etnografica di condurre un'osservazione "partecipante" il più protratta nel tempo possibile, eludendo le limitazioni che gravano sulle altre modalità plausibili. Valga a titolo esemplificativo, la condizione di "visitatore esterno": oltre ad orari pre-indicati, il ricercatore sarebbe sottomesso alle regole, piuttosto restrittive, che disciplinano l'accesso ai reparti e subirebbe la preclusione di tutte le zone in cui non sono ammessi, per ovvie ragioni, gli "esterni" (gli ambulatori, la sala degli infermieri, studi medici, ecc...);

19-(Osserv) Panorami.pmd 485 02/11/2010, 16.20

dovrebbe destreggiarsi fra orari imposti di entrata ed uscita, separati da uno spazio temporale abbastanza ridotto che di solito si concentra in frangenti della vita di reparto in cui la maggior parte delle attività cliniche ed assistenziali, cui in nessun caso potrebbe peraltro assistere, sono ferme e di certo mai nei momenti più intensi sul piano operativo.

Ma esistono anche dei punti problematici: in primo luogo, entrare in un ospedale nei finti panni di falso malato ospedalizzato non è sempre possibile, poiché esistono reparti nei quali il ricovero richiede dei requisiti che potrebbe essere piuttosto difficile simulare: si pensi ai reparti ortopedici, dove come minimo i pazienti hanno un osso rotto (Zaman S. 2008) e se anche l'ipotesi fosse concretizzabile, essa potrebbe sommuovere la coscienza "etica" del ricercatore, specialmente in condizioni di riduzione o generale carenza di posti-letto (*ibidem*) tanto più che non è affatto indispensabile fingersi paziente per riuscire a parlare con i degenti, anche in modo approfondito, magari sfruttando i tempi di attesa (Wind G. 2008). In secondo luogo, su un piano più schiettamente metodologico, fingersi "paziente" riduce la fruibilità dei mezzi di rilevazione e documentazione antropologici, dalla stesura di un diario di campo e di note, all'utilizzo di strumenti di registrazione audio-visuale fino alla realizzazione di interviste: Sarkodie in effetti «non ha potuto raccogliere informazioni sistematiche dagli altri pazienti. I suoi dati erano frammentari, pezzi e parti come normalmente appaiono nelle conversazioni umane» (van der Geest S. - Sarkodie S. 1998: 1379). Il motivo è piuttosto logico: la sua "vera" identità, come detto, non era stata rivelata agli altri degenti e questa decisione aveva una sua ovvia fondatezza metodologica poiché salvaguardava la "credibilità" del ricercatore nei panni che aveva scelto di vestire. A ben guardare, però, il ricercatore non aveva nascosto il proprio vero ruolo solamente agli altri degenti, poiché lo staff non conosceva che parzialmente le sue intenzioni, dal momento che sarebbe stato "oggetto" di studio quanto i malati, ma non ne era al corrente (*ibidem*); i membri dello staff poterono essere nondimeno coinvolti in interviste mirate, la cui realizzazione con i pazienti era impedita dal fatto stesso di essersi presentato come paziente a sua volta. Questo "inganno identitario" alla fine dell'esperimento è stato interrogato e, probabilmente, «i pazienti sarebbero stati disposti a parlare con Sarkodie in qualità di ricercatore, tanto quanto lo furono con lui in qualità di "paziente"» (*ivi*: 1380), e in un'ottica più generale è sconsigliabile occultare la propria identità agli staff poiché ciò potrebbe compromettere la già fragile relazione tra ricercatore e professionisti clinici.

Ho, qualche riga sopra, parlato di osservazione partecipante virgolettando quest'aggettivo di uso comune nel gergo antropologico, perché uno dei punti comuni alle varie soluzioni metodologiche è rappresentato proprio dal fatto che nessuna permette di giungere ad una reale "partecipazione" alla vita sociale di un reparto, al punto tale che quella svolta nei reparti ospedalieri viene ritenuta da alcuni, per definizione, un'osservazione non-partecipante (Vermeulen E. 2004, Wind G. 2008): quale grado di "partecipazione" ottenga il ricercatore nelle mentite spoglie di degente, è difficile stabilire. Sarkodie entrò in reparto dopo aver subito tutte le procedure che precedono l'ammissione, inclusa una visita infermieristica durante la quale furono rilevati la sua temperatura corporea, la pressione sanguigna, il peso e registrate le condizioni di salute dei giorni precedenti, ma «siccome la sua identità era nota agli infermieri, Sarkodie ricevette probabilmente un trattamento speciale» (van der Geest S. - Sarkodie S. 1998: 1376) che non costruiva che una vaga approssimazione all'esperienza reale dei veri malati:

19-(Osserv) Panorami.pmd 486 02/11/2010, 16.20

> «[...] non soffrire dolore e disagio, non doversi preoccupare del futuro, di come sfamare la famiglia, di come pagare il conto dell'ospedale, fa una grande differenza. Osservare e prendere note da questo confortevole punto di vista privava il ricercatore della possibilità di partecipare pienamente alle esperienze dei pazienti dell'ospedale» (*ivi*: 1379).

Infatti, sottostare agli orari imposti ai degenti, mangiare gli stessi cibi, subire le medesime procedure tecniche e cliniche non fa del ricercatore, da sano, un malato e dunque, va da sé, che sia poi la sofferenza a conservare la distanza.

Questa modalità di ingresso etnografico in reparto consente una permanenza durevole in corsia – più giorni consecutivi, per tutto il giorno e tutta la notte – e questo garantisce al ricercatore una visuale sull'interezza quotidiana della vita sociale ospedaliera: dalle caratteristiche professionali del lavoro di medici, infermieri ed altri operatori sanitari, alle condizioni e alle dimensioni esperienziali dei pazienti e dei famigliari che li affiancano. Ciò basta a consacrare la riuscita di questo esperimento di ricerca, poiché esso ha messo in luce la validità che, in generale, una prolungata presenza dentro un reparto riveste per la produzione della conoscenza sulle dinamiche che ne sorreggono la vita interna.

"Medici" che osservano

Dentro un ospedale, il camice bianco, come un'uniforme o una divisa, è un simbolo polisemico che, precipuo rispetto a tutti i significati veicolati, suggerisce l'associazione meccanica di chi lo indossa all'istituzione biomedica. Rispetto ad un programma di osservazione etnografica questo fatto, almeno in via generale, non è troppo giovevole a meno di considerarne previamente le molteplici implicazioni. Le riflessioni su questa tipologia di indagine interessano anche i medici "veri" che si sono misurati con l'intenzione di produrre etnografie dell'ospedale e potrebbero riguardare addirittura il ricercatore che abbia scelto di presentarsi come tale, laddove la circolazione in corsia o altra zona ospedaliera sia sottoposta all'obbligo, variamente motivato, di indossare comunque un camice bianco.

> «All'interno dell'ospedale *mi fu chiesto* di indossare un camice bianco e questo causò alcuni problemi: sebbene abbia reso più facile l'accesso ai reparti e agli operatori, ha anche reso più complicato spiegare ai pazienti che io non ero un medico e che la partecipazione alla mia ricerca non avrebbe influenzato l'assistenza clinica che avrebbero potuto ricevere» (Tanassi M. L. 2004: 2055, corsivo mio).

Uno dei momenti più delicati di una etnografia dell'ospedale, come ho detto, è rappresentato dal confronto con le autorità mediche che dovrebbero autorizzarne lo svolgimento e, in questa fase, essere un medico potrebbe agevolare il processo e assicurare in una certa misura il buon esito della vertenza. Shahaduz Zaman attribuisce alla sua formazione medica la facilità con cui ottenne l'accesso al reparto bangladese di cui ho già parlato, aggirando gli scogli che spesso i ricercatori hanno incontrato in questa fase delle ricerche in ambito ospedaliero (Zaman S. 2004: 2026) anche se la sua qualifica medica sicuramente «non avrebbe garantito un ingresso così facile in un contesto occidentale, dove sarebbe stata richiesta almeno l'approvazione da parte della commissione etica o del corpo amministrativo dell'ospedale» (Zaman S. 2008: 138), nel rispetto di quelle questioni etiche relative ai diritti ed alla privacy la cui regolazione è affidata ad organismi istituzionali che non esistono in paesi come il Bangladesh (*ibidem*). Il prima-

19-(Osserv) Panorami.pmd 487 02/11/2010, 16.20

rio del reparto di ortopedia scelto come "campo" espresse il proprio placito con parole dietro alle quali si subodorava, e questo è un dato significativo, l'assunzione che il fatto che fosse un medico a proporre la ricerca intervenisse come una specie di "garanzia", una assicurazione intrinseca che l'attenzione analitica non si sarebbe soffermata sulla pratica clinica, sui significati dell'agire medico e sulle relazioni fra i membri delle categorie professionali:

> «Tu sei uno di noi. Sei il benvenuto per svolgere la tua ricerca qui. I giornalisti scrivono regolarmente cose stupide sugli ospedali; loro non sanno niente del mondo medico. Spero che tu non scriverai solo quanto siamo cattivi» (Zaman S. 2008: 138).

Di non minore rilievo teorico-metodologico è che Shahaduz Zaman abbia scelto di svolgere la propria etnografia presentandosi in reparto come ricercatore, non come medico. L'integrazione allo staff sanitario apporta alcuni benefici alla pratica etnografica perché sottrae la figura del ricercatore alla indecifrabilità che potrebbe promanarne in un reparto ospedaliero consegnandola ad una discreta libertà di circolazione in spazi e contesti che, diversamente, non sarebbero etnograficamente accessibili: la sala degli infermieri o un ambulatorio, le camere durante il giro di visita medica, per fare degli esempi; la presenza in corsia assume infatti un carattere di normalità evadendo peraltro qualunque sacrificio temporale, a parte il fatto incontestabile che la routine professionale disciplini la libertà del ricercatore, assoggettandola in qualche maniera ai ritmi lavorativi vigenti in reparto. Detto questo, indossare un camice bianco rende più semplice entrare in alcune aree dell'ospedale (Wind G. 2008), appunto, e può anche favorire l'instaurazione di rapporti dialogici con gli operatori (Tanassi L.M. 2004), ma comporta anche delle complicanze intellettuali e procedurali: si pensi a quale sbigottimento può suscitare un medico – o supposto tale – che manifesti con le proprie domande una necessità di chiarimento su questioni o condizioni di ordine clinico, oppure che esprima il proprio disinteresse verso di esse; inoltre, medici, infermieri e anche altri operatori sanitari potrebbero trovare alquanto bizzarro che tutto il suo impegno in un reparto si risolva nel registrare conversazioni e stendere note. Per i degenti, il contrassegno della figura medica su un individuo che ne contraddice il carattere professionale può sollevare almeno dapprincipio una certa "confusione" ma il fatto che una persona dedichi loro del tempo, li ascolti, spezzi la monotonia del ricovero attenuandone la noia verrà più probabilmente apprezzato (Zaman S. 2008).

Anche quando condivida i turni di una categoria professionale, il ricercatore rimane sostanzialmente estraneo, diciamo solo trasversalmente prossimo, alla realtà esistenziale e professionale dei professionisti clinici, perché non vive le tensioni che originano dalla responsabilità di decidere ed agire attraverso scelte ed azioni suscettibili di produrre effetti sulla vita delle persone (Wind G. 2008), né partecipa, ma solo prende parte, all'insieme delle attività intorno alle quali la vita sociale di un reparto, di fatto, si struttura e si organizza (Vermeulen E. 2004). È opinabile che questi due piani siano peraltro del tutto sovrapponibili. Hans van Amstel, fisioterapista ed antropologo, tentò la conciliazione assumendola come prerogativa fruttuosa per una etnografia dell'ospedale, la cui riuscita poteva avvantaggiarsi, oltre che della "naturalezza" della presenza del ricercatore, anche del suo diretto coinvolgimento in quelle attività di reparto destinate a diventare oggetto di attenzione (l'assistenza ai malati, la partecipazione alle visite mediche, alle riunioni, agli incontri, nella conoscenza reciproca tanto dello staff, quanto dei degenti), declinando la propria osservazione al di là delle limitazioni che i ricercatori devono fronteggiare (van Amstel H. - van der Geest S. 2004: 2088). La piena partecipazione alla vita quotidiana del reparto e la totale integrazione del ricercatore

19-(Osserv) Panorami.pmd 488 02/11/2010, 16.20

nella sua sostanza umana e professionale si scontrarono, invece, con l'intenzione di condurre una distesa, e continuativa, "osservazione partecipante" di quanto avveniva: parve chiaro, ad un certo punto, che i due progetti erano inconciliabili e che la sola soluzione valida consisteva nel concentrare la ricerca antropologica fuori dall'orario di lavoro (*ibidem*). Del resto, per un medico potrebbe essere impossibile ignorare il proprio bagaglio di conoscenze ed evitare uno scivolamento oltre «il confine tra l'essere giusto un osservatore» (Zaman S. 2008: 148) ed il portare l'attenzione di un collega su un certo caso, l'illustrare una radiografia ad un paziente o tranquillizzare i famigliari che aspettano fuori dalla sala operatoria, spiegando cosa sta avvenendo all'interno. Operare un distanziamento dalle categorie professionali è anche un utile stratagemma per collocare l'etnografo in una posizione neutrale rispetto alle dinamiche conflittuali, spesso implicite, che attraversano i rapporti fra i gruppi consentendo il passaggio dall'uno all'altro senza il gravame di una imputazione d'appartenenza che tratteggia differenze anche nella detenzione del potere e nell'esercizio della autorità.

L'etnografia dell'ospedale dentro e oltre l'ospedale

I "campi" – terreni di ricerca e ambiti tematici – di applicazione dei principi teorico-metodologici della etnografia dell'ospedale sono molteplici e differenziati, come testimonia la varietà dei contesti esplorati nei lavori che sto esaminando: certuni si localizzano all'interno di un nosocomio, prefigurando porzioni di questo spazio come i reparti di ortopedia (Zaman S. 2004, 2006, 2008), ostetricia e ginecologia (Tanassi L. 2004), neonatologia (Vermeulen E. 2004), oncologia (Mulemi B.A. 2008), un Dipartimento di anatomia patologica (Horsley P. A. 2008) per citarne alcuni – mentre altri sono contesti "extra-ospedalieri" come un'unità di riabilitazione dell'amputato (Warren N. - Manderson L. 2008), un centro residenziale di riabilitazione per le dipendenze da alcool e droga (Chenall R. 2008) e le "*nursing homes*" (Tinney J. 2008).

L'osservazione delle pratiche di cura che ruotano intorno a persone che hanno perso uno o più arti introduce in un universo molto complesso, la cui gestione istituzionale è di certo interesse: la disabilità rappresentata dalla privazione dell'arto costringe ad un'opera di ridefinizione del proprio rapporto con la corporeità e dell'immagine di sé compromessi da un evento distruttivo all'interno di un dominio intrinsecamente paradossale poiché la pianificazione di un "processo di ritorno alla normalità" si snoda lungo un itinerario terapeutico che non fluisce verso un totale ristabilimento della salute, il quale è anzi sempre incompleto, perché la stessa invalidità rimodella l'esistenza quotidiana intorno a nuove e diverse prospettive del proprio modo di essere nel mondo (cfr. Warren N. - Manderson L. 2008: 181, 186-187). La ricerca etnografica cui mi riferisco è stata svolta in quattro cliniche australiane ed aveva come obiettivo l'analisi e la descrizione dell'influenza di fattori personali, sociali e demografici nel moderare o aggravare l'impatto sociale dell'amputazione (Warren N. - Manderson L. 2008), esaminando anche le pratiche della riabilitazione. Gli autori erano interessati al ruolo svolto dalle reti formali ed informali del supporto sociale, di cui lo staff della riabilitazione era parte integrante, nell'adattamento fisico ed emotivo dopo l'amputazione (*ivi*: 181-182).

Lo staff sanitario, che aveva un'impronta multidisciplinare con protesisti e fisioterapisti in primo piano nella gestione riabilitativa, conciliava le finalità fisiche e funzionali dell'intervento riabilitativo alla trasmissione di narrazioni terapeutiche attenta-

19-(Osserv) Panorami.pmd 489 02/11/2010, 16.20

mente orientate che costruivano una retorica della speranza tesa ad incoraggiare, non aspettative di guarigione, ma il miglioramento della qualità della vita rimanente e, implicitamente, a favorire un approccio sereno alla morte. Il ricorso discorsivo alle immagini verbali della "normalità" e del "ristabilimento della salute" tendeva ad instillare nei malati un senso di controllo su un percorso patologico e riabilitativo incerto, in alcuni casi destinato a culminare nella morte del paziente, fornendo strumenti, oltre a quelli fisici e motori, per l'attribuzione di significato alla propria vita quotidiana (cfr. Warren N. - Manderson L. 2008: 181, 185-187); la ricollocazione del proprio valore sociale e personale è in effetti indispensabile anche a coloro che riconquistino una certa mobilità, perché il senso di perdita associato alla mancanza di un arto e il cambiamento radicale della propria esteriorità, esigono nuovi riferimenti intellettuali e pratici per fronteggiarne le implicazioni esperienziali ed esistenziali (*ivi*: 187). I processi decisionali che conducevano alla amputazione dell'arto si configuravano come una contrapposizione fra due elaborazioni discorsive parallele: quella degli operatori sanitari e quella dei malati. Per la maggioranza dei pazienti con problemi vascolari incontrati nello studio, l'eventuale amputazione interveniva dopo un periodo, che poteva essere anche piuttosto lungo, costellato di operazioni volte a salvare l'arto, come ad esempio interventi chirurgici per riportare il flusso di sangue alle estremità; alcuni avevano subito una amputazione progressiva che partiva dall'alluce, si estendeva al piede, raggiungeva poi il ginocchio; infine, c'erano persone per cui l'amputazione risultava inevitabile per contrastare gli effetti fatali di una cancrena e dell'associata sepsi, e questi pazienti, dietro le pressioni mediche o famigliari accettavano l'amputazione – una incorporazione della perdita di speranza (Warren N. - Manderson L. 2008: 190) – muovendosi al crocevia tra la vita e la morte. Infatti, i pazienti costruivano un discorso, oppositivo rispetto a quello dei professionisti sanitari, in cui l'elemento valutativo predominante era l'immagine della propria vita senza una parte del corpo e la mancata amputazione non veniva considerata in rapporto di consequenzialità diretta con la morte; gli operatori sanitari, invece, tessevano narrazioni "cliniche" fondate sul tacito presupposto che la morte dell'arto, nel caso non venisse amputato, avrebbe preceduto la morte della persona e che chiunque preferirebbe «vivere senza una gamba piuttosto che non vivere affatto» (*ivi*: 191). Il discorso di speranza costruito dai professionisti clinici aveva una soggiacente implicazione morale, perché trasferiva sul paziente la responsabilità del ristabilimento fisico stimolando tacitamente una sorta di "*compliance*" verso le direttive biomediche (*ivi*: 193): lo scopo della riabilitazione è il recupero di funzioni perdute o l'adattamento a questa perdita per migliorare la qualità della vita quotidiana nella prospettiva di conservare indipendenza il più a lungo possibile. In quest'ottica, il processo di riabilitazione non cessa nel momento in cui il malato lascia la struttura, ma prosegue dopo la dimissione per un periodo di tempo che può anche coincidere con la durata della vita del paziente (*ivi*: 196).

Le "*nursing homes*" sono strutture con vocazione residenziale e carattere assistenziale e/o riabilitativo contraddistinte da una forte somiglianza con i meccanismi di funzionamento dell'ospedale; vi si ripropongono anche le tipiche forme di irreggimentazione cui sono sottoposti i degenti in ospedale, con la differenza che quella degli ospiti delle "*nursing homes*" non è una condizione passeggera, come il ricovero, ma una soluzione definitiva che impone la riformulazione di tutti i propri riferimenti abituali, nella cornice spesso spersonalizzante di un contesto le cui pratiche sono sottoposte alla regolamentazione di protocolli procedurali standardizzati. Esiste una tensione a trasferire su questi istituti una parvenza d'ideale abitativo attraverso defi-

19-(Osserv) Panorami.pmd 490 02/11/2010, 16.20

nizioni architettoniche, arredamento, suppellettili, aree ricreative, attività organizzate, la quale si scontra però con un duplice ordine di problemi: da un lato, è difficile stabilire in modo generico "che cosa" rappresenti "casa" o possa costituirne valido surrogato in un ambiente istituzionalizzato, dall'altro lato elementi propri delle "*nursing homes*" impediscono un vissuto "domestico" e famigliare degli spazi, sui quali i residenti non hanno che vaghe possibilità di sviluppare un senso di appropriazione e di intimità: dai gruppi di controllo, alle varie forme di sorveglianza (Tinney J. 2008: 209) fino alla organizzazione interna di prassi lavorative simili a quelle routinarie ospedaliere con l'accordo di una priorità alle esigenze professionali degli staff sanitari e socio-sanitari, a detrimento delle attività sociali degli ospiti (Harper Ice G. 2002).

Jean Tinney (Tinney J. 2008) ha svolto una "etnografia dell'ospedale" all'interno di due "*nursing homes*" a Melbourne, in Australia, cercando di evidenziare il ruolo svolto dalla comunicazione nei processi di preservazione del senso di sé dei residenti, impegnati anche nell'attribuzione di significato all'esperienza dell'anzianità e del bisogno di assistenza, e per il conferimento di significato, da parte dello staff, al proprio lavoro e alla dimensione del rapporto con gli ospiti. Sotto il profilo metodologico, l'Autore entrò nella "*nursing home*" come volontario, sollevato da impegni assistenziali specialistici, due volte a settimana per un arco di tempo complessivo di otto mesi. Si tratta di una analisi importante, perché uno dei meccanismi validi per sconfiggere il carattere totalizzante delle "*nursing homes*" consiste proprio nella sottrazione dei residenti all'isolamento in cui vivono rispetto alla comunità (Tinney J. 2008: 211-213), sebbene il grado individuale di distacco dal "mondo esterno" vari in base alla qualità dei rapporti mantenuti o costruiti con il proprio contorno famigliare ed affettivo e da condizioni fisiche soggettive: alcuni residenti, infatti, beneficiavano dell'andirivieni di parenti, amici, religiosi, volontari e potevano lasciare la struttura per delle uscite, mentre ad altri erano precluse le escursioni esterne per motivi di salute e/o non ricevevano supporto assistenziale ed emotivo da individui estranei all'istituzione (*ivi*: 212). Specialmente per quest'ultimo insieme di ospiti, il carattere segregante delle "*nursing homes*" assume tratti esistenziali ed esperienziali più marcati, e l'instaurazione di relazioni sociali interpersonali con lo staff una funzione potenziale meno trascurabile nella qualità della vita. Tuttavia la comunicazione fra staff e residenti costituiva, come rilevato dall'Autore, una dimensione problematica e controversa della quotidianità delle "*nursing homes*" analizzate, perché la pratica assistenziale concreta, pur ispirata ai principi dell'olismo e della centralità della persona, si configurava, per lo staff, come uno sforzo costante di riequilibrio degli ideali di vicinanza e rispetto della dignità dei singoli e dei bisogni individuali e la concretezza degli impedimenti reali alla loro realizzazione, si trattasse della mancanza di tempo, della quantità di lavoro burocratico, o della personale preferenza a parlare con i colleghi piuttosto che con i residenti. Studi, cui l'Autore fa accenno, svolti in "*nursing homes*" americane (*ivi*: 204) denunciano le carenze finanziarie generali di queste strutture e la conseguente assunzione di staff numericamente incapaci di coprire oltre ai bisogni assistenziali di base degli ospiti presenti: la trascuratezza delle interazioni sociali, tuttavia, può avere negativi riscontri sul benessere psicologico dei pazienti delle "*nursing homes*", specialmente di quanti hanno problemi cognitivi che già esacerbano le necessità di comunicazione privandole di un potenziale referente. I membri degli staff osservati dedicavano al dialogo con il malato solamente i frangenti deputati alla gestione dell'assistenza, ma alcuni si sedevano accanto agli ospiti alla fine del turno e non frenavano manifestazioni di affetto, come salutarli con un bacio prima di lasciare l'istituto.

19-(Osserv) Panorami.pmd 491 02/11/2010, 16.20

Questo scorcio delle riflessioni elaborate dall'Autore nello studio etnografico di due "*nursing homes*" australiane mostra le similitudini esistenti nelle dinamiche costitutive di dimensioni relazionali complesse con quelle riscontrabili dentro l'ospedale, né è da sottovalutare che i meccanismi di adeguamento delle esigenze dei residenti (fisiologiche, emozionali, esistenziali, affettive) a quelle dell'istituzione (organizzative, lavorative, burocratiche) è caratteristica assai nota degli ambienti ospedalieri. Concludo anche notando che i processi di medicalizzazione dell'invecchiamento, gli sforzi tecnico-scientifici della biomedicina per prolungare la durata della vita e l'approccio medico-clinico al decadimento fisico e cognitivo connesso con l'età possono avere in questa tipologia di strutture un interessante terreno di analisi.

Conclusione

Questo articolo ha tentato un tratteggio delle caratteristiche teorico-metodologiche della etnografia dell'ospedale per segnalare lo stato degli studi e le prospettive euristiche di una tipologia di ricerca antropologica recentemente riscoperta, sottolineandone le difficoltà e le peculiarità di metodo, a partire da una panoramica storica sugli approcci analitici all'ospedale e sulle ragioni individuate a spiegazione della scarsità di ricerche antropologiche precipuamente votate all'indagine di questa istituzione.

L'etnografia dell'ospedale è un eccellente strumento di comprensione della realtà degli ospedali contemporanei, i quali hanno caratteristiche che motivano la sua necessità ed utilità euristica: luoghi in continuo mutamento, in cui si affrontano e gestiscono istituzionalmente la sofferenza, il dolore, la malattia, la morte e la nascita, sono anche contesti fortemente burocratizzati, inseriti entro coordinate politiche ed economiche che ne strutturano ed influenzano la vita interna; la iperspecializzazione della pratica biomedica e la tecnologizzazione dell'approccio clinico hanno indotto una modificazione della relazione fra il "malato" ed il curante, che nell'ospedale si materializza e si riformula, e che attualmente, sempre più spesso, con l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche, non si esaurisce in una finalità di cura e si estende nella richiesta di una tipologia di assistenza più complessa (cfr. Finkler K. - Hunter C. - Iedema R. 2008: 247). La rispondenza esteriore dell'ospedale alle esigenze della pratica clinica ha storicamente offuscato la percezione della varietà interna alla vita ospedaliera – che risente anche di variabili storiche, socio-culturali, politico-economiche – su cui è invece proficuo soffermarsi non disdegnando la produzione di descrizioni attente a cogliere le articolazioni di queste connessioni complesse, nella duplice direzione di svelare le influenze esercitate sull'ospedale dal contesto circostante e di cogliere le tipicità del contesto attraverso l'analisi delle pratiche agite dentro l'ambiente ospedaliero.

Note

(1) Questo scritto si è sviluppato nel quadro di un più ampio studio delle coordinate teorico-metodologiche della etnografia dell'ospedale, che ha preceduto e accompagnato due mie esperienze di ricerca all'interno di contesti ospedalieri, in Umbria (Gubbio) e in Toscana (Firenze). Desidero ringraziare Giovanni Pizza e Tullio Seppilli per la guida scientifica e i suggerimenti bibliografici, nonché per aver letto e discusso la prima stesura di questo scritto.

19-(Osserv) Panorami.pmd 492 02/11/2010, 16.20

(2) Nelle pagine che seguono intendo dare conto di un primo "spoglio" dei contributi più recenti in questo campo, senza pretendere di passare in rassegna una bibliografia esaustiva. Peraltro un lavoro più ampio dovrebbe certo tenere conto anche delle ricerche "etnografiche" dei sociologi e, soprattutto, della tradizione di studi storici sugli ospedali che annovera contributi di notevole valore e, talora, di spiccato interesse antropologico-medico. In questo panorama non tratto tali bibliografie. Voglio ricordare però due raccolte di studi storici che hanno contribuito ad avviare tale tradizione disciplinare: il volume *L'ospedale in Italia. Strutture e funzionalità. Atti delle Prime giornate di studio, Roma 9-12 novembre 1968*, Istituto Italiano di Medicina Sociale Editore, Roma, 1968; e il volume *Atti del Primo Congresso europeo di storia ospitaliera, 6-12 giugno 1960*, Centro Italiano di Storia Ospitaliera, Reggio Emilia - Arti Grafiche F. Cappelli, Rocca San Casciano, 1962. Per un quadro comparativo e metodologico recente si veda: Paola Di Natale, *I non luoghi dell'educazione. Carcere e ospedale tra storia e ricerca*, Pensa Editore, Lecce, 2005. Per un esempio "classico" di sociologia ospedaliera a carattere etnometodologico si veda David Sudnow, *Passing on. The social organization of dying*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (New Jersey), 1967 [ediz. italiana parziale: *L'organizzazione sociale della morte*, pp. 121-144, in Alessandro Dal Lago - Pier Paolo Giglioli (curatori), *Etnometodologia*, Il Mulino, Bologna, 1983].

(3) Segnalo rapidamente, e senza pretesa di esaustività, alcuni altri titoli fra i più frequentemente menzionati delle opere del periodo, dagli autori che sto prendendo in considerazione: Caudill W. (1958), Fox R.C. (1959), Freidson E. (1963, 1970).

(4) Per quel che concerne gli studi antropologici sulla biomedicina, in questa sede non mi è possibile che una rapida carrellata su alcuni contributi cui fare generale riferimento: Hahn R.A. - Gaines A.D. (1985), Lock M.- Gordon D. (1988), Rhodes L.A. (1990), Pfeiderer B. - Bibeau G. (curatori) (1991: 121-181), Lindembaum S. - Lock M. (1993), Del Vecchio-Good M.J. (1995), Seppilli T. (1996a), Hadolt B. (1998), Quaranta I. (2001), Pizza G. (2005: 125-154).

Bibliografia

Andersen Helle Max (2004), *"Villagers": Differential treatment in a Ghanaian hospital*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n.10, pp. 2003-2012.

Baziak Anna T. - Denton R.K. (1965), *The language of the hospital and its effects on the patient*, pp. 272-277, in Skipper James K. - Leonard Robert C., *Social interaction and patient care*, J.B. Lippincott, Philadephia, 1965.

Bourdieu Pierre (2003 [2001]), *Il mestiere di scienziato. Corso al Collège de France, 2000-2001*, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Science de la science et réflexivité. Cours du Collège de France 2000-2001*, Raisons d'Agir. Editions, Paris, 2001].

Caudill William (1958), *The psychiatric hospital as a small community*, Harvard University Press, Cambridge.

Chenhall Richard (2008), *What's in a rehab? Ethnographic evaluation research in Indigenous Australian residential alcohol and drug rehabilitation centres*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, pp. 105-116.

Comelles Josep M. (2002), *Medicine, magic and religion in a hospital ward. An anthropologist as patient,* pp. 259-288, in Comelles Josep M. - Van Dongen Els (curatori), *Themes in Medical Anthropology. Medical Anthropology at Home contributes to health studies*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 13-14, ottobre 2002.

Comelles Josep M. - Van Dongen Els (2002) (curatori), *Themes in Medical Anthropology. Medical Anthropology at Home contributes to health studies*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 13-14, ottobre 2002.

Coser Rose L. (1962), *Life in the ward*, Michigan State University Press, East Lansing (Michigan).

Del Vecchio Good Mary Jo (1995), *Cultural studies of biomedicine: an agenda for research*, "Social Science & Medicine", vol. 41, n. 4, 1995, pp. 461-473.

Fassin Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

19-(Osserv) Panorami.pmd 493 02/11/2010, 16.20

FINKLER Kaja (2004), *Biomedicine globalized and localized: Western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2037-2051.

FINKLER Kaja (2008), *Can Bioethics be global and local, or must it be both*?, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 155-179.

FINKLER Kaja - HUNTER Cinthia - IEDEMA Rick (2008), *What is going on? Ethnography in Hospital Spaces,* "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 246-250.

FOSTER George M. - ANDERSON Barbara G. (1978), *Medical anthropology,* Wiley, New York.

FOUCAULT Michel (1998 [1963]), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard medical*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963].

FOX Renée C. (1959), *Experiment perilous: physicians and patients facing the unknown*, The Free Press, Glencoe (Illinois).

FREIDSON Eliot (1970), *Professional dominance: The social structure of medical care*, Atherton Press, New York.

FREIDSON Eliot (1963) (curatore), *The hospital in modern society*, The Free Press, London - New York.

GAINES Atwood D. - HANH Robert A. (1985), *Among the physicians: encounter, exchange and transformation*, pp. 3-22, in HANH Robert A. - GAINES Atwood D. (curatori) *Physician of Western Medicine. Anthropological approaches to theory and practice*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht - Boston - Lancaster, 1985.

GIBSON Diana (2004), *The gaps in the gaze in South African hospitals*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2013-2024.

GIBSON Diana - OLARTE SIERRA Maria Fernanda (2006), *The hospital bed as space. Observations from South Africa and The Netherlands*, "Medische Anthropologie", vol. 18, n. 1, 2006, pp. 161-176.

GOFFMAN Erving (2003 [1961]), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company, New York, 1961].

GORDON Deborah (1988), *Tenacious assumptions in Western Medicine*, pp. 19-56, in LOCK Margaret - GORDON Deborah (curatori), *Biomedicine examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht - Boston - London, 1988.

HADOLT Bernhard (1998), *Locating difference: a medical anthropology "at home"?*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 3, 1998, pp. 311-323.

HANH Robert A. - GAINES Atwood D. (1985), *Physician of Western Medicine. Anthropological approaches to theory and practice*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht - Boston - Lancaster, 1985.

HARPER ICE Gillian (2002), *Daily life in nursing home. Has it changed in 25 years?*, "Journal of Aging Studies", vol. 16, n. 4, 2002, pp. 345-359.

HORSLEY Philomena A. (2008), *Death dwells in spaces: Bodies in the hospital mortuary*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 133-146.

HUNTER Cynthia - SPENCE Kaje - SCHEINBERG Adam (2008), *"Untangling the web of critical incidents": Ethnography in a paediatric setting*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 91-103.

INHORN Marcia C. (2004), *Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2095-2108.

JOHNSON Thomas M. - SARGENT Carolyn F. (1990), *Medical Anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, Westport (Connecticut).

KING Stanley H. (1962), *Perception of illness and medical practice*, Russel Sage Foundation, New York.

LINDENBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatori) (1993), *Knowledge, power, and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Berkley - Los Angeles - London.

19-(Osserv) Panorami.pmd 494 02/11/2010, 16.20

LOCK Margaret - GORDON Deborah (curatori) (1988), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht - Boston - London.

LONG Debbie - HUNTER Cynthia - VAN DER GEEST Sjaak (2008), *When the field is a ward or a clinic: hospital ethnography*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 71-78.

MULEMI Benson A. (2008), *Patients' perspectives on hospitalisation: experiences from a cancer ward in Kenya*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 117-131.

NGUYEN Vinh-Kim (1996), *Il corpo critico e la critica della razionalità: l'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*, pp. 57-74, in PANDOLFI Mariella (curatore), *Perché il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Meltemi, Roma, 1996.

PFEIDERER Beatrix - BIBEAU Gilles (curatori) (1991), *Anthropologies of medicine. A colloquium on West European and North American perspectives*, Vieweg, Heidelberg.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2005.

QUARANTA Ivo (2001), *Contextualising the body: anthropology, biomedicine and medical anthropology*, pp. 155-172, in VAN DONGEN Els - COMELLES Joseph M. (curatori), *Medical Anthropology and Anthropology. Contributions of Medical Anthropology at Home to anthropological theories and health debates*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 11-12, ottobre 2001.

RODHES Lorna A. (1990), *Studying biomedicine as a cultural system*, pp. 159-173, in JOHNSON T.M. - SARGENT C.F. (curatori), *Medical Anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, Westport (Connecticut), 1990.

RODHES Lorna A. (1993), *The shape of action. Practice in public psychiatry*, pp. 129-144, in LINDENBAUM S. - LOCK M. (curatori), *Knowledge, power, and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, Berkley - Los Angeles - London, 1993.

SEPPILLI Tullio (1996a), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22.

SEPPILLI Tullio (1996b), *Presentazione*, pp. XI-XXIII, in COZZI Donatella - NIGRIS Daniele, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Milano, 1996.

TANASSI Laura M. (2004), *Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2053-2069.

TINNEY Jean (2008), *Negotiating boundaries and roles. Challenges faced by the nursing home ethnographer*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 202-225.

VAN AMSTEL Hans - VAN DER GEEST Sjaak (2004), *Doctors and retribution: the hospitalisation of compensation claims in the Highlands of Papua Guinea*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2087-2094.

VAN DER GEEST Sjaak (2002), *Hospital care as liturgy: reconsidering magic, science and religion*, pp. 243-258, in COMELLES Josep M. - VAN DONGEN Els (2002) (curatori), *Themes in Medical Anthropology. Medical Anthropology at Home contributes to health studies*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 13-14, ottobre 2002.

VAN DER GEEST Sjaak (2005), *"Sacraments" in the hospital: exploring the magic and the religion of recovery*, "Anthropology & Medicine", vol. 12, n. 2, 2005, pp. 135-150.

VAN DER GEEST Sjaak - FINKLER Kaja (2004), *Hospital ethnography: Introduction*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 1995-2001.

VAN DER GEEST Sjaak - SARDOKIE Samuel (1998), *The fake patient: a research experiment in a Ghanaian hospital*, "Social Science & Medicine", vol. 47, n. 9, 1998, pp. 1373-1381.

VERMEULEN Eric (2004), *Dealing with doubt: making decisions in a neonatal ward in The Netherlands*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2071-2085.

WARREN Narelle, MANDERSON Lenore (2008), *Constructing hope. Dis/Continuity and the narrative construction of recovery in the rehabilitation unit*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 180-201.

19-(Osserv) Panorami.pmd 495 02/11/2010, 16.20

WIND Gitte (2008), *Negotiated interactive observation: doing fieldwork in hospital settings*, "Anthropology & Medicine", vol. 15, n. 2, 2008, pp. 79-89.

ZAMAN Shahaduz (2004), *Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh*, "Social Science & Medicine", vol. 59, n. 10, 2004, pp. 2025-2036.

ZAMAN Shahaduz (2006), *Beds in a Bangladeshi hospital*, "Medische Anthropologie", vol. 18, n. 1, 2006, pp. 193-204.

ZAMAN Shahaduz (2008), *Native among the natives: physician anthropologist doing hospital ethnography at home*, "Journal of Contemporary Ethnography", vol. 37, n. 2, 2008, pp. 135-154.

19-(Osserv) Panorami.pmd 496 02/11/2010, 16.20

03. Resoconti

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicati, sotto forma di resoconti, brevi quadri informativi su manifestazioni di diverso tipo che hanno avuto luogo recentemente in riferimento più o meno diretto a questioni di antropologia medica: congressi e convegni, tavole rotonde o seminari, corsi speciali, cicli di conferenze, mostre o rassegne di materiali audio-visuali.

Workshop "Per un'antropologia medica in ospedale. Strategie e pratiche socio-culturali per un assetto ospedaliero centrato sul paziente"

Firenze [Palazzo dei Congressi, piazza Adua 1], sabato 2 aprile 2005

Promozione e organizzazione: Centro ricerche in ergonomia e fattore umano [CRE] (Firenze) - Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Nell'ambito del Convegno internazionale *Healthcare systems ergonomics and patient safety* (Firenze, 30 marzo - 2 aprile 2005), il cui obiettivo è stato quello di ripensare e progettare sistemi sanitari sicuri e centrati sul paziente, si è svolto a Firenze il 2 aprile 2005 il Workshop di antropologia medica "Per un'antropologia medica in ospedale. Strategie e pratiche socio-culturali per un assetto ospedaliero centrato sul paziente".

Nel corso dell'organizzazione del Convegno internazionale [(1)] – che ha riunito in un'ottica interdisciplinare esperti di tutte le molteplici discipline potenzialmente coinvolte: medicina, ergonomia, scienze delle comunicazioni, antropologia, ingegneria, architettura, design industriale, scienze infermieristiche, informatica, psicologia – si era ritenuto che l'antropologia medica potesse portare un rilevante contributo alla "umanizzazione" dei sistemi sanitari e appunto per questo era stato previsto un workshop, affidato all'organizzazione di Noel Gazzano (Centro ricerche in ergonomia e fattore umano) e Tullio Seppilli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), in cui antropologi e professionisti della sanità potessero su questa tematica incontrarsi e unire così ricerca e formulazioni operative.

Al centro del workshop è stata dunque la questione di quale ruolo l'antropologia medica possa svolgere nell'ambito dei sistemi sanitari contemporanei, e in particolare in quale misura e direzione gli ambiti cognitivi dell'antropologia medica trovino oggi riscontro, sul terreno operativo, nella formulazione delle strategie e delle pratiche sanitarie e, specificamente, nella gestione di sistemi ospedalieri "centrati sul

20-(Osserv) Resoconti.pmd 497 02/11/2010, 16.20

paziente" inteso nella sua complessa unità psicosomatica e nella sua radicazione socio-culturale.

In questo orizzonte sono state identificate tre tematiche specifiche rispetto alle quali un approccio antropologico è particolarmente rilevante: (*a*) le attese del paziente, l'accessibilità fisica e sociale alla struttura ospedaliera e i suoi fattori determinanti, sia di stretta natura edilizia o burocratico-amministrativa che di più stretta pertinenza socio-culturale; (*b*) gli effetti dello sradicamento del paziente dal suo contesto quotidiano e dal suo quotidiano stile di vita, e l'incidenza dello spazio fisico e sociale ospedaliero sul paziente e sul suo intorno sociale; (*c*) il rapporto del paziente con i medici e con l'insieme del personale sanitario, visto alla luce delle dimensioni culturali dei processi di diagnosi e cura e delle regole di vita ospedaliere. Il workshop è stato quindi articolato in due parti: una relazione introduttiva con funzione "di servizio", seguita da tre relazioni di base che hanno affrontato tali tematiche facendo riferimento a concrete ricerche ed esperienze di lavoro, e da un gruppo di altri contributi su argomenti specifici.

Dopo i saluti istituzionali, Tullio Seppilli ha aperto i lavori con un *Quadro introduttivo*, inteso a delineare alcuni temi di fondo dell'antropologia medica contemporanea, e a presentare in tale quadro gli obiettivi del workshop e l'articolazione delle relazioni. Dopo aver caratterizzato l'antropologia medica come disciplina rivolta allo studio del versante sociale dei processi di salute/malattia, ovvero i fattori sociali implicati nel determinarsi e nel decorso degli stati patologici e le risposte cognitive e operative costruite dalle differenti società per interpretare e fronteggiare tali stati, Tullio Seppilli ha sottolineato come lo studio delle istituzioni ospedaliere occidentali rientri precisamente in tale contesto. Seguendo tale prospettiva, infatti, l'istituzione ospedaliera è una delle risposte che sono state date al problema della malattia, e come tale puó essere analizzata dall'antropologia medica. In particolare, l'ospedale moderno è il complesso prodotto di un processo storico, e si caratterizza come una "istituzione totale" poiché controlla e gestisce per periodi di tempo più o meno lunghi la vita dei pazienti al fine di effettuare diagnosi e terapie. L'ospedale è un sottosistema sociale stratificato, un luogo di produzione di complessi significati culturali, nonché uno spazio fisico organizzato secondo regole proprie; tali dimensioni si intrecciano alla funzione terapeutica incidendo su di essa, ed è precisamente analizzandole che l'antropologia puó fornire un contributo rilevante per la vita dei pazienti, indirizzando la gestione dei sistemi sanitari verso una umanizzazione delle istituzioni.

Dopo il quadro introduttivo delineato da Tullio Seppilli, i lavori sono proseguiti con la relazione di Noel Gazzano (Centro ricerche in ergonomia e fattore umano e Università degli studi di Firenze) e Marcella Gostinelli (Azienda USL n. 10 della Regione Toscana [Firenze]), *L'accoglienza in ospedale: uno sguardo interdisciplinare fra antropologia e scienze infermieristiche*. Le Autrici, un'antropologa e un'infermiera coordinatrice con esperienza all'interno dell'Azienda sanitaria, hanno proposto una riflessione sull'applicazione dello sguardo antropologico ai sistemi sanitari in tema di accoglienza, utilizzando una prospettiva interdisciplinare di collaborazione con le professionalità sanitarie e di "applicazione" della ricerca. "Applicare" uno sguardo antropologico all'accoglienza sanitaria significa ridefinire il concetto stesso di accoglienza. Il contenuto dell'espressione "bisogno di salute" e la sua stessa presenza o assenza hanno carattere socio-culturale, e questo vale sia per chi necessita di risposta ai propri bisogni (pazienti), sia per chi offre una risposta (operatori); in altre parole, lo stato di malattia non coincide sempre con la percezione del bisogno di assistenza e cura, e per questo l'accoglienza va ridefinita

20-(Osserv) Resoconti.pmd 498 02/11/2010, 16.20

come un processo che non si limita ad "attendere di accogliere", ma si fa parte attiva, risolvendo anche i bisogni non formulati o espressi, e garantendo così un equo accesso ai servizi sanitari anche a coloro che ne sono ai margini. Le Autrici hanno presentato un esempio di questo tipo di accoglienza: un opuscolo sulla tubercolosi per la popolazione adulta Rom, realizzato con il contributo di un membro di tale comunità e pensato anche per gli operatori sanitari, che è quindi il frutto dell'applicazione di uno sguardo antropologico sia sui cosiddetti "altri" (esigenze dei pazienti) che su di sé (esigenze degli operatori sanitari nel rispondere a tali bisogni).

Il workshop è proseguito con il contributo di Donatella Cozzi, docente a contratto di antropologia culturale nei Corsi di laurea in scienze infermieristiche delle Facoltà di medicina e chirurgia delle Università degli studi di Udine e di Bolzano, e di antropologia della salute, presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. L'Autrice ha presentato la relazione *Lo spazio ospedaliero e il paziente. Corpi in relazione o relazioni incorporate?*, nella quale ha analizzato due temi centrali dell'antropologia medica contemporanea: il concetto di *embodiment*/incorporamento che, seguendo T.J. Csordas, invita a non ridurre l'esperienza al linguaggio, e le *illness narratives*, ovvero le modalità con cui l'esperienza di malattia viene narrata e inserita in una biografia. Tali concetti, ribadendo la centralità della persona, suggeriscono un approccio clinico centrato sul paziente; e tuttavia è necessario non focalizzare l'attenzione sui termini della relazione, curanti-curati, a scapito della relazione stessa (tra corpi/menti e spazi). È proprio sullo sfondo di queste analisi che la relatrice ha presentato alcune ricerche sulla relazione incorporata in una unità di emodialisi, di chirurgia ortopedica, di oncologia e in una unità psichiatrica territoriale.

Pino Schirripa (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute e Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali della Università degli studi di Roma "La Sapienza"), ha poi presentato il contributo *La relazione operatore sanitario-paziente in ambito ospedaliero*, in cui ha evidenziato la differenza tra questo rapporto e quello che il paziente instaura con il medico di famiglia. Nel primo caso, il rapporto è influenzato grandemente dai ritmi e dalle regole della vita ospedaliera, nonché dalla frequenza degli incontri con lo staff sanitario; il paziente non ha facoltà di scegliere con chi interagire, e deve confrontarsi di volta in volta con il personale di turno e le relative le gerarchie, anche se spesso i familiari svolgono un ruolo chiave nella negoziazione con gli operatori sanitari e nella configurazione e riconfigurazione dei rapporti in tali contesti di potere. Il ricorso ad organismi di difesa del malato o alla magistratura possono essere visti precisamente come aspetti di tali negoziazioni.

Dopo una pausa il workshop è proseguito con altre tre relazioni, che hanno affrontato altrettante specifiche ricerche. Alessandro Lupo (Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali della Università degli studi di Roma "La Sapienza") e collaboratori [2] hanno presentato *Antropologia dell'emergenza: un'esperienza nel Lazio*, frutto di un'esperienza condotta dall'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio con la collaborazione dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza" nell'ambito di uno studio sulla definizione di una strategia per la rilevazione della qualità percepita in Emergenza. La ricerca in questione prevede la utilizzazione dei metodi qualitativi dell'antropologia per verificare percezione, esperienza e soddisfazione della qualità nel Pronto soccorso da parte di pazienti, loro accompagnatori e operatori sanitari. L'integrazione della prospettiva organizzativo-professionale, incentrata sulla dimensione organica della malattia, e della prospettiva antropologica, attenta alle dimensioni individuali e sociali della malattia stessa, è il presupposto per l'analisi delle interazioni tra utenti e operato-

20-(Osserv) Resoconti.pmd 499 02/11/2010, 16.20

ri, degli eventuali fraintendimenti, e delle aspettative deluse. I principali strumenti di ricerca antropologica – osservazione partecipante e interviste approfondite – rivelano tutta la loro importanza nell'ambito di un continuo miglioramento della Qualità nei sistemi sanitari.

Vittorio Sironi, docente di storia della medicina e della sanità (Facoltà di medicina e chirurgia, della Università degli studi di Milano-Bicocca) ha poi presentato la relazione *Cambiamenti del rapporto medico-paziente negli Ospedali dall'Ottocento a oggi: Analisi della realtà milanese tra storia sanitaria e antropologia medica*, in cui l'Autore ha delineato il susseguirsi di vari modelli della relazione medico-paziente utilizzando una grande varietà di fonti storiche (regolamenti ospedalieri, testimonianze individuali e fonti letterarie). Con l'affermarsi, nell'Ottocento, di una medicina clinica si è diffuso un modello relazionale conoscitivo-solidaristico, a cui sono seguiti un modello relazionale autoritario-paternalistico con la medicina scientifica della prima metà del Novecento, e un modello relazionale comunicativo-difensivo con la attuale medicina tecnologica. Queste varie fasi implicano un differente coinvolgimento di medico e paziente, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, per arrivare al coinvolgimento ambiguo e alternante tra medico e paziente degli ultimi decenni.

Rosa Cecere ha presentato il lavoro svolto con Omar Abdulcadir e Lucrezia Catania sull'esperienza del Centro di riferimento regionale per la cura e la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili (Dipartimento di ginecologia perinatologia e riproduzione umana della Università degli studi di Firenze). Tema centrale della presentazione è stata un'analisi del comportamento del personale sanitario di fronte alle richieste di cura da parte di donne immigrate, e in particolare di donne con patologie connesse alle MGF. Gli Autori hanno affermato la necessità di formare i professionisti sanitari in modo da far loro acquisire conoscenze ed esperienze adeguate per affrontare tali complesse problematiche, nonché una maggiore sensibilità di fronte a situazioni che suscitano difficoltà per la loro distanza dalla propria esperienza individuale. Hanno affermato l'importanza di una trasformazione fattiva della struttura ospedaliera in funzione delle esigenze di coloro che fruiscono del servizio, suggerendo una complessa articolazione della risposta medica alle pazienti, strutturata in linee-guida fondamentali per garantire un servizio sanitario attento alla molteplicità delle esperienze umane.

Infine, M. Gloria de Bernardo, docente a contratto di etnoantropologia e antropologia sociale nei Corsi di laurea in scienze infermieristiche delle Facoltà di medicina e chirurgia delle Università degli studi di Verona e di Padova, e membro del Comitato etico dell'Azienda ospedaliera di Verona, ha presentato la relazione *Il mito di Cura*. L'Autrice ha affrontato il tema della cura, proponendo un'affascinante prospettiva che parte appunto dal "mito di Cura": nelle parole del mitografo Igino (II secolo d.C.), l'uomo è rappresentato come un essere costituito da terra e spirito, cui la dea Cura ha dato coesione. Cura custodisce l'unità dell'uomo, vigilando sulla continua tensione che spinge anima e corpo a separarsi per tornare alle loro rispettive origini, Giove e Terra. La cultura occidentale ha così ereditato dal mito romano una nozione di cura che, lungi dall'essere un'entità mitica o estranea, risiede nell'uomo stesso.

Infine Tullio Seppilli ha concluso i lavori con l'auspicio di una proficua comunicazione e collaborazione fra antropologi e professionisti della sanità sul terreno generale della formazione e delle pratiche di assistenza e su quello, in particolare, dell'organizzazione e gestione delle istituzioni ospedaliere.

20-(Osserv) Resoconti.pmd 500 02/11/2010, 16.20

Note

(1) Il convegno è stato organizzato da: Società italiana di ergonomia [SIE], Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria [SIQuAS], Centro ricerche in ergonomia e fattore umano [CRE] (Azienda USL n. 10 della Regione Toscana [Firenze]) e Università degli studi di Firenze e di Siena), Agenzia regionale di sanità della Toscana, Centro per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente [GRC] (Regione Toscana), Federazione toscana degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Coordinamento regionale dei Collegi infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infaniza [IPASVI] della Toscana. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.heps2005.org.

(2) Marianna Blasi, Federica Marzioni ed Alessandra Pezzuolo, dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza"; Giovanni Caracci, Andrea Caprara, Carmen Mantuano, Pietro Scanzano e Gabriella Guasticchi dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio.

Noel Gazzano

20-(Osserv) Resoconti.pmd 501 02/11/2010, 16.20

II Convegno nazionale: "Per un welfare sostenibile. La cooperazione dei medici di famiglia e la cooperazione sociale nelle cure primarie. Casa della salute, residenzialità territoriale, domiciliarità, termalismo e benessere

Fiuggi [Teatro delle Fonti di Fiuggi], 14-16 settembre 2007

Organizzazione: Samnium Medica Società Cooperativa
Collaborazioni: Consorzio nazionale DROM di LegaCoop, Campania Medica, Federazione italiana medici di medicina generale [FIMMG]
Patrocinio: Ministero delle politiche sociali, Ministero della salute, Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri [FNOMCEO], Società italiana di medicina generale [SIMG], Provincia di Frosinone, Comune di Fiuggi, Fiuggi Terme

Nel Teatro delle Fonti di Fiuggi dal 14 al 16 settembre 2007 si è svolto il II Convegno nazionale*: Per un Welfare sostenibile. La cooperazione dei medici di famiglia e la cooperazione sociale nelle cure primarie*.

Il convegno, che ha visto una numerosa e significativa partecipazione di soci e dirigenti di cooperative mediche e sociali, di rappresentanti delle istituzioni e del terzo settore, si è articolato in tre momenti fondamentali:

1) questioni teoriche relative all'integrazione del sanitario e del sociale,
2) esempi specifici di sperimentazione dell'organizzazione delle cure primarie,
3) riflessioni e proposte.

I lavori sono stati aperti da Crescenzo SIMONE (Samnium Medica) che ha illustrato le ipotesi di lavoro su cui è stato articolato il programma del convegno e cioè la necessità di una riorganizzazione della rete assistenziale e sociosanitaria del territorio e la cooperazione quale strumento essenziale di tale riorganizzazione.

Nella **prima sessione**, *Cure primarie e welfare state*, Mario MAZZOLENI (Università degli studi di Brescia), con una relazione ampia e articolata, ha ripercorso la storia del termine welfare analizzando sia il significato assunto dal termine tra il XIX e il XX secolo, che i diversi approcci che ne sono scaturiti, distinguendo tra welfare sociale, welfare fiscale e aziendale. Ha rilevato come nel Secondo dopoguerra l'impegno maggiore sia stato rivolto al welfare sociale, gestito dal pubblico, mentre negli anni Novanta si è diffusa una diversa impostazione, poiché, di fronte ai costi crescenti, lo stato ha avvertito l'esigenza di affiancare al suo intervento diretto quello delle imprese sociali.

Rispetto al settore sanitario, la concezione della cura, e in particolare delle cure primarie si collega direttamente alle politiche del welfare, sia attraverso la promozione della cultura e dell'educazione sanitaria, che attraverso politiche di rielaborazione del modello pubblico/privato, che vedono l'affermazione di un modello ibrido, nel quale vi è la compresenza del privato, attraverso l'impiego delle imprese sociali.

Giuliano POLETTI (Legacoop) ha ripercorso alcune tappe del movimento cooperativo italiano, ponendo in evidenza che la storia della cooperazione è legata a una conce-

20-(Osserv) Resoconti.pmd 502 02/11/2010, 16.20

zione della società che parte da lontano, ha le sue origini nelle Società di mutuo soccorso e nelle prime forme di auto-aiuto, basate sulla sussidiarietà e la mutualità tra i membri. L'idea di cooperazione si basa su due cardini fondamentali, fiducia e solidarietà, una solidarietà che deve essere efficiente ed efficace.

Giacomo Milillo (Fimmg) ha riconosciuto l'importanza delle cooperative mediche, come cooperative di servizi per i medici e ha presentato il progetto di ri-fondazione della medicina generale, che propone una nuova figura di medico, che non opererà più da solo ma inserito nelle Unità di medicina generale. Anche altri interventi successivi hanno posto in rilievo che si è concluso un ciclo e che ormai la medicina generale deve essere integrata nell'ambito delle cure primarie, come rete organizzata di attività che coinvolge gli operatori sia sanitari che sociali, che della rete assistenziale presenti sul territorio. Importanti innovazioni si sono prodotte nel settore con le cooperative mediche, nella gestione dei servizi, delle banche dati e di strutture complesse, tuttavia il medico di famiglia si trova di fronte a notevoli disagi nel suo lavoro nel contrasto tra il principio di equità e la scarsità delle risorse, di fronte agli squilibri verificatisi nelle spese sanitarie. Nella tavola rotonda questi temi sono stati ripresi ponendo il problema del come si possano costruire percorsi di integrazione, a partire dalla stessa concezione di salute come benessere psico-fisico e dall'emergere di patologie croniche degenerative e di nuove marginalità.

Nella **seconda sessione**, *Cooperazione medica e cooperazione sociale*, questi temi sono stati affrontati e discussi a partire da esperienze regionali relative alle Case della salute, presentando situazioni concrete e modalità di intervento rispetto alle problematiche in questione. È subito emerso come, al di là delle linee guida ministeriali, vi siano notevoli disuguaglianze tra le regioni nelle modalità di organizzazione e nell'impiego delle risorse a disposizione. Pierluigi Cerato (Arsan Campania) ha posto in evidenza la drammaticità dei dati campani e come gli indicatori di salute non siano più rassicuranti, ma che emergano delle criticità rispetto, ad esempio, agli immigrati e alle nuove marginalità, che richiedono una rete integrata tra l'assistenza sociale e quella medica.

Vittorio Boscherini, descrivendo l'esperienza delle Società della salute toscane, ha sottolineato come l'impianto del Servizio sanitario nazionale sia stato concepito in relazione ai casi acuti, mentre ora ci si trova sempre di più di fronte a patologie croniche; questo richiede la creazione di un'équipe territoriale multidisciplinare a forte integrazione sociale.

Di una Casa della salute abruzzese e delle difficoltà incontrate ha parlato Monatti sottolineando come la normativa sia poco adatta a un territorio montuoso come quello in cui è sorta questa nuova organizzazione territoriale.

Luca Sorrentino ha sottolineato come le cooperative sociali possano offrire servizi complementari e come il territorio, ad esempio rispetto all'assistenza domiciliare, sia il luogo di incontro di operatori differenti, rilevando l'esigenza di pensare forme di partenariato, di sviluppare ciò che prima non c'era, di far emergere i nuovi bisogni a cui dare risposte. La cooperazione sociale già svolge un ruolo importante nel sistema dei servizi, occorre che si incontri con la cooperazione dei medici anche in relazione alla possibilità di sperimentare processi di cura sul territorio, oggi ancora eccessivamente ospedalizzati.

Secondo le direttive ministeriali al centro del sistema sanitario è posto il cittadino, tuttavia vi è una notevole disparità di servizi tra aree geografiche, come posto in

20-(Osserv) Resoconti.pmd 503 02/11/2010, 16.20

evidenza anche dagli interventi della **terza sessione**, *Domiciliarità, residenzialità territoriale e cooperazione*. Sono stati presentati gli ospedali di comunità, oggi non più progetto ma realtà, che rappresentano l'anello di congiunzione tra l'ospedale e il territorio e che sono interamente gestiti dai medici di medicina generale e alcune realizzazioni di integrazione sociosanitaria rispetto a interventi su anziani con demenza. Il processo d'invecchiamento richiede non solo la medicalizzazione ma anche la considerazione della persona nella sua globalità e quindi un'azione integrata, che deve essere asse portante delle politiche e della programmazione e organizzazione gestionale, il servizio domiciliare necessita di un approccio integrato di cure.

La **quarta sessione**, *Termalismo e salute nelle cure primarie*, introdotta da Renato Del Monaco (Fiuggi Terme), è stata dedicata al termalismo e alle terme come luogo di salute ma anche di benessere, con contributi di medicina termale,che hanno sottolineato i vantaggi delle cure termali, a partire dalle qualità specifiche delle acque e dei fanghi e interventi di amministratori locali che si sono soffermati sul turismo termale e sulle ricadute che esso ha sullo sviluppo economico del territorio.

Gli interventi della **quinta sessione**, *Cooperazione medica e cooperazione sociale in una rete di servizi integrati: modelli organizzativi e strumenti di coordinamento* sono stati mirati a rilanciare il tema del convegno e ad aprire la discussione generale. Gianfranco Piseri (Legacoop) ha sottolineato come da quanto stato detto sinora siano emersi due temi: la centralità della persona e il rapporto con il territorio, aspetto che riguarda sia i medici di medicina generale che gli operatori sociali, ma alla base di questo sta l'idea della salute come benessere e qualità della vita. Angelo Castaldo (Fimmg) ha posto in evidenza come dalla rivalutazione del mondo delle cooperative venga la possibilità che questi due mondi il medico-sanitario e il sociale possano incontrarsi.

Sergio D'Angelo (Consorzio nazionale Drom) ha posto in evidenza come questo convegno possa essere un punto di partenza, perché se è vero che ci sono dei vincoli legislativi che devono essere superati, tuttavia questo processo di integrazione richiede un cambiamento di cultura, per poter intraprendere un percorso comune. Infatti non si tratta di mettere insieme competenze diverse in giustapposizione, ma di intrecciarle e per fare questo c'è bisogno di costruire insieme un modo di pensare diverso.

Il Convegno si è concluso con un confronto partecipato e con alcune proposte:

1) la promozione di un coordinamento nazionale funzionale di tutte le cooperative dei medici di famiglia (come da *mozione allegata*);
2) la costituzione di un tavolo di proposte e progetti delle Regioni del Sud, ai sensi del Protocollo d'intesa "*Quadro strategico per salute, sicurezza e sviluppo del Mezzogiorno*" stipulato tra il Ministero dello sviluppo economico, il Ministero della salute e le Regioni del Sud, per definire "una strategia chiara ed essenziale degli obiettivi prioritari per il Servizio sanitario del Mezzogiorno";
3) la promozione di un Forum sull'integrazione socio-sanitaria;
4) la promozione di un III Convegno nazionale a Fiuggi. Workshop "Per un'antropologia medica in ospedale.

Gianfranca Ranisio

20-(Osserv) Resoconti.pmd 504 02/11/2010, 16.20

06. Recensioni

Etnopsicoanalisi: i dialoghi incompiuti e le sfide della ricerca

Massimiliano Minelli
ricercatore in discipline demo-etno-antropologiche,
Università degli studi di Perugia

Roberto BENEDUCE - Elisabeth ROUDINESCO (curatori), *I. Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto***, scritti di Roberto Beneduce, Bertrand Pulman, Elisabeth Roudinesco, Bollati Boringhieri, Torino, 2005, 165 pp. (Saggi. Storia, filosofia e scienze sociali).**

Roberto BENEDUCE - Elisabeth ROUDINESCO (curatori), *II. Antropologia della cura***, scritti di Marc Augé, Roberto Beneduce, Stefania Pandolfo, Michel Plon, Charles-Henry Pradelles de Latour, András Zempléni, Bollati Boringhieri, Torino, 2005, 345 pp. (Saggi. Storia, filosofia e scienze sociali).**

Antropologia e psicoanalisi hanno alle spalle un secolo di "relazioni pericolose". Provare a ripercorrerne la storia significa portare alla superficie tracce di rapporti cordiali, non privi d'ambivalenza, e di corteggiamenti reciproci, raramente sfociati in legami duraturi. In effetti, i primi segnali delle complicate interazioni fra le due discipline risalgono almeno a quando Sigmund Freud pubblicò *Totem e tabu* (1912-1913). Quel libro era stato realizzato in seguito alla lettura del *Ramo d'oro* (1890, 1900, 1911-15) di James G. Frazer, universalmente riconosciuto come uno dei "padri" dell'antropologia evoluzionista vittoriana. Nell'approccio frazeriano, Freud aveva trovato un modello unificato della mente umana, modi di ragionare ordinati in una scala evolutiva e una peculiare strategia combinatoria di simboli e rituali. Tuttavia, quella che i più considerano come la prima cruciale incursione psicoanalitica nel terreno dell'etnologia non fu benevolmente considerata da Frazer. I biografi hanno riportato poche frasi taglienti pronunciate da quest'ultimo su chi doveva apparirgli come uno psicologo piuttosto stravagante: «that creature Freud» (DEI F. 1998: 201 e segg.).

Anche Freud peraltro mostrò un certo distacco nei confronti delle dispute antropologiche, aperte dai suoi discepoli in occasioni pubbliche. Ad esempio, nella seconda metà degli anni '30, lasciò a Ernest Jones il compito di disbrigare le contese al Royal Anthropological Institute. Ironia della sorte, in quelle contese gli antropologi della nuova generazione avrebbero dibattuto su totemismo ed evoluzione della "cultura" – seguendo un'inquietante pista d'indizi che per Freud doveva condurre a un parricidio primordiale – mentre erano impegnati anche a regolare i conti con l'eredità ingombrante di Frazer. Così, l'ombra di un terribile crimine si profilava all'orizzonte proprio quando, come ha scritto Ernest Gellner, «intellettualmente parlando Malinowski

21-(Osserv) Recensioni.pmd 505 02/11/2010, 16.21

assassinò Frazer e diventò re del mondo accademico dell'antropologia» (GELLNER E. 1999 [1995]: 122).

Nei suoi ultimi anni di vita, Freud era preoccupato soprattutto dei giudizi severi provenienti dalla sua Vienna. Critiche negative, insieme a una condanna morale, giungevano dall'etnologia dei *cicli culturali* di padre Schmidt, definito da Freud il suo "malizioso nemico" (ROAZEN P. 1998 [1975]: 243). In effetti, vi erano fondate ragioni per ritenere che le tesi d'impronta diffusionista e le alleanze fra etnologia e gerarchie cattoliche, in Austria e in Italia, rappresentassero un sostegno proveniente dal campo accademico alla persecuzione nazista della psicoanalisi come scienza ebraica (YERUSHALMI Y.H. 1996 [1991]: 43-45).

Anche solo richiamando alla memoria questi primi tentativi d'incontro e dialogo, si comprende come una ricostruzione genealogica del campo condiviso e conteso da antropologi e psicoanalisti potrebbe mostrare la peculiare natura politica dei dibattiti che hanno investito i principali oggetti d'interesse delle due discipline: la "psiche" e la "cultura". In questa direzione, si trovano stimolanti contributi nei due volumi, a cura di Roberto Beneduce e Elisabeth Roudinesco, dedicati ad *Antropologia e psicoanalisi*, pubblicati nella collana "Saggi. Storia, filosofia e scienze sociali" di Bollati Boringhieri. I testi raccolgono articoli di storia degli studi e d'etnografia, per la maggior parte apparsi negli anni '80 e '90 in riviste francofone d'antropologia e di scienze umane. Sono in tal modo proposti al pubblico italiano i materiali necessari a riprendere un "dialogo incompiuto", di cui si avverte l'urgenza non solo sul versante delle contese accademiche e delle tradizioni intellettuali, ma anche su quello della "ricerca sul terreno" e della pratica clinica.

Nelle ricostruzioni storico-biografiche del primo volume (I. *Etnopsicoanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto*. Scritti di R. Beneduce, B. Pulman, E. Roudinesco), vediamo agire e scontrarsi intellettuali poliedrici: principalmente antropologi come W.H.R. Rivers, C.G. Seligman, psicoanalisti sensibili alla produzione culturale come E. Jones, O. Mannoni, figure poste sul confine come l'etnopsichiatra Georges Devereux. La lettura delle storie di formazione e d'apprendistato, vissute da alcune tra le più significative personalità delle scienze umane del secolo scorso, ci ripropone i progetti, i dilemmi e i malintesi, tra i quali si possono fare anche scoperte inattese. Si vede per esempio che la penetrazione della psicoanalisi nell'antropologia britannica deve più di quanto generalmente si creda alla pratica medica sullo "shock da granata", riportato dai reduci dal fronte della Prima Guerra mondiale, e meno alla sessualità infantile o alle dispute sull'ipotesi della uccisione operata dall' "orda primitiva". Rivers, dalla duplice formazione di medico e psicologo sperimentale, divenuto uno dei più eminenti antropologi britannici degli inizi del secolo XX, aveva lavorato non solo sui nativi coloniali incontrati nella nota Cambridge Anthropological Expedition allo stretto di Torres, ma anche sulle nevrosi traumatiche di guerra. Negli stessi anni in cui si avvicinava alla psicoanalisi e si collocava nel panorama dell'antropologia inglese, egli probabilmente trovava la teoria freudiana particolarmente congeniale alla sua attività di psicologo alle prese con l'amnesia e la memoria traumatica.

Anche Seligman, amico e successore di Rivers, ha certamente avuto un ruolo importante nella scoperta antropologica di Freud. Viene ritratto da Pulman mentre da un lato organizza la conferenza di Ernest Jones al Royal Anthropological Institute e dall'altro promuove la ricerca sul campo, per vagliare le ipotesi di conflitti nella scena familiare lontano dalle borghesie europee. Seligman ha infatti avuto un ruolo decisivo nel progetto di Malinowski di avanzare una critica empiricamente fondata all'ipo-

21-(Osserv) Recensioni.pmd 506 02/11/2010, 16.21

tesi della universalità dell'Edipo, attraverso la sua ricerca alle Isole Trobriand. Tuttavia, l'affermarsi dell'antropologia basata una prolungata permanenza sul terreno non sembra aver migliorato le relazioni inter-disciplinari, se è vero che le etnografie di Malinowski lo esposero agli strali di Geza Roheim. Il quale lo giudicava in possesso di una conoscenza approssimativa dei testi freudiani, di una inesistente pratica analitica e di un imbarazzante pragmatismo insensibile al "fantasma" – un'accusa terribile questa, se rivolta da un'analista –.

Il secondo volume (*II. Antropologia della cura*. Scritti di M. Augé, R. Beneduce, S. Pandolfo, M. Plon, C.-H. Pradelles de Latour e A. Zempléni) è costituito principalmente da ricerche etnografiche condotte in Africa (Marocco, Camerun, Chad, Costa d'Avorio, Senegal). È così ripercorrendo insieme agli antropologi i loro itinerari di ricerca che possiamo cogliere le interazioni fra le emozioni individuali e le forme pubbliche della vita sociale.

Roberto Beneduce lavora su questi problemi in una situazione etnografica densa e riflette sulle relazioni tra memoria e credenza, concentrandosi in particolare sul rapporto fra il corpo e la storia dei processi post-coloniali in Camerun. Nel caso specifico, a venir tematizzato è in primo luogo l'incontro fra terapeuti di diversa formazione, con esiti decisivi sia nell'azione terapeutica, sia nell'interazione sul terreno. Marc Augé studia le confessioni nei processi per stregoneria tra gli Alladian della Costa d'Avorio entrando nel vivo dei legami ambivalenti fra il "desiderio" e la "legge". La malattia e la morte, nelle interpretazioni locali, sono il risultato nefasto d'attacchi "magici" operati dal doppio dell'aggressore sulle istanze psichiche della vittima, destinata a indebolirsi fino a morirne. In simili circostanze, a essere investito dall'assalto dello stregone è il carattere storico e situato della persona della vittima. Andras Zempléni, in due saggi di grande interesse, indaga i rapporti dinamici e irregolari fra possessione, sacrificio e formazione di gruppi di adepti. Nella sua etnografia tra i Moundang del Chad, centrata sugli "atti di parola" attraverso i quali i suoi interlocutori interpretano le relazioni sociali e i significati del mondo sociale circostante, egli esplora la dimensione politica del rapporto fra cura, istituzione sociale e potere.

Nel loro insieme, i saggi etnografici mostrano come siano le situazioni più intricate e conflittuali, in cui attori sociali e antropologi sono "presi" in prima persona, a suggerire i possibili sviluppi di nuove sfide interpretative. In tali frangenti, appare ancora estremamente attuale e pertinente l'invito G. Devereux a pensare la vocazione critica dell'*etnopsicoanalisi* a partire dal riconoscimento di discorsi irriducibili e "assolutamente" autonomi. Emblematico rappresentante di coloro i quali hanno continuato a lavorare sul confine fra apprendistati analitici interminabili e fieldwork irti di difficoltà, Devereux invitava a rifiutare «ogni "*inter*disciplinarità" additiva, fondente, sintetica o parallela, insomma ogni disciplina che faccia ricorso al trattino di congiunzione, e quindi alla "simultaneità"» (DEVEREUX G. 1975 [1972]: 12). In tal modo, Devereux suggeriva che la descrizione socioculturale e quella psicoanalitica avrebbero fatto della irriducibilità (e di quella che egli chiamava "complementarietà non simultanea") delle rispettive analisi un terreno problematico di confronto e non un'area di "confusione".

Su questa linea, con una rinnovata attenzione per le pratiche e le politiche della ricerca, è possibile delineare i nuovi confini di un campo "fecondamene instabile", condiviso da antropologia e psicoanalisi, ove si profilano anche oggi i tratti agonistici di un vivace dialogo. Per favorire gli scambi, è quindi indispensabile superare gli approcci che vedono la "cultura" come un bene patrimoniale, prevalentemente cen-

21-(Osserv) Recensioni.pmd 507 02/11/2010, 16.21

trati sulle "differenze culturali" e sulle "rappresentazioni" della persona, per rivolgersi risolutamente verso le pratiche di produzione del sé, di cui è evidente la peculiare natura processuale e politica. Ricerca etnografica e clinica psicoanalitica potrebbero così agire, con uno sguardo critico e riflessivo, nel vivo delle dinamiche e dei conflitti delle società contemporanee, disarticolando con paziente determinazione quelle logiche classificatorie e differenziali che saturano procedure amministrative, strategie di controllo sociale e divisioni accademiche.

Bibliografia

DEI Fabio (1998), *La discesa agli inferi. James G. Frazer e la cultura del Novecento*, Argo, Lecce.

DEVEREUX Georges (1975 [1972]), *Saggi di etnopsicoanalisi complementarista*, traduz. dal francese di Maria Grazia MERIGGI, Bompiani, Milano [ediz.orig.: *Ethnopsychanalise complementariste*, Flammarion, Paris, 1972].

GELLNER Ernest (1999 [1995]), *Antropologia e politica*, traduz. dall'inglese di Ludovica NAGEL, Editori Riuniti, Roma [ediz.orig.: *Anthropology and politics. Revolutions in the Sacred Grove*, Blackwell Publishers, Oxford, 1995].

ROAZEN Paul (1998 [1975]), *Freud e i suoi seguaci*, prefazione di Michele RANCHETTI, traduz. dall'inglese di Anna Maria FENOGLIO, Roberto SPEZIALE-BAGLIACCA e Anna MARTINI, Einaudi, Torino [ediz.orig.: *Freud and his followers*, 1975].

YERUSHALMI Yosef Hayim (1996 [1991]), *Il Mosè di Freud. Giudaismo terminabile e interminabile*, traduz. dall'inglese di Gaspare BONA, Einaudi, Torino [ediz.orig.: *Freud's Moses: Judaism terminable and interminabile*, 1991].

Indice del vol. I. R. BENEDUCE, *Premessa* / R. BENEDUCE, *Introduzione. L'ascolto delle differenze* / B. PULMAN, *Alle origini del dibattito fra etnologia e psicoanalisi. William Halse Rivers Rivers* / B. PULMAN, *Psicoanalisi in Nuova Guinea. Charles Gabriel Seligman* / B. PULMAN, *Le ambigue frontiere dell'Edipo. Ernest Jones* / E. ROUDINESCO, *Decolonizzare se stessi. Octave Mannoni* / E. ROUDINESCO, *La psicoterapia di un indiano delle pianure. Georges Devereux*.

Indice del vol. II. R. BENEDUCE, *Introduzione. Dall'efficacia simbolica alle politiche del sé* / M. AUGÉ, *Un giovane di buona famiglia. Logiche dell'accusa e della confessione in Costa d'Avorio* / M. AUGÉ, *Il feticcio e il corpo plurale* / A. ZEMPLÉNI, *Dal sintomo al sacrificio. Storia di Khady Fall* / S. PANDOLFO, *L'altra voce* / R. BENEDUCE, *Enigmi dell'esperienza. Conversazioni nella foresta del Camerun meridionale* / C.-H. PRADELLES DE LATOUR, *Etnopsicoanalisi. Un altro approccio al soggetto* / M. PLON, *Infanzia di qui e d'altrove. Aspetti della cura psicoanalitica con bambini immigrati*.

21-(Osserv) Recensioni.pmd 508 02/11/2010, 16.21

La rivoluzione paradigmatica della Psiconeuroendocrinoimmunologia

Alessandro Salvini
professore ordinario di psicologia clinica
Università degli studi di Padova

Francesco BOTTACCIOLI, *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici della relazione mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, II ediz., Edizioni Red!, Milano, 2005, 511 pp.

Si tratta della seconda edizione di un'opera che in circa dieci anni, e con un moto progressivamente accelerato, ha visto crescere il numero dei lettori e dei suoi estimatori. Quando Francesco Bottaccioli, nel 1995, pubblicò *Psiconeuroimmunologia*, pochi avrebbero potuto prevedere, che un sapere un po' eretico seppur interessante, e ancora marginale secondo l'establishment medico tradizionale, trasformasse alcune discipline come l'immunologia, l'endocrinologia e la neurofarmacologia, da periferiche a protagoniste di una vera e propria rivoluzione paradigmatica.

Le evidenze scientifiche che si sono accumulate sui tavoli della ricerca biomedica, grazie anche agli aiuti di altre scienze e delle nuove tecnologie, hanno portato a ridisegnare le conoscenze della medicina entro un mutato quadro epistemologico. Come osserva Bottaccioli, «l'innovazione in biomedicina si realizza grazie alla contaminazione con altri saperi». Pur non essendo cambiati i principi metodologici della ricerca, sono mutate le idee, i paradigmi e gli obiettivi, con il passaggio dalla cosiddetta patologia d'organo a favore di visioni complesse interattive e sistemiche. Se i cardiologi incominciano a interrogarsi sul ruolo dei processi infiammatori, degli stati depressivi o dello stress nella genesi delle cardiopatie, e se i neurologi sono sospinti a configurare il cervello come una ghiandola endocrina, peraltro suscettibile di rimodellarsi sulla base dell'esperienza, è evidente che le partizioni tradizionali del sapere medico vanno necessariamente verso un rimescolamento.

I punti d'intersezione tra specializzazioni mediche e altre discipline, riflettono le connessioni sempre più evidenti tra eventi biochimici e comportamento umano. Se il comportamento umano concorre nella genesi delle malattie e nella loro prevenzione, è evidente che in questa grande connessione, le conoscenze culturali, sociali e filosofiche, possono svolgere un ruolo importante, non solo ornamentale, in una integrazione di saperi e di competenze. Un risultato di questo clima di cambiamento e di nuove evidenze che il libro di Bottaccioli sottolinea è la trasformazione del sapere medico. Pratica che da chiusa e castale, deve condividere con altre conoscenze una diversa declinazione antropologica della cura e del paziente. Facendo di quest'ultimo un protagonista corresponsabile, di atti sanitari, di scelte e di decisioni terapeutiche, sempre più attivo sul fronte della sua salute e prevenzione. Gli stili di vita, l'alimentazione, l'attività fisica, il rilassamento, il controllo dello stress, la meditazione, la psicoterapia, non sono semplici accessori 'igienici', se si considera che alcune di queste pratiche possono essere più efficaci dei trattamenti farmacologici, per esempio dei beta-bloccanti nel controllo delle risposte adrenergiche.

Agli inizi degli anni Settanta, del secolo appena passato, ho avuto la fortuna di collaborare con Ferruccio Antonelli, uno tra i fondatori della medicina psicosomatica in Italia.

21-(Osserv) Recensioni.pmd 509 02/11/2010, 16.21

Ci univa un comune interesse per la psicologia dello sport di cui Antonelli coltivava, in modo logicamente complementare alla psicosomatica, la ricerca e la pratica clinica.

In quegli anni la psicosomatica era dualista, il 'somatico' era il regno del sintomo e lo 'psichico' la dimensione delle cause. I suoi cultori spesso si trasformavano in funamboli presi nel tentativo di spiegare quello che appariva un enigma, ovvero il 'misterioso salto dalla mente al corpo'. La relazione tra le cause psicologiche (sempre ipotetiche e a posteriori) e la malattia con i suoi presunti significati simbolici, allusivi, analogici o di compensazione psichica, aveva spostato il baricentro della psicosomatica verso la psichiatria, il cui pendolo, a sua volta e in quel momento, oscillava, ancor prima di averla compresa, verso la psicoanalisi. Tutti i disturbi cosiddetti funzionai i o a eziopatogenesi incerta venivano rubricati come psicosomatici, ricollocandoli così nel *hic sunt leones* dell'ignoto. La psicosomatica degli anni settanta, ricchissima di elementi aneddotici, di evidenze cliniche, e di correlazioni, rimaneva comunque un campo congetturale, in cui le concomitanze tra la malattia e le sue cause venivano per così dire 'saldate' con interpretazioni scambiate per spiegazioni. Esercizio ermeneutico che solo l'autorità del medico consentiva di suggellare come verità.

Consapevole di questo, Antonelli mi diceva "la medicina prima di essere scienza nasce come tentativo di cura empirica dei sintomi e delle malattie, ma non sempre poggia su ipotesi e teorie convincenti". Pur propendendo per una psicosomatica dinamico-psichiatrica, Antonelli criticava una medicina legata alla causalità lineare, poco propensa a considerare, parafrasando Gregory Bateson, il corpo come un sistema autocorrettivo organizzato in modo cibernetico e sistemico, pur essendo lui professionalmente orientato verso una psichiatria psicodinamica.

La rivoluzione paradigmatica della PNEI (la psiconeuroendocrinoimmunologia) rifiutando la causalità lineare, aprendosi all'olismo e all'idea di un organismo che funziona come un sistema di comunicazioni e di retroazioni, sarebbe piaciuta ad Antonelli.

Difatti in quegli anni il mondo dello sport ci sottoponeva alcuni problemi, scartati dai fisiologi e dai medici sportivi, e ritenuti di natura psicologica. Uno di questi era nelle atlete di alto livello, il ricorrente problema dell'amenorrea, un altro era la diffusa tendenza degli atleti, anche di prestigio, a 'marcare visita', a lamentarsi di un'infinita serie di acciacchi fisici, parte dei quali sembravano immaginari. Con il gusto normativo pedagogico e diagnostico della psichiatria del tempo, tutto veniva spiegato con la 'reattività isterica' delle atlete (l'amenorrea), o con la diagnosi di 'disturbo ipocondriaco da ansia da prestazione' per i malesseri dei campioni.

Nel confrontare un gruppo clinicamente rappresentativo di sportive di alto livello con il problema dell'amenorrea con un altro analogo ma senza questo disturbo, ci imbattemmo in un altro fenomeno: il gruppo di controllo, ovvero le atlete di alto livello con le mestruazioni regolari, conviventi da mesi in raduno collegiale, presentavano un singolare e condiviso sincronismo nel ciclo. Altra cosa particolare fu rilevare che gli atleti 'ipocondriaci' presentavano una remissione rapida dei loro disturbi (per esempio, ricorrenti infezioni, dispepsie, mialgie, emicranie, somatizzazioni ansiose e altro) se sottoposti a sedute di training autogeno. Tutto questo è ben spiegato dalla PNEI e dal sistema di acquisizioni e di evidenze che la guida, per esempio come lo stress, anche atletico se intenso, sia un potente sregolatore degli ormoni sessuali (l'amenorrea) e al tempo stesso diminuisca l'efficienza del sistema immunitario (infezioni ricorrenti), o come le rappresentazioni emotive e cognitive per il tramite il sistema nervoso siano capaci di creare effetti somatici, anche transpersonali (il sincronismo del ciclo) o come

21-(Osserv) Recensioni.pmd 510 02/11/2010, 16.21

la 'pancia abbia il suo cervello' (i disturbi digestivi). Effetti che oggi non sono più un mistero, così come non lo sono più gli effetti, del training autogeno o dell'ipnosi, o di alcune pratiche corporee. Cose che ieri venivano liquidate come 'suggestione' e 'magia', o attribuite ad una 'simulazione nevrotica', e considerate estranee ai canoni della medicina tradizionale, o anche della psicologia comportamentista, oggi hanno una loro spiegazione.

Se uno psicologo russo, come ho constatato, praticava l'ipnosi per bloccare il ciclo mestruale delle atlete della squadra di nuoto prima delle competizioni, se assistevi all'evidente modificazione di uno stato di coscienza di uno Yogi attraverso la meditazione, oppure se più prosaicamente con alcune sedute di psicoterapia, invece che con le benzodiazepine, vedevi risolti alcuni disturbi d'ansia, tutto questo era qualcosa che non apparteneva alla scienza: erano pure curiosità, che il paradigma medico tradizionale non poteva accogliere e su cui era prudente tacere.

Le retroazioni della mente/cervello sul corpo sono affascinanti, e il libro di Francesco Bottaccioli ci permette di entrare in questo territorio, di cui, per esempio, il 'circuito dello stress' non solo offre una spiegazione perfetta dei processi e dei meccanismi coinvolti, ma diventa un efficacissimo modello per capire il salto dallo psichico al somatico e viceversa, di cui i processi comunicativi biologici costituiscono il meccanismo sovraordinato. Fatto che peraltro consente di comprendere come ad ogni cambiamento di uno stato emotivo possa accompagnarsi un cambiamento fisiologico o viceversa, abbandonando ogni posizione dualistica.

Il libro di Francesco Bottaccioli, ci permette di entrare anche nei meccanismi sistemici e interattivi che governano alcune gravi patologie, da quelle autoimmuni ai disturbi cardiovascolari, dal cancro all'invecchiamento, e in altre in cui la mente può essere guarita attraverso il corpo o viceversa, come la depressione.

Prendendo in esame alcuni aspetti di questo straordinario network psicobiologico, che la PNEI ci aiuta a ricostruire, si può concordare con il fatto che la scienza è un'impresa collettiva, di cui alcuni suoi protagonisti, come Han Selye o Henri Laborit o Candace Pert, hanno contribuito creare un'immagine nuova del corpo e della malattia.

Per esempio, a partire dalla scoperta della Pert dei recettori degli oppioidi endogeni, si è aperto dagli anni Settanta in poi un ampio campo di ricerca sulla funzione dei neuropetidi, una cinquantina (fino ad oggi), prodotti non solo dai neuroni ma anche dalle cellule endocrine e da quelle immunitarie. Fatto che ha permesso di scoprire l'esistenza di una comunicazione bidirezionale tra organi diversi; capaci di attivare particolari circuiti neuronali, sia nel cervello che nel corpo, avendo a disposizione numerose sostanze *double face* deputate all'informazione, peptidi e ormoni al tempo stesso.

Il punto centrale della PNEI è che la fisiologia dell'organismo umano, le sue patologie, o altri fenomeni come l'invecchiamento, sono da considerare, come si è detto, anche alla luce di complessi processi comunicativi, capaci di automodulazione. L'altro punto è la scoperta della plasticità del cervello (sono possibili nuove cellule gliali e neuroni), la sua capacità di modificarsi (nuove connessioni), non solo in relazione con l'ambiente, ma anche in funzione al dialogo che la mente/cervello ha con se stessa. Il cervello e le sue funzioni corticali in particolare, pur essendo geneticamente preordinate, risultano plasmate dall'esperienza e quindi socialmente e culturalmente influenzati. Un cervello autopoietico entro i limiti della sua plasticità biologica, è un miracolo dell'evoluzione ma anche il risultato del campo relazionale e autoregolativo. Processo che per

21-(Osserv) Recensioni.pmd 511 02/11/2010, 16.21

altre vie le discipline meditative orientali o le pratiche mediche cinesi hanno utilizzato da qualche millennio.

Un biofisico italiano, Mario Ageno, lo aveva intuito con largo anticipo sui tempi, quando postulava l'idea, in contrasto con il dogma della sua immodificabilità, che il cervello e le sue funzioni fossero evolutivamente emergenti, e che non potesse essere considerato in modo indipendente dalla sua principale funzione, quella comunicativa interna ed esterna.

La rete nervosa si presenta ai ricercatori attuali come un meccanismo integrato, in cui la distinzione tra 'centrale' e 'periferico' ha perso ogni rilevanza fisiologica e gerarchica, e sempre più fusi e meno antagonisti appaiono le funzioni dei sistemi simpatico e parasimpatico. Ma le sorprese a cui la PNEI ci introduce non finiscono qui, dal momento che i cervelli si influenzano reciprocamente, allargando le connessioni con l'ambiente biologico, interpersonale e socio-antropologico.

Già George H. Mead, uno psicologo sociale e filosofo, sosteneva, negli anni venti del secolo scorso, che per avere una mente ci vogliono almeno due cervelli in interazione. A questo proposito e come esemplificazione biologica, si può far riferimento al ruolo dell'ossitocina, l'ormone della calma, dell'amore e della salute, come lo chiama la sua principale studiosa, Kerstin Uvnas-Mobes, che Bottaccioli cita efficacemente. L'ormone stimola la produzione del latte, ma è il bambino quando succhia a stimo lame la produzione da parte degli ormoni ipotalamici. In modo analogo le comunicazioni simboliche, scritte o parlate, sono anch'esse in grado di modificare non solo gli stati mentali ma anche i complementari correlati neurofisiologici. Si tratti di musica, di preghiere, di mantra, o di storie o di incontri, la biochimica del cervello si modula in funzione del significato culturalmente appreso e associato ad un certo tipo di comunicazione. Come dire appunto che nessun uomo è un isola, e questo apre alla medicina un fronte completamente nuovo, sia sul versante delle scienze antropologiche e socio-psicologiche, sia su quello del mondo fisico e ambientale. A questo proposito le ricerche nel campo della cronobiologia, puntualmente richiamate da Bottaccioli, dimostrano come i ritmi biologici pur avendo un'origine genetica, specie specifica, sono sincronizzati dall'ambiente e finiscono per influenzare non solo una molteplicità di funzioni fisiologiche, ma financo le malattie e gli effetti dei farmaci.

Altro punto su cui l'ampia ricognizione di Bottaccioli si sofferma con dati sperimentali e clinici aggiornati e puntuali, è che il sistema immunitario: *a*) controlla tutti gli organi, cervello compreso; *b*) si autoregola; *c*) è anche un organo di senso; *d*) ha una sua identità e memoria. Quindi l'immunologia non riguarda solo alcune rare malattie, ma è il network del sistema. Tutto questo fa saltare le barriere di molte specializzazioni mediche.

Se si considera che le scoperte dell'immunologia sono avvenute in quest'ultimo quarto di secolo, si comprende come gran parte della formazione medica, che risale a prima di quel periodo, possa essere divenuta obsoleta. In questo campo Bottaccioli miete con grande competenza, ricostruendo in un disegno organico una molteplicità tumultuosa di scoperte, e da cui si comprende perché sia il punto focale dei suoi interessi, che peraltro trova la sua ragion d'essere anche in un altro e recente libro (*Il sistema immunitario: la bilancia della vita*, Tecniche Nuove, 2002). Tra le meraviglie del sistema immunitario che l'autore offre al lettore, è l'aspetto bidirezionale della sua comunicazione, la cellula immunitaria non solo è dotata di recettori per i principali neurotrasmettitori e peptidi, ma al tempo stesso è in condizione di produrre neurormoni. La comunicazione tra il

21-(Osserv) Recensioni.pmd 512 02/11/2010, 16.21

sistema immunitario con se stesso, i suoi distretti e i sistemi del nostro organismo, è affidata a un complesso sistema di segnali, un folto gruppo di sostanze proteiche, come le citochine e le chemiochine, il cui controllo farmacologico può aprire nuove strade alla terapia di vecchie malattie, magari agendo sull'intestino per curare una tonsillite.

Questa nuova edizione del libro è arricchita da nuove parti che riguardano la 'psiche', l'ansia e la depressione. L'insieme dei processi cosiddetti mentali, svolge un ruolo importante, di interfaccia tra il mondo esterno, sociale e culturale, e il mondo interno, ovvero la dimensione biologica che sostiene l'impalcatura psicologica ed è da questa influenzata, quando individualmente organizzata. Per esempio ai fini della salute e della malattia, le emozioni rappresentano la trascrizione, sul versante del comportamento, di una cascata di effetti neurologici ed endocrinologici, e questi il risultato della retroazione dei vari sistemi di senso e di significato, che costituiscono l'elaborazione percettiva del mondo sociale e dell'ambiente fisico umanamente significativo.

L'ispessimento delle arterie nei macachi maschi con un rango sociale basso, è il dato esemplificativo e semplice per capire come la ricorrenza di certe emozioni negative, per esempio di ansia e di mancanza di controllo, o lo stress psicosociale in genere, possano essere i precursori di modificazione patologiche dell' organismo.

La sindrome dell'impotenza appresa, o della depressione reattiva, dimostra come la sua origine interpersone e sociale possa riflettersi sul comportamento, creare stress, e retroagire nelle sue forme cronicizzate sull'assetto neuroendocrino: favorendo così disarmonie, squilibri, e patologie d'organo. Gli studi epidemiologici sui tassi di mortalità nei gruppi sociali, dimostrano in modo inequivocabile questo ulteriore rapporto tra organizzazione sociale, stato psicologico, risposta biologica e malattia.

Già Émile Durkheim, un sociologo ottocentesco, aveva messo in rilievo, senza alcuna conseguenza e attenzione, come il suicidio fosse correlato con una condizione di 'anomia', ovvero di perdita di senso e di significato o d'identità in certi gruppi di popolazione. De Marchi, un altro sociologo a noi più vicino, a metà degli anni Sessanta, dimostrò come i ricoveri nell'ospedale psichiatrico di Trieste e i suicidi fossero statisticamente correlati all'alternarsi, nella città giuliana, di situazioni anomiche conseguenti alle sue vicissitudini socio-politiche.

La PNEI focalizza l'azione medica non solo nel combattere l'agente patogeno esterno, secondo lo schema 'batterio-farmaco', ma nel cercare di mettere l'organismo nella migliore condizione per modulare le risposte difensive, nell'evitare che le disarmonie, che minacciano l'equilibrio del sistema, possano prevalere. Dato questo presupposto, la PNEI non può che guardare con interesse a tutte quelle pratiche mediche non convenzionali, la cui scelta è rivolta a sollecitare i meccanismi di riequilibrio dinamico dell'organismo.

Bottaccioli considera senza pregiudizi le terapie naturali, come l'omeopatia, l'omotossicologia, la medicina tradizionale cinese, la fitoterapia, l'agopuntura, a cui nel suo libro dedica un'attenzione volta a offrirne un'interfaccia scientifica con la medicina occidentale. Alla luce delle conoscenze attuali l'Autore riconosce un loro ruolo, per esempio nella loro capacità di rimodulare le risposte e le potenzialità autocorrettive dell'organismo, come nel caso della risposta analgesica, o nella stimolazione di una risposta immunitaria efficace.

La meditazione, le psicoterapie e anche altre tecniche mentali, pur uscendo dai confini e dal campo di competenza della medicina, vi rientrano in quanto capaci di influenzare

21-(Osserv) Recensioni.pmd 513 02/11/2010, 16.21

il circuito neuroendocrinologico, dimostrandosi efficaci per le disarmonie non solo psicologiche ma anche fisiche.

La medicina integrata auspicata da Bottaccioli non è un'utopia, ma già trova le sue prime configurazioni universitarie e sanitarie in alcuni paesi dell'Occidente. Le resistenze ad un cambiamento, secondo l'Autore, sono da iscriversi non solo nella mentalità medica, influenzata da un modello che risente degli interessi delle grandi industrie farmaceutiche, ma anche nell'assenza di una adeguata informazione biomedica, le cui scoperte negli ultimi venticinque anni confermano la necessità di una medicina integrata.

Si tratta di un libro sorprendente per la quantità di dati e di conoscenze messe in campo. Insieme di conoscenze scientifiche attuali e coerenti che convalidano il modello della PNEI. Un libro costruito a colpi di evidenze e non certamente speculativo. Ma, come per ogni libro pensato con cura e guidato da un progetto, non può chiudersi senza alcune proposte.

La medicina integrata, auspicata dall'Autore, integra il meglio della medicina convenzionale con il meglio delle medicine non convenzionali, entro una mutata relazione tra i bisogni del paziente e la consulenza del medico, che diventa «non un semplice prescrittore, ma un maestro di prevenzione [...] un buon tecnico ed un eccellente educatore nella manutenzione della vita», illuminato dal «fondamentale apporto della filosofia e dell'antropologia», come appare necessario ad un progetto, di cui la PNEI sembra essere il primo e importante gradino.

21-(Osserv) Recensioni.pmd 514 02/11/2010, 16.21

Salute e pluralità culturale in America Latina

Claudia Avitabile
Centro studi americanistici
"Circolo amerindiano", Perugia

Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ (curatore), *Salud e interculturalidad en America Latina. Perspectivas antropológicas,* **Ediciones Abya-Yala, Quito - Agencia Bolhispana, La Paz, - Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, 2004, 352 pp.**

Nell'attuale situazione socioeconomica fortemente caratterizzata della globalizzazione e delle dinamiche migratorie, in ambito sanitario le retoriche dell'interculturalità applicata alla salute sono diventate un campo improrogabile della riflessione teorica e della pratica medica, tanto più in contesti, quali l'America Latina, in cui il modello culturale dominante nel campo della salute è un modello occidentale e l'utenza con la quale interagire è costituita da popolazioni che vivono in una situazione di povertà estrema, di precarietà economica che impatta anche il lavoro delle équipe sanitarie.

Il testo curato da Gerardo Fernández Juárez raccoglie interventi di antropologi e altri studiosi di scienze sociali che esaminano i vari aspetti connessi all'interculturalità da prospettive sia teoriche che operative. Il volume si articola in quattro macrotematiche: nella prima Comelles, Caramés, Menaca e Albo procedono all'analisi del modello biomedico occidentale e delle risposte che questo ha potuto dare, delle attese che crea, ma ancor più delle dinamiche con le medicine locali, con le quali interagisce.

Nella seconda sezione Abad, Citarella, Campos Navarro, Michaux, Lopez, Ferrandiz, Calavia, Flores e Pitarch offrono una reflessione sulle proprie esperienze interculturali condotte in America Latina – in particolare in Mesoamerica, nelle Ande ed in Amazzonia – ed una analisi del "Museo della medicina maya" in Chiapas, Messico; a seguire Chaumeil, Orobigt, Fernández, Caprara, Citarella sintetizzano ricerche e studi su modelli indigeni e afroamericani e, in conclusione, Abad chiude con una trattazione puntuale delle imprecisioni del concetto di salute interculturale. Alcuni temi possono essere considerati il filo narrativo che si declina nel corso del volume e su tutti emerge la realtà della prospettiva interculturale che è intesa spesso semplicemente come l'uso da parte degli operatori sanitari delle lingue parlate dagli utenti, senza un confronto sulle reciproche conoscenze o una programmazione congiunta.

Le difficoltà dell'interazione però non è tutta dovuta all'estraneità degli interventi rispetto ai contesti nei quali cercano di agire, ma anche ad un clima di sospettosità permanente che, in molti contesti, vige e che rende difficile un approccio ed un dialogo più radicale. La ragione di atteggiamenti di questo tipo va cercata in esperienze precedenti nelle quali ha imperato una barriera a discorsi multiculturali dovuta, in genere, all'ermetismo dogmatico delle scuole di medicina rispetto agli insegnamenti di antropologia della salute, che forma quindi operatori arroccati sulle proprie conoscenze. Da alcune ricerche presentate, emerge, di contro, una certa permeabilità presente nelle scuole di infermeria, in cui l'orientamento è più sul paziente, con tutto il suo vissuto, con lo specifico iter terapeutico, contesto e aspettative, che sulla patologia biologica. Una seconda serie di difficoltà che spesso appiattisce la programmazione possibile ad una mediazione linguistica è la forte presenza, negli ospedali, nei centri di salute e nelle strutture sanitarie itineranti dell'America latina, di

21-(Osserv) Recensioni.pmd 515 02/11/2010, 16.21

laureandi e specializzandi in medicina che, per poter concludere il percorso accademico, devono effettuare "l'anno di provincia", ovvero lavorare per dodici mesi in un contesto sub-urbano o rurale. Questo servizio obbligatorio, se da una parte è un palliativo perché aiuta ad abbattere i costi sanitari, dall'altra parte crea precarietà istituzionale per la continua rotazione del personale, che spesso è reclutato forzatamente per la convenienza, ma non riceve una specifica formazione e concepisce l'esperienza come una pausa frustrante e causa di stress. Quale medico, infatti, desidererà andare spontaneamente a lavorare in una situazione in cui non avrà nessuna delle comodità di base, guadagnando poco, sentendosi un estraneo e senza soddisfazioni? Nell'anno di provincia alcune ricerche etnografiche ed in particolare quella di Juan Antonio Flores Martos, hanno rilevato una situazione di forte disagio del medico per la durezza dell'esperienza, per l'isolamento del contesto in cui si va a lavorare, per la frustrazione delle aspettative e della funzione di agente terapeutico, per la mancanza di strumentario e di medicinali, per l'improvvisa necessità di prendere decisioni sulla salute e sulla vita dei pazienti. Nell'ottica degli utenti, inoltre, il sistema della rotazione annuale dei medici porta a costanti rotture del contatto e quindi, specialmente nella medicina di base, ad una difficoltà di gestione delle patologie. Considerando tutti gli aspetti, ora si sta eliminando, ma senza sostituirlo con un'opzione migliore, che assicuri la presenza del personale in maniera capillare su tutta la rete sanitaria nazionale in maniera continuativa e prolungata, perché il rapporto medico-paziente è il primo gradino per avere una vera interculturalità. Senza una programmazione pluriennale con il personale e con la comunità, ogni piano d'azione è destinato a tradursi in puri rendimenti statistici relativi ai beneficiari dei fondi finanziari erogati da enti, ONG e associazioni nazionali centralizzate o sovrannazionali. L'esigenza di presentare rendiconti quantitativi spesso porta ad un sovradimensionamento delle cifre periodiche dell'assistenza e delle prestazioni dovuto ad una "neurosi" da rendimento. Come viene rilevato da ricerche etnografiche presentate nel volume, viene sotteso a tutto un paradigma di sviluppo quantitativo "perché così lo esigono i finanziatori".

Dalla trattazione di Comelles viene il richiamo a ripensare criticamente il termine stesso "cultura", non più inteso come tassonomie etniche, e non solo come produzione o lettura di significati nei fenomeni medici, ma in maniera più ampia come presenza e creazione di significati intersecantisi e sovrapponentisi nei processi di medicalizzazione. Partendo da questa prospettiva, il valore dato al contesto, attualmente scarsissimo o praticamente nullo ed al corpo, che all'interno del sistema medico occidentale si individualizza, si medicalizza, potrebbe essere rivisto alla luce dei saperi e delle necessità degli assistiti. Questo processo si avvicinerebbe al passaggio in atto da una concezione della salute come assenza di malattie ad un'unità di corpo e mente in uno stato di benessere. Questa evoluzione della medicina e delle aspettative a questa rivolte, che al momento coinvolge solo la fascia economicamente agiata, tende però ad una necessità di programmazione attraverso criteri di co-produzione delle conoscenze collettive.

Si supera quindi il concetto monolitico della competenza culturale e si auspica un cambiamento sostanziale nelle abilità, nelle *agency* e nelle professionalità a cui è sottesa la concezione di una cultura flessibile, in costante costruzione-decostruzione e ricostruzione per rispondere alle identità variabili e complesse in un contesto in cui *Yetnoscape* è in costante mutamento, legato a processi transazionali permanenti.

A tutto ciò Caramés Garcia, nel contributo *Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente*, aggiunge la necessità di inten-

21-(Osserv) Recensioni.pmd 516 02/11/2010, 16.21

dere il paziente nel suo essere sociale appartenente a diversi tipi di famiglia in permanente processo di integrazione e adattamento al contesto fisico, sociale e culturale.

I cambiamenti nell'istituzione sanitaria sono molto lenti perché questa è pensabile come una architettura discorsiva articolata in vari livelli: il Ministero della salute, al di sotto del quale ci sono i collegi professionali e via via le Università, le Scuole, i Centri di assistenza ed i Sindacati, fino alla Popolazione. Questa architettura ha tollerato alcuni adattamenti e modifiche, ma sempre all'interno di uno stesso spazio discorsivo. Di base, come teorizzava Menéndez nel 1991: la pratica medica è caratterizzata da biologicismo; dalla astoricità delle malattie e dalla considerazione di queste come entità fisse e omogenee, senza una concezione storica o una prospettiva processuale per comprendere i sistemi di salute e ridefinire i "processi storici/malattie"; dalla asocialità, per cui la realtà non è una costruzione sociale e la relazione medico-paziente è di tipo tecnico. Se la relazione medico-paziente si basa sulla considerazione che il malato sia vulnerabile, ignorante, dipendente e malleabile ne deriva direttamente che le informazioni e le conoscenze del paziente siano ignorate o almeno relegate fuori dalla relazione, che sarà quindi volutamente asimmetrica, paternalista e autoritaria.

Gradualmente si inculca nell'utenza più influenzabile la credenza che ciò di cui si ha bisogno è ciò che viene somministrato – prima di tutto i medicinali – e si fa dimenticare che ciò che è necessario è negato – spesso il cibo. Così si medicalizza la fame, la vita riproduttiva, la nascita, la morte, assicurandosi un controllo sui corpi e il raggiungimento del controllo della vita riproduttiva, una bassa mortalità e morbilità, la diminuzione della denutrizione.

Arancha Meñaca, nel contributo *Salud y migraciones*, propone la necessità di programmazioni che sorpassino l'ambito micro dei processi comunicativi e organizzino reorientamenti politici, attività e risorse nei diversi livelli del sistema di salute, se realmente si desidera la partecipazione degli immigrati alle dinamiche del dialogo interculturale. Il punto di partenza potrebbe essere la domanda: Qual è la domanda di salute della popolazione?

Nella vigente situazione interculturale spesso ogni interlocutore ignora la situazione e i presupposti dell'altro, così, specialmente per i medici e gli infermieri è difficile mettersi al servizio dei pazienti. L'ignoranza poi della lingua obbliga ad un silenzio mutuo e al ricorso ad interpreti. Ma, oltre alla lingua, l'ignoranza reciproca si espande alle concezioni di salute, di malattia, alle aspettative e le credenze, ai ruoli di medico/paziente e della famiglia. Se il paziente vive qualche tipo di discriminazione o disprezzo sociale per l'origine culturale le relazioni si rarificano e il medico facilmente sottovaluterà il mondo del paziente, che lo conosca o meno.

Alcune esperienze veramente interculturali, invece, trovano molte difficoltà a svilupparsi per le strutture socioeconomiche che, per lo più, si accontentano di risultati rapidi e spettacolari senza incidere sulle cause di fondo. Spesso poi, come sintetizza Luisa Abad González in *Salud, interculturalidad y pueblos indígenas*, le azioni intraprese riproducono il sistema sanitario statale con gli schemi delle infrastrutture impiantate in territori in cui non sono ancora arrivate e si porta la medicina "accademica" a discapito delle pratiche locali di salute. La tendenza è portare nelle zone rurali programmi di salute estrapolati dai modelli urbani o della marginalità urbana, alieni dalla realtà sociale. Ma quand'anche si lavora con *parteras* o medici tradizionali non si

21-(Osserv) Recensioni.pmd 517 02/11/2010, 16.21

tengono in considerazione le loro opinioni perché c'è una mancanza di costante dialogo tra gli attori sociali. La medicina ospedaliera ha tentato di inglobare gli aspetti empirici della medicina tradizionale, giudicando inutile tutta l'impostazione epistemologica.

L'inculturazione può essere letta come un processo triplice: affettivo, cognitivo (teso ad intendere il senso delle differenze culturali ed a metabolizzarle), politico (come creazione nelle comunità di potere gestionale e di conoscenze nelle questioni di salute).

Gli anni di lavoro di Campos Navarro – *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina* – parlano di una continuità passiva e acritica, nei programmi interculturali, nell'interrelazione e della forte discrepanza tra il discorso istituzionale e la pratica reale. La medicina interculturale è una realtà nonostante i programmi e le retoriche ed i suoi veri agenti sono gli ausiliari ed i promotori.

21-(Osserv) Recensioni.pmd 518 02/11/2010, 16.21

Sul malessere della nostra medicina

Pia Maria Koller
antropologa, Roma

Guido GIARELLI, *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano, 2003, 405 pp.

Nel corso degli ultimi decenni si è formato un ampio consenso rispetto all'esistenza di un malessere della medicina, malessere che a sua volta implica il malessere dei maggiori protagonisti di questa scienza: i medici. In che modo – ci si chiede – questo "malessere" si riflette su quello reale del paziente? E in che misura il malato-cittadino deve ridursi a mero consumatore di quella mercé-prodotto che si chiama *biomedicina?* Ancora, quali sarebbero i presupposti che permettono a chi soffre di assumere un ruolo attivo? Infine, di fronte alle sfide del mondo attuale, vi è ancora spazio per elaborare strategie di salute che non siano quelle imposte da un modello *unico* – la salute concepita come *commodity?*

Questi quesiti sono presi in esame nel volume di Guido Giarelli. Per rispondere, ritiene l'Autore, si deve uscire dall'ambito ristretto della scienza medica e muoversi trasversalmente in altre discipline: economia, storia, sociologia e filosofia. Questa è la ricchezza di questa voluminosa opera, che tradisce le radici antropologiche del pensiero dell'autore, in linea con la rilevanza dell'antropologia medica nel dibattito attuale sulla salute. In questo percorso l'Autore non perde mai di vista quell'amore *sociale,* il *malato*, il cui malessere dovrebbe essere collocato al centro di ogni tentativo di riforma. Focalizza le interrelazioni che l'individuo tesse, con il medico, la struttura sanitaria, lo Stato e così via. Sa maturare nel lettore la coscienza che assistiamo a un *processo* decisamente dinamico, articolato in vari livelli, locale e globale, cui s'aggiunge l'intermedio – *meso* –, laddove le politiche nazionali si traducono in azione e s'incontrano (o si scontrano) con gli attori sociali.

Punto di partenza – l'Ottocento – è la rivisitazione di quelle congiunture storiche che nei contesti nazionali presi in esame (Gran Bretagna, Svezia, Germania e Francia, nonché Stati Uniti) hanno portato lo spazio centrale di cura, cioè l'ospedale, a divenire "luogo di dominio", con una medicina "non più arte ma scienza". L'apice dello sviluppo della scienza sanitaria e della professione medica è indubbiamente il cosiddetto "periodo d'oro", a cavallo tra la Prima guerra mondiale e il 1960.

A partire da quest'ultima data, inizierà il lento declino sia dell'egemonia medica che della stessa professione medica. La società post-industriale si troverà davanti a nuove sfide. Tra queste, l'*iperspecializzazione* del sapere e delle tecnologie mediche che, come ha sottolineato Ivan Illich, ha prodotto una crisi di connessione sempre più evidente tra sistema sanitario e ambiente naturale. Da fonte di risorse curative, la natura si converte in generatrice di agenti patogeni. Ne risulta ciò che Illich chiama la *iatrogenesi*, cioè l'effetto *patogeno* della diagnosi e della terapia, proprio grazie alla medicalizzazione della vita del cittadino in diversi ambiti: clinico, sociale e culturale.

Altre sfide si aggiungono: la trasformazione della struttura demografica, con un aumento delle patologie degenerative; l'inflazione nella sanità, che si manifesta in una crescita costante dei costi a un tasso d'inflazione superiore al resto dell'economia e,

21-(Osserv) Recensioni.pmd 519 02/11/2010, 16.21

infine, il peso crescente dei cittadini singoli e associati. Essi e, naturalmente, il malato, dispongono ora di una maggiore consapevolezza, con nuove aspettative ed esigenze nei confronti della scienza medica. Guido Giarelli parla di *empowerment* del cittadino, finora soggetto passivo. Vi è richiesta esplicita di democratizzare i servizi, in alternativa al *consumerism* imperante, ulteriore banco di prova anche per il medico. Dal ruolo passivo – *sick role* – il paziente diviene "esperto profano" sulla base del "privilegio dell'esperienza". Così assumerà il suo vissuto come modalità fondamentale d'interpretazione della malattia – *illness* – in un processo di interazione e negoziazione con la razionalità scientifica assunta dal professionista medico, che concepirà la malattia come *disease.* A questa provocazione è la Svezia il Paese che sembra rispondere positivamente, incentivando in particolare la partecipazione e l'*empowerment* del cittadino, potenziale paziente.

Il volume non manca di rilevare, nell'arena delle riforme sanitarie, la presenza di una varietà di elementi, che si relazionano in modo dinamico: attori, contesto, contenuto/strategie e processo/eventi. Per quanto riguarda gli attori, si nota come, a una pluralità di valori, corrisponde una pluralità di attori sociali, che ne sono portatori in relazione anche ai propri interessi. Questi attori sono le *élites* politiche, i professionisti sanitari, i cittadini e i malati, ed, infine, i gruppi di pressione emergenti.

Segue un'analisi dei vari contesti nei quali le riforme vengono messe in atto - intendendo con "contesto" l'insieme dei fattori storici, strutturali e contingenti. A livello *macroeconomico*, troviamo nei Paesi presi in considerazione sia livelli di sviluppo economico e tecnologico simili, tipici delle società post-industriali, sia la tendenza a ridurre la spesa sanitaria, tendenza attribuita ad una minore crescita economica a partire dagli anni '70. Al contempo si osserva come vi sia una spinta generalizzata verso la privatizzazione dei servizi.

A condizionare le rispettive scelte strategiche delle riforme sono soprattutto le strutture politiche e i valori societari. Così abbiamo il modello inglese con riforme fortemente centralizzate, che si contrappone alla situazione svedese, dove un sistema politico decentralizzato ha permesso di intraprendere una varietà di riforme legate piuttosto ad iniziative locali, in accordo con i valori societari di uguaglianza, giustizia sociale e equità nell'accesso al *welfare.* La Germania e la Francia, poi, si posizionano a metà strada. Nel caso della Germania, le riforme devono fare i conti con la struttura politica federale e con il corporativismo di istituzioni sociali come le assicurazioni e le associazioni professionali. In Francia invece, anche se la situazione di fondo è simile a quella tedesca, è lo Stato ad assumere un ruolo leader nei confronti degli altri attori, cioè il sistema assicurativo, i professionisti e i cittadini.

Nella gestione della salute gli *attori sociali* (pubblici o privati, individui o gruppi) possono svolgere due funzioni diverse: nel caso in cui beneficiano dello status quo e risulterebbero quindi minacciati da un possibile mutamento, essi si presentano come *stake holders* (detentori). Se invece intendono cambiare lo status quo, in quanto non beneficiano di esso o ne sono addirittura danneggiati, essi agiscono come *stake challengers* (sfidanti). Nei casi presi in esame gli *stake holders* – intesi come cittadini in senso lato – sono piuttosto assenti e il loro impatto sulle dinamiche riformiste risulta scarso. A reclamare le riforme sono invece gli *stake challengers*, rappresentati da entità differenti nei vari contesti. Le divergenze più significative emergono nel confronto tra Stati Uniti e Europa. Nel primo caso, la forza promotrice è il mercato assieme all'industria sanitaria, mentre nei quattro Paesi europei è lo Stato a caldeggiare le riforme. In ambedue i contesti, però, gli *stake holders* sono gli stessi, cioè la classe

21-(Osserv) Recensioni.pmd 520 02/11/2010, 16.21

medica, costretta a reagire alla sfida degli *stake challengers.* Così, nel caso americano vi è una classe medica divisa con pochi interessi comuni che agisce in competizione nei confronti di uno *stake challenger* particolarmente potente. Il risultato è un'ulteriore frammentazione degli interessi medici legati alle diverse corporazioni che, paradossalmente, ha facilitato l'azione degli *stake challengers* (assicurazioni private) e l'implementazione stessa delle riforme. Nelle varie realtà europee, è stata proprio l'alleanza tra gli *stake holders* ad aver ostacolato l'azione degli *stake challengers*, anche se con risultati diversi nei vari Paesi. Laddove lo Stato presenta un potere politico forte e centralizzato, si è riusciti ad imporre le riforme nonostante la riluttanza dei medici, come avvenne in Gran Bretagna. In Germania invece i medici, alleandosi con i *Länder* e con le associazioni di *self-help*, hanno costretto il governo federale a adattare parzialmente le riforme. In Francia, infine, lo Stato non è riuscito a creare queste reti di alleanza attraverso le quali garantire il supporto ai piani governativi.

Le differenze più significative si riscontrano sul piano delle strategie adottate, che sono il risultato sia dei fattori legati al contesto sia dell'attore dominante nel ruolo di *stake challenger.* II modello che meglio illustra queste dinamiche è quello inglese, ovvero la riforma *big bang* – così chiamata per l'effetto dirompente delle misure adottate e la rapidità d'attuazione – voluta particolarmente dal governo Thatcher (a partire dal 1991). L'opposizione della *British Medical Association* è stata sconfitta (almeno apparentemente) grazie alla coesione parlamentare e all'approccio fortemente *top-down.* All'altro estremo si colloca il modello svedese, *bottom-up*, adattato al contesto locale, come si è visto. Mentre in Germania si evidenzia una riforma *gradualista*, negoziata dai vari attori e gruppi d'interesse. La riforma francese segue a sua volta una logica *incrementale* e sconnessa, priva di grande respiro ed organicità: l'*impasse* porta ad un non-mutamento. Nel caso statunitense, infine, si parla di una "riforma senza riforma", con scarsa coerenza interna e poco peso dello Stato federale e dei singoli Stati.

Per quanto riguarda i processi d'implementazione, l'Autore propone lo schema AGIL ideato da Talcott Parsons [(1)]. Lo schema permette di connettere i processi d'implementazione delle riforme con l'impatto sui sistemi sanitari da essi prodotto. Tale impatto è in particolare analizzato sotto il profilo dell'interazione con le altre strategie messe in campo dai diversi attori sociali presenti in un contesto dato.

Per riprendere la questione iniziale – cioè se al malessere della medicina si debba rispondere necessariamente con un modello omogeneo, oppure se esista la possibilità di strategie diversificate – notiamo come l'Autore si schiera indubbiamente a favore dell'ultima ipotesi. Tale atteggiamento può essere considerato una qualità positiva del lavoro in oggetto, dal momento che attraverso di esso vengono messe a nudo le rigidità delle teorie neo-liberiste, che permettono al mercato di imporre una via unica di riforme, ignorando così processi storico-politici di lunga durata e dinamiche locali capaci di volta in volta di rispondere a nuove sfide. Secondo l'Autore, nell'ultimo decennio è emerso un nuovo paradigma d'assistenza sanitaria, fondato su un approccio integrato e intersettoriale, volto non più al contenimento dei costi, ma ad un miglioramento vero della salute e della qualità dei servizi.

Credo a questo proposito che si impongono qui alcune riflessioni, relative in particolare all'attore sociale, ovvero al malato. Si tratta del resto non di un attore *unico,* ma di molteplici attori: ognuno, con il suo vissuto, che elabora la propria strategia attorno alla malattia. Ritengo particolarmente utili alcune pubblicazioni recenti che potrebbero completare la lettura del volume di Giarelli. Tra queste, il libro di Giovanni Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo* [(2)], che fornisce

21-(Osserv) Recensioni.pmd 521 02/11/2010, 16.21

una panoramica esaustiva del percorso dell'antropologia medica a livello internazionale. Il fatto di ripensare il malessere, le strategie del malato ma anche dello stesso medico, serve qui a mettere in evidenza quanto l'agire personale sia condizionato dalla stessa struttura del sistema biomedico – ed, evidentemente, dalle stesse politiche sanitarie – e, nel caso del medico, dalla sua formazione professionale. Questo agire personale va però inserito in un contesto dato, connotato dalla cultura, dalla storia, dall'economia, locale e globale, e infine dalla stessa classe sociale. Nella ricerca di cura, questi livelli si intersecano con una dimensione profondamente intima e soggettiva, dove emergono le angosce esistenziali, come succede in tutti i momenti liminali della vita.

Direttamente relazionato con le strategie di cura è il concetto di iniquità, sempre più al centro della riflessione dell'antropologia medica. Esso discende dalla constatazione che anche in presenza di un sistema sanitario adeguato e "corretto", troveremo fasce di persone che in realtà rimangono escluse dai servizi – basta pensare, nel contesto italiano e non solo in questo, a molti immigrati. Il fatto stesso che varie entità – quali Regioni e amministratori sanitari ma anche la stessa Società italiana di antropologia medica (SIAM) – promuovano riflessioni sulle difficoltà d'accesso ai servizi e quindi sulla necessità di un dialogo interculturale tra amministratori, personale sanitario e utenti, costituisce la prova che in un'Italia (e in un'Europa) sempre meno omogenea (e quindi teoreticamente sempre più ricca di risorse), l'agire individuale non segue automaticamente ciò che è garantito dalla legge.

Limitandoci alle ricerche italiane, un'ulteriore voce critica è rappresentata dal primo volume [3] pubblicato dall'Osservatorio italiano sulla salute globale, i cui contributi evidenziano come l'analisi delle politiche nazionali in campo sanitario debba necessariamente essere inserita in un quadro politico e economico internazionale, o meglio globale. Il mercato farmaceutico è l'esempio più palese del peso delle forze di questo quadro: peso che emerge più nettamente quando ad esempio si tratta di decidere quali saranno i malati affetti da AIDS che avranno accesso a cure adeguate. Altre iniquità sembrano essere più silenziose. Sono quelle che si manifestano nell'aumento della tubercolosi [4], della malaria e di altre patologie, teoricamente prevenibili e curabili. Tutto ciò conferma come vi siano nel mondo – non solo nel Sud ma anche nelle sacche di povertà dei nostri Paesi industrializzati – malati la cui cura non viene considerata *cost efficient.*

Di fronte a queste molteplici sfide la ricerca di una *nuova medicina* s'impone. Si tratta non solo di invertire il paradigma della biomedicina, ma di aprirsi ulteriormente al dialogo con altre discipline, in modo particolare le scienze sociali. Questa necessità di muoversi trasversalmente, di lasciarsi contaminare, vale però anche per la stessa antropologia. Solo così si troveranno risposte per un mondo nel quale anche le identità sono sempre più *mobili.*

Note

[1] Lo schema AGIL risponde alle iniziali *Adaption, Goal attainment, Integration, Latency* (p. 381).

[2] Edito da Carocci, Roma, 2005.

[3] *Rapporto 2004. Salute e globalizzazione*, a cura di Edoardo MISSONI, Feltrinelli, Milano, 2004.

[4] L'antropologo e epidemiologo statunitense Paul FARMER evidenzia che tra il 1990 e il 1996 l'incidenza di questa malattia si sia quasi triplicata.

21-(Osserv) Recensioni.pmd 522 02/11/2010, 16.21

L'antropologia medica tra vocazione critica e scienza normale

Fabio Dei
professore associato di antropologia culturale
Università degli studi di Pisa

Giovanni PIZZA, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma, 2005, 308 pp.

Un titolo da manuale, un sottotitolo da saggio. In effetti il libro di Giovanni Pizza è entrambe le cose. È un'opera scritta con intenti sistematici, e pensata in primo luogo per un uso didattico. In questo senso, riempie un vuoto nel panorama editoriale italiano, fornendo uno strumento essenziale specialmente per chi insegna antropologia nei corsi di laurea di medicina. Si tratta infatti di un insegnamento spesso parcellizzato in mini-moduli di pochi crediti didattici, che non consentono di proporre ampie bibliografie e un approccio diretto ai classici, e che hanno dunque bisogno di una solida opera di *référence*. D'altra parte, è lo stesso Autore a mettere le mani avanti e ad avvertirci, fin dalle prime pagine, che il suo non è un manuale: nel senso che non propone una storia degli studi, né una rassegna completa degli autori e delle posizioni teoriche. Avrebbe dovuto aggiungere che è qualcosa di più, non qualcosa di meno, di un manuale. Lo è per la qualità della scrittura, assai densa e di tipo saggistico, mai didascalica (un aspetto che peraltro rende il libro un po' "difficile" per gli studenti che affrontano per la prima volta la materia). Ma soprattutto, si tratta di un lavoro fortemente autoriale, che mira a proporre una immagine e una interpretazione precisa dell'antropologia medica.

Tornerò fra un attimo su questa immagine, non prima di aver analizzato la struttura del libro, che si divide in tre grandi parti. La prima è dedicata al corpo, ed evidenzia i nessi tra la sua dimensione biologica, quella socio-culturale e quella politica. Partendo dai pionieri dell'antropologia che per primi hanno insistito sul corpo come "natura culturalmente condizionata", quali Mauss, Bateson e de Martino, Pizza procede a un progressivo smontaggio della dicotomia natura-cultura. Il suo punto d'arrivo è il concetto di incorporazione, che discute sia nell'accezione fenomenologica di Csordas che in quella della "teoria delle pratiche" di Bourdieu. In questa parte un capitolo specifico è dedicato alla "coppia ambigua" salute-malattia (o normale-patologico), e uno al tema specifico del dolore. La seconda parte del libro affronta l'analisi delle medicine, nei loro aspetti istituzionali, conoscitivi e performativi. In particolare, viene qui discussa la costituzione storica della biomedicina e (sempre con una nozione bourdieana) di "campo biomedico", con ampie esemplificazioni etnografiche riguardanti la formazione dei medici. In chiave storico-politica viene altresì intesa la categoria – così importante nella tradizione italiana degli studi – di "medicina popolare": una categoria, ci dice Pizza, che diventa pensabile solo nel quadro del processo istituzionale di diffusione della biomedicina. Può esistere una medicina popolare solo in relazione alla definizione di una ufficialità medica da parte dello Stato: in relazione, cioè, a una operazione egemonica che incontra necessariamente attriti e resistenze nella sua penetrazione sociale.

Infine, la terza parte del libro è incentrata sui temi della cura e della guarigione. È qui che si aprono i classici temi dell'efficacia simbolica, del ruolo sociale del guaritore e

21-(Osserv) Recensioni.pmd 523 02/11/2010, 16.21

del rapporto medico-paziente; per concludere con il tema della morte e dei tentativi istituzionali di definirla e di stabilire per decreto i suoi confini con la vita. Dunque, le grandi questioni dell'antropologia medica ci sono tutte: e non si darebbe correttamente conto del libro senza citare la vasta esemplificazione etnografica, con riferimento sia ai casi più classici, dal tarantismo ai rituali sciamanici, sia a problematiche del mondo contemporaneo, come l'AIDS, la "violenza strutturale", le nuove biotecnologie, le questioni della bioetica.

Come detto, tuttavia, questo amplissimo spettro tematico viene trattato in modo tutt'altro che didascalico e descrittivo: al contrario, il libro procede sul filo di una puntigliosa tensione critica volta ad affermare una peculiare visione dell'antropologia medica. La disciplina viene colta nel suo passaggio da un approccio culturale a uno politico. La fase più classica degli studi novecenteschi sottolineava i condizionamenti culturali e la relatività delle concezioni e delle pratiche locali riguardanti corpo, salute e malattia. Il più recente dibattito internazionale insiste invece sui modi in cui corpo, salute e malattia sono plasmati e colonizzati dal potere. La precedente prospettiva appare viziata, appunto, da relativismo e "culturalismo": l'idea di tanti sistemi culturali paralleli e simmetrici, ciascuno dei quali produce "medicine" tutte ugualmente razionali, in quanto fondate su articolazioni tra realtà, linguaggio ed esperienza che restano in definitiva incommensurabili. È la visione che trova forse la sua massima espressione nella scuola medico-antropologica di Harvard e in autori come Arthur Kleinman e Byron Good – molto vicini all'approccio interpretativo rappresentato nel più generale dibattito antropologico da Geertz. Nel contrapporsi all'universalismo naturalistico della biomedicina, a favore dell'interesse per universi locali di significato, questi studi – si dice – rischiano di perdere di vista una teoria globale del potere; così come rischiano di ipostatizzare le "culture" come essenze o datità nelle quali gli individui sarebbero imprigionati, isolate rispetto ai livelli strutturali dell'economia e della politica.

Ciò implica conseguenze radicali soprattutto nel modo di trattare la biomedicina. Nella fase che ho chiamato classica, la maggiore preoccupazione degli antropologi era mostrare il sistema culturale nascosto dietro le pretese di oggettività naturalistica della biomedicina. Oggi l'interesse prevalente consiste nell'analizzare la biomedicina come campo di saperi e pratiche che media il rapporto tra le istituzioni della modernità – il mercato e lo Stato – e le soggettività individuali. In altre parole, la biomedicina è vista come strumento delle discipline tramite cui il potere tiene sotto controllo le persone, insinuandosi nel loro corpo e nella loro psiche. Il concetto di biopotere, radicato appunto nelle analisi foucaultiane delle discipline del controllo sociale, conquista la centralità che negli studi precedenti era occupata dalle nozioni di sistema culturale o di *semantic network*. E in questa chiave è da intendersi anche la tematica dell'incorporazione, che come già accennato è forse il vero filo rosso del libro di Pizza.

L'impostazione è dunque molto chiara, e assai frequenti sono i riferimenti agli autori che più si sono caratterizzati per una critica del "culturalismo" interpretativo, come Margaret Lock, Nancy Scheper-Hughes, Thomas Csordas e altri. Ma il principale punto di forza del libro è la capacità di far interagire questi riferimenti al recente dibattito internazionale con una tradizione di pensiero specificamente italiana, che risale a Gramsci e per certi versi a de Martino, e si articola negli anni più recenti in due grandi filoni. Da un lato, la critica politica ed epistemologica della medicina e della psichiatria sviluppata da autori come Franco Basaglia e Giovanni Berlinguer.

Dall'altro, uno sviluppo della ricerca medico-antropologica capace di coniugare l'immersione etnografica in universi locali di differenze con l'ancoramento a una teoria critica degli assetti sociali capitalistici. Sviluppo che trova i suoi principali riferimenti in maestri come Alfonso Di Nola e Tullio Seppilli.

La tradizione gramsciana non è presentata solo come una sorta di pionieristica anticipazione di ciò che verrà più compiutamente affermato nella letteratura anglosassone (un atteggiamento in cui un nostro diffuso provincialismo ci porta talvolta a cadere). Piuttosto, Pizza la presenta come fondante. Il concetto di biopotere presente nel volume, ad esempio, è molto più gramsciano che foucaultiano. E questo richiamo sembra poter correggere certe – a mio parere – evidenti scorciatoie e semplificazioni in cui gli approcci "politici" di matrice statunitense non di rado incorrono. Dunque, il libro ci ricorda che non occorre inseguire le mode del dibattito intellettuale: ci muoviamo all'interno di una tradizione scientifica e critica consolidata e di grande spessore, e da qui possiamo e dobbiamo partire sia per la diffusione di una didattica dell'antropologia medica, sia per la ricostruzione di una compatta cornice di ricerca.

Naturalmente, la netta presa di posizione teorica ed epistemologica del libro è anche all'origine di suoi possibili punti deboli. Ne segnalo uno, che mi pare si ponga soprattutto in relazione ai suoi auspicati usi didattici, e che riguarda proprio l'immagine della biomedicina. La più che giustificata esigenza di "decostruire" la biomedicina, di mostrare ai lettori e agli studenti che dietro alle sue pretese di naturalizzare il corpo e la psiche si nasconde una diretta "complicità" con le strategie del dominio, ne produce una immagine decisamente e univocamente negativa. Nella gran parte dei casi e delle analisi proposte, il libro insiste sul carattere non solo culturale ma ideologico della biomedicina, sugli effetti repressivi delle sue pratiche, sulla sua contrapposizione alla "nuda vita" e all'autodeterminazione dei soggetti. Beninteso, Pizza insiste a lungo (in alcune delle pagine più belle del libro, 145 sgg.) sul fatto che il campo biomedico è ben lontano dal determinare in modo meccanico e assoluto la vita e le pratiche delle persone. Come ogni sapere-potere disciplinare, pretende di definire un soggetto "preferito" (un medico e un paziente ideale, in questo caso); ma non ci riesce mai veramente, incontrando vari livelli di attrito e di più o meno esplicita resistenza. Le persone amministrate non sono mai vittime inermi, e possono agire creativamente in direzione anti-egemonica.

Se l'Autore è molto avvertito e cauto in questo senso, l'effetto di lettura per chi affronta per la prima volta questi temi può nondimeno lasciar pensare a una denuncia *tout court* della biomedicina; può far pensare che l'antropologia voglia "opporsi" ad essa o perfino combatterla in nome di paradigmi alternativi. Naturalmente non è così: proprio per il suo orientamento storico, l'antropologia non ignora i successi della biomedicina e il fatto che essa sia oggi una risorsa fondamentale e irrinunciabile non solo nel mondo occidentale, ma su scala globale. Obiettivo dei nostri studi è ampliare l'autoconsapevolezza della tradizione biomedica, condurla a comprendere il carattere provvisorio e contingente delle sue "naturalizzazioni" e a tener conto degli aspetti culturali e sociali della vita umana come inseparabili, e anzi costitutivi, della stessa realtà biologica. L'antropologia non combatte la biomedicina, cerca semmai di ricomprenderla in una più ampia prospettiva. Nelle mie esperienze di didattica dell'antropologia medica, ho trovato una certa disposizione degli studenti a cadere in equivoci: a fraintendere l'analisi critica o la "decostruzione" della biomedicina come una lotta "contro" di essa e a favore di paradigmi alternativi, magari pensati come "più naturali" e "meno oppressivi". Una disposizione che può esser temperata sem-

21-(Osserv) Recensioni.pmd 525 02/11/2010, 16.21

plicemente introducendo documenti storici che mostrino la qualità della vita umana e le forme della malattia, della sofferenza e del dolore prima dell'avvento della biomedicina.

Ma qui mi sono allontanato dalla discussione del libro di Giovanni Pizza, al quale non sto certamente attribuendo simili ingenuità. Sto parlando della difficoltà di portare nella didattica la dimensione critica dell'antropologia medica, senza che essa si trasformi in una sorta di dogmatismo alternativo. Il che ci riporta al problema da cui siamo partiti. È un manuale o un saggio critico quello di Giovanni Pizza? Ma sono davvero separabili le due cose? L'impressione è che l'antropologia medica non possa esser facilmente manualizzata, cioè ricondotta allo statuto di una "scienza normale", proprio per la sua costitutiva vocazione critica nei confronti della biomedicina. Abbiamo talvolta pensato alla nostra disciplina come a un'ampia prospettiva comparativa sulle forme della salute e della guarigione nelle culture umane, dove la biomedicina avrebbe occupato solo una casella, rappresentato solo uno (per quanto importante) fra i diversi casi empirici. Ciò che forse il libro di Giovanni Pizza ci suggerisce, in definitiva, è che non è possibile porsi al di sopra delle "culture" e guardarle tutte con uno sguardo unitario e simmetrico. Al contrario, sembra che riusciamo a pensare l'antropologia medica solo e inevitabilmente sotto la forma di una serrata critica alle pretese epistemologiche della biomedicina.

21-(Osserv) Recensioni.pmd 526 02/11/2010, 16.21

Antropologia del fitness e del wellness

Gianfranca Ranisio
professore associato di antropologia culturale
Università degli studi di Napoli "Federico II"

Domenico SCAFOGLIO (curatore), *L'odore della bellezza. Antropologia del fitness e del wellness***, Delfino Editore, Milano, 2007, 408 pp.**

Questo testo, che costituisce la pubblicazione degli Atti del Convegno *L'odore della bellezza. Antropologia del fitness e del wellness*, – che si è svolto nei giorni 7-10 dicembre 2006 ed è stato organizzato dall'Università degli studi di Salerno, Dipartimento di scienze dell'educazione, da "La Rete. Associazione dei saperi antropologici, letterari, filosofici, psicologici" e dalla Sezione antropologia e letteratura dell'Associazione italiana per le scienze etno-antropologiche [AISEA] –, si sofferma su quel fenomeno ampio e complesso, che va sotto il nome di fitness-wellness e lo analizza sia nelle sue componenti teoriche, che nella sua diffusione e nelle sue ricadute sulla società contemporanea.

Al centro del volume sono i processi di ridefinizione-rimodellizzazione del rapporto del soggetto con la propria corporeità, processi che si presentano di notevole interesse e che sono problematizzati e riportati alla loro specificità storico-culturale. In essi, infatti, entrano in gioco spinte differenti, anche ambigue e contraddittorie, tra le quali da un lato la sfida ad abbattere i limiti biologici, la necessità di affinare le autopercezioni corporee e la ricerca di uno stato di felicità inteso come benessere individuale, dall'altro la pressione delle logiche del mercato e, allo stesso tempo, la ricerca del recupero del rapporto mente-corpo, considerato nella sua unità.

Il volume, che si presenta ampio e articolato, si apre con una *Introduzione* divisa in tre parti, ad opera rispettivamente di Domenico Scafoglio, Tullio Seppilli e Aldo Masullo, seguita da sezioni tematiche, in cui sono raggruppati i vari saggi.

Nella prima parte: *Per un'antropologia del fit-well-ness*, Domenico Scafoglio, l'ideatore e organizzatore del Convegno, ne presenta le premesse teoriche e metodologiche, illustrando la complessità del tema che richiede approcci e competenze interdisciplinari e aperture ad altre prospettive, al di là del campo strettamente antropologico. Nell'introduzione pone in evidenza come fitness e wellness siano temi nuovi per la trattazione scientifica, ma che riflettono tendenze e fenomeni di largo consumo, presenti nella società e che sono espressione della condizione postmoderna. Egli analizza quindi come il fitness, che è interessato al corpo come forma, sia nel senso estetico che sportivo, e il wellness che risponde maggiormente a un'esigenza di star bene, come esigenza di equilibrio e armonia mente-corpo, psiche-soma, possano essere considerati tra loro intrecciati nel loro reciproco contaminarsi e come tali siano oggi vissuti. Il fit-wellness produce una cultura in grado di recepire e mescolare tradizioni e conoscenze di varia provenienza, superando barriere disciplinari e tradizionali separazioni tra campi scientifici. Elementi, sia scientifici che parascientifici, si aggregano tra loro, creando tendenze anche complesse e ambivalenti, che si esprimono nei nuovi modelli di consumo, che si sono imposti in vari settori, dalla cura del corpo, all'alimentazione, ai modi dell'abitare. Il mercato infatti capta queste esigenze, ne incoraggia le mode poiché si sintonizza su bisogni diffusi, quali il naturismo, la ricerca di pratiche

21-(Osserv) Recensioni.pmd 527 02/11/2010, 16.21

dolci e "naturali" e il salutismo edonistico. Anche nella relazione corpo-mente il corpo è protagonista, un corpo individuale e privatizzato; l'attenzione e la cura per il corpo si incontrano con le ultime scoperte della cosmetica, della medicina estetica e chirurgica creando nuove possibilità di plasmazione del corpo, di ridefinizione e rimodellizzazione, nella ricerca della felicità come esperienza soggettiva.

Tullio Seppilli (*Fitness, wellness, chirurgia estetica: per un'antropologia della corporeità nelle società tardo-capitalistiche*) sottolinea come, a partire dalla seconda metà del Novecento si sia imposta una corrente culturale, che ha introdotto profondi cambiamenti nella concezione della corporeità e quindi della sessualità, mentre sono venuti meno quegli orientamenti precedenti che prescrivevano atteggiamenti di mortificazione del corpo e di restrizione nei confronti della sessualità. In questo nuovo clima si è affermata la ricerca di un benessere che parte dal corpo. I progressi scientifici, e in particolare della medicina, hanno indotto a dilatarne le possibilità operative, sino alla legittimazione di interventi sul proprio assetto anatomico, sulla propria sfera emozionale, favorendo la ricerca di una risposta chimica di fronte a fattori ansiogeni o depressivi e anche la ricerca di produzione di stati alterati di coscienza, come forme di benessere o di piacere individuale.

I rischi di queste tendenze sono l'estendersi della medicalizzazione a ogni aspetto della vita, la tendenza a risolvere attraverso pratiche mediche vissuti negativi che hanno origine nella realtà sociale, l'incapacità di sopportare il dolore e quindi il ricorso agli analgesici, la ricerca di un benessere da procurarsi per via chimica. Questa corrente si inquadra in un orizzonte ideologico, tipico delle società tardo-capitalistiche, nel quale prevalgono valori individualistici e competitivi, ma si esprime in modo contraddittorio, poiché all'interno di questo contesto coesistono anche altri valori, quali quelli collegati alla rivoluzione sessuale, all'attenzione al corpo, valori ecologisti e di ritorno alla natura.

Aldo Masullo (*Fitness e wellness*) si interroga, dal punto di vista filosofico ed etico, sulle implicazioni delle tensioni tra fitness e wellness e sul significato più profondo della ricerca di benessere nel senso di ricerca di salute, o meglio di salvezza personale, da ciò che spaventa l'individuo e quindi come complesso di pratiche e strategie per salvarsi dalla morte.

I contributi sono disposti nelle seguenti sezioni, secondo l'impostazione del convegno:

I) *Metamorfosi*. I saggi si soffermano sulle tecniche e i campi della medicina estetica, sul ruolo del chirurgo estetico di fronte alle aspettative del paziente/cliente, sugli interventi nel campo dell'ortodonzia, sulla plasmazione culturale del gender e le possibilità offerte dalla medicina, sulle nuove appartenenze e rappresentazioni estetiche nei giovani sudafricani. *La medicina estetica ieri, oggi, domani* di Carlo Alberto Bartoletti, Nadia Fraone, Ferdinando Terranova; *Il malessere delle forme* di Ruben Oddenino; *Valentina e le altre* di Annalisa Di Nuzzo; *Bocche per sorridere* di Anna Maria Musilli, *Corpi e sincretismi estetici a Cape town* di Giovanni Spissu.

II) *Cibi, erbe, cure*. I saggi affrontano argomenti di etnobotanica, dalle piante psicotrope usate dai curanderos e dagli sciamani andini, alla tutela della biodiversità, all'uso delle piante medicinali nella cura del corpo; si soffermano sulla dieta mediterranea come esempio di corretta alimentazione e sui rischi dell'obesità, da combattere con una corretta alimentazione e con stili di vita adeguati. Un ampio saggio è dedicato ai prodotti tipici, legati a un determinato territorio, fattori importanti non solo a

21-(Osserv) Recensioni.pmd 528 02/11/2010, 16.21

livello alimentare ma anche per la valorizzazione turistica del territorio. *Sostanze naturali e fitness* di Vincenzo De Feo; *Le piante medicinali nella cura del corpo* di Ottavio Iommelli; *Dieta mediterranea e benessere* di Paolo Attianese; *Effetto wellness: materiali per un itinerario dei saperi e dei sapori nel Marchesato di Crotone* di Cesare Pitto e Loredana Farina; *Benessere alleato/nemico. Stili di vita e nutrizione* di Clotilde La Stella.

III) *Luoghi e dimore*. L'abitazione è analizzata come luogo dove si realizza il wellness attraverso la ricerca di suoni, odori, sapori, essenze, attraverso contaminazioni orientali e nuovi orientamenti ecologisti, che si esprimono nell'impiego di colori naturali, materiali ecocompatibili, linee morbide, nella ricerca di un nuovo equilibrio che metta in relazione le strutture abitative con le leggi e le correnti energetiche del cosmo. *Epifanie domestiche* di Carla Pasquinelli; *La casa del benessere. Contaminazioni orientali* di Stefano Parancola; *L'oro delle dimore. L'home wellness attraverso le riviste di arredamento* di Patrizia Del Barone.

IV) *Le acque della salute*. Il settore termale, che rappresenta oggi un fattore strategico sotto il profilo economico, ha un'antica tradizione. Infatti le proprietà delle acque, così come dei fanghi, erano note sin dall'antichità. I contributi analizzano il ruolo che hanno avuto le terme in particolari periodi storici, il medioevo, la belle époque, sottolineano sia l'importanza terapeutica delle terme rispetto a specifiche patologie che la funzione antistress attuale, con il loro trasformarsi in centri benessere e luoghi dove rigenerarsi. *Il presente e il futuro delle beauty farm* di Francesco Canonaco e Cinzia Grassi; *Spa: salus per aquam* di Renato Del Monaco; *Le terme nell'immaginario medievale* di Sonia Barillari; *Acque salutari e roulette: il soggiorno alle terme tra Ottocento e belle Époque* di Maria Rosaria Pellizzari.

V) *Pratiche*. Nei saggi sono analizzati i cambiamenti intervenuti rispetto alla concezione dicotomica mente/corpo. Nell'immaginario attuale la bellezza corporea si prolunga nel tempo, così come l'efficienza cerebrale, purché ci si attrezzi in tal senso, attraverso metodi per mantenere allenata la mente, attraverso tecniche che mantengano il corpo sano, dalle pratiche naturalistiche, a forme di ginnastica di varia origine in un sincretismo di tecniche corporee, così come di filosofie orientali. La stessa pratica sportiva diventa un modo per stare meglio con se stessi.

Modellare il corpo, allenare la mente di Mariella Combi; *Non più vecchiaia, non più malattie, non più morte. Consumi etici e stili di vita* di Franca Romano; *Tecniche corporee al femminile tra business e terapie* di Fiorella Giacalone; *Quando corro mi sento vivo. Per un'antropologia dello sport come ascesi dell'uomo contemporaneo* di Chiara D'Alessio.

VI) *Teorie e analisi.* In questa sezione si analizzano da un lato le attenzioni da parte dell'uomo all'alterità non umana e alle forme ibride uomo-animale presenti nelle culture mitico-rituali, dall'altra, a partire dalla tematizzazione del corpo, si afferma la necessità del superamento della dicotomia mente-corpo attraverso nuovi strumenti concettuali. Si tratta di una nuova ricerca, che si può ispirare solo in parte alle religioni orientali, poiché in esse, ad esempio nel buddhismo, tale equilibrio non si configura come dato, ma come obiettivo da raggiungere attraverso forme di controllo sul corpo. Inoltre si pone in evidenza come il prevalere della forma, dell'apparire sull'essere, rischi di divenire prescrittivo e imponga forti vincoli agli individui, in particolare alle donne, che subiscono le pressioni del mercato e della società. *Il teriomorfismo come fitness* di Domenico Antonino Conci; *Very well-thanks me* di Rocco Brienza; *Il primato del corpo e il corpo da primato* di Stefano Gonnella; *Armonia tra mente e corpo nel buddhismo?* di Riccardo Venturini, *Il ben-essere del corpo e l'essere corpo* di Giulio Corrivetti,

21-(Osserv) Recensioni.pmd 529 02/11/2010, 16.21

Antonella Boccia, *Il fatto è che si ingrassa... Fasi della vita femminile, mutamenti corporei e pratiche di fitness* di Gianfranca Ranisio.

VII) *Riti e usi*. Nei prodotti della comunicazione il corpo della donna appare con immagini nuove, flessuoso, seducente ma anche combattivo, anche il seno viene analizzato come elemento di seduzione e, in quanto tale, oggetto di interventi di riplasmazione. Si analizzano i modi controversi nei quali i corpi si presentano e vivono nella vita quotidiana: corpi che si costruiscono, corpi che rappresentano identità, soffermandosi sul difficile rapporto che i giovani hanno con il corpo, sino ai disturbi del comportamento alimentare. Anche in altre culture, il corpo subisce trattamenti, come dimostrano gli usi rituali, la cosmesi, il tatuaggio, praticati nel Madagascar, dove gli individui si prendono cura non solo dei propri corpi, ma anche dei corpi dei propri morti. *Il corpo femminile: macchina da guerra, rifugio materno, richiamo sensuale* di Gian Luigi Bravo; *Il corpo, i suoi usi, i suoi riti* di Raffaele Rauty; *Seduzioni del seno* di Laura Bonato; *Dal riso allo zebù. Essere e benessere in Madagascar* di Angelomichele De Spirito; *Veretrum e lingua delle donne* di Alberto Borghini; *I giovani e il rapporto con il loro corpo* di Maria Teresa Mara Francese; *L'evolversi di una professione: le donne medico nelle corti coreane* di Laura Bonin e Mun Young Kim.

VIII) *Benessere e malessere*. In questa sezione nel primo saggio è analizzato l'immaginario che si collega ai profumi nella cultura giovanile, che rinvia alla seduzione. Gli altri saggi si soffermano sull'insieme di valori a cui l'ideologia della fitness rinvia e al modo in cui si afferma l'esigenza di privilegiare la forma fisica del corpo. Questa tendenza rappresenta un cambiamento rispetto a ideologie che privilegiavano valori come l'appartenenza e i legami sociali. La fitness appare così come il simbolo di una società che non investe più sulla socialità, che propone una percezione del proprio corpo, che diviene adeguamento dell'immagine ai modelli proposti dai mass-media. Su questi campi problematici si gioca oggi la sfida attuale per un riconquistato rapporto tra mente e corpo in termini di unità nella complessità.

Imbarazzo e seduzione: l'immaginario pubblicitario dei profumi di Vincenzo Padiglione e Nadia Truglia; *La ricerca della felicità. L'aspirazione, la malattia* di Michele Sforza; *"Oh quante belle figlie Madama Dorè", ovvero della fenomenologia del corpo* di Patrizia Resta; *Dall'immagine del corpo al corpo immaginato* di Gioia Di Cristofaro Longo, *La coesistenza di un benessere malessere* di Giuseppina Cersosimo.

Dall'articolazione delle sezioni, dalla ricchezza dei saggi, in questa sede solo sommariamente accennati, appaiono evidenti la complessità dei temi ed anche la varietà e diversità delle angolazioni visuali attraverso le quali il fenomeno del fitness e del wellness è stato analizzato, ponendone in luce gli aspetti innovativi ma anche le profonde ambivalenze. Questo volume si segnala come un importante contributo per lo studio di queste tematiche e dimostra come le scienze antropologiche, nel momento in cui dialogano con le altre discipline, siano in grado di fornire contributi validi e stimolanti senza perdere la loro specificità.

21-(Osserv) Recensioni.pmd 530 02/11/2010, 16.21

07. Schede di lettura

Giancarlo BARONTI, *Tra bambini e acque sporche. Immersioni nella collezione di amuleti di Giuseppe Bellucci***, Morlacchi Editore, Perugia, 2008, 392 pp. +VIII tavv. a colori (collana Itaca. Itinerari di antropologia culturale, diretta da Cristina PAPA).**

Con questa ampia monografia, Giancarlo Baronti porta a termine un lavoro di ricerca di lunga durata che ha avuto come esiti la catalogazione, la esposizione permanente e la esplorazione storico-antropologica di una celebre raccolta di amuleti, nota come collezione Giuseppe Bellucci, ritrovata e affidata nel 1956, sotto la direzione di Tullio Seppilli, all'Istituto di etnologia e antropologia culturale dell'Università di Perugia che ne curò le prime indagini, il parziale restauro, le prime classificazioni e le prime esposizioni pubbliche. Si tratta, come scrive l'Autore, di «uno dei lasciti materiali più importanti di quel grande movimento scientifico intellettuale, l'evoluzionismo, che anche nel nostro Paese, nella seconda metà dell'Ottocento, ha portato avanti con un'impressionante mole di contributi teorici e di lavori di ricerca l'illusorio tentativo di fondare in modo unitario le scienze della natura e le scienze dell'uomo». In effetti il fascino dei saggi che compongono questa ampia raccolta (vere e proprie *immersioni* di uno studioso "sommozzatore" che esplora minuziosamente i fondali storici nel mare delle tradizioni popolari) risiede sia nella composizione di attenti quadri storico-culturali a forte circolarità e a valenza magico religiosa, rituale e terapeutica, sia nella ricostruzione puntuale di quei legami, non sempre evidenti, fra storia intellettuale delle antropologie evoluzioniste e pratiche popolari del cosiddetto folklore. Se l'antropologia contemporanea ha fatto collassare la troppo netta dicotomie egemone/subalterno, questi scritti rintracciano i fili ideologici e pratici comuni, che intrecciano popolo e intellettuali in un'unica storia, seguendo le suggestioni più feconde della lezione demartiniana.

[GPi]

Sandro BARTOCCIONI - Gianni BONADONNA - Francesco SARTORI, Paolo BARNARD (curatore), *Dall'altra parte. Tre grandi medici si ammalano gravemente e raccontano la loro storia [...]***, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 2006, 251 pp.**

La figura "paradossale" del curatore malato è da tempo oggetto di indagine antropologica. Sia negli studi classici etnologici e storico-religiosi sull'apprendistato dello sciamano sia nelle più recenti etnografie condotte in campo biomedico. In particolare le antropologie della formazione medica hanno evidenziato come tale "paradosso" si collochi al termine di un processo di apprendistato complesso che attraversa le fasi contraddittorie che vanno dalla "ossessione sintomatologica" dello studente di medicina, alla "presunzione di immunità" dei medici praticanti. Questo libro raccoglie dalla viva voce di tre importanti medici italiani sofferenti di gravi patologie, la riflessività critica che la malattia produce non solo nella loro persona ma anche nella loro coscienza professionale. Come accade in altri casi tipici di questa letteratura, si resta, da un lato, coinvolti dalla potenza emotiva delle

22-(Osserv) Schede.pmd 531 02/11/2010, 16.21

narrazioni, che toccano il lettore come intense e peculiari forme di *illness narratives*, dall'altro lato colpiti dalla netta separazione medico-paziente che sembra emergere dalle storie. Una scissione che è alla base dello shock cognitivo del medico-malato e che si rende evidente fin dal titolo del libro *Dall'altra parte*. Una sorta di confine netto che, paradossalmente, inchioda il medico alla salute e il paziente alla malattia, costituendo un forte ostacolo alla prassi dialogica. Il testo mostra che talvolta ammalarsi fa bene, ma emerge qualche perplessità di fronte a una riflessione (auto?)critica che potrebbe attivarsi anche prima che la malattia la renda non più differibile.

[GPi]

Laura BOELLA - Mario COLUCCI - Peppe DELL'ACQUA - Giorgio FERIGO - Edoardo GREBLO - Raoul KIRCHMAYR - Dominique MEMMI - Ilaria PAPANDREA - Massimo RECALCATI - Pier Aldo ROVATTI - Antonello SCHIACCHITANO - Giovanni SCIBILIA, ***La medicalizzazione della vita*****, , "Aut Aut" (Il Saggiatore, Milano), n. 340, ottobre-novembre 2008, 186 pp.**

«La medicalizzazione della vita è oggi un dato di fatto», con questa asserzione il filosofo Pier Aldo Rovatti – dell'Università di Trieste – apre l'ultimo numero monografico di "Aut Aut". Proprio la visibile evidenza della bio-medicalizzazione, ormai esplosa in forme spettacolari, costituisce l'oggetto della riflessione filosofico-politica a più voci, articolata in una dozzina di interventi raccolti nel fascicolo. Nel tentativo di tornare ai (bei) tempi in cui l'esercizio critico aveva qualche possibilità di incidere sulle realtà politiche, gli interventi risfogliano la genealogia dei maestri del pensiero critico-culturale del Novecento, applicato alla biomedicina. Come il caso dei lavori di Georges Canguilhem, maestro di Foucault, cui si ritorna allorché si tratta di ripensare la mobilità e/o la cristallizzazione della soglia fra normale e patologico nella realtà italiana attuale. Le diverse riflessioni intrecciano la critica dell'idea di "norma" al rapporto dialettico fra "vita" e "malattia". La complessità di questa operazione riguarda in particolare il concetto di "vita", assunto non come dato oggettivo e scientificamente misurabile, ma come processo sociopolitico da cogliere in divenire, nella densità potenziale degli sviluppi e delle prospettive di futuro aperte per ciascun individuo. Le molteplici voci affrontano le trasformazioni contemporanee del rapporto fra vita e medicina. Si va dalla questione foucaltiana della sorveglianza, al tema della solitudine del morente, dalle problematiche bio-eticamente sensibili del nascere e del morire, alle illusioni farmacologiche, fino a evidenziare la violenza implicita nei processi di burocratizzazione e di aziendalizzazione della sanità. Interessante in particolare è lo studio della incalzante diffusione di uno specifico immaginario medicale mediatico, sottoposto a un tentativo di analisi sulla formazione di un "senso comune" medico-culturale. Una riflessione collettiva e plurale, interna al campo della speculazione filosofica, che offre alla antropologia medica chiarimenti teoretici importanti, in vista di nuove ricerche etnografiche sui processi biopolitici nell'Italia contemporanea.

Indice. **La medicalizzazione della vita**: Pier Aldo Rovatti, *Note sulla medicalizzazione della vita* / *Edoardo Greblo, Sorveglianza a bassa intensità* / Raoul Kirchmayr, *Morire da soli. La medicalizzazione come supplemento di cura* / **Materiali**: Dominique Memmi, *Amministrare una materia sensibile. Intorno alla nascita e alla morte* / Giorgio Ferigo, *Il certificato come sevizia* / Peppe dell'Acqua, *Il miraggio del farmaco* / Mario Colucci, *Scienza del pericolo, clinica del deficit. Sulla medicalizzazione in psichiatria* / Ilaria Papandrea, *Si entra in una comunità psichiatrica protetta… Sul dispotismo della norma* / Massimo Recalcati, *L'ideale della salute o il reale del*

22-(Osserv) Schede.pmd 532 02/11/2010, 16.21

sintomo? Sulla singolarità nella pratica della psicoanalisi / Antonello Sciacchitano, *Tuttobeneverosì! Sulla medicalizzazione, o le vicissitudini di una relazione di inganno* / Giovanni Scibilia, *Spacciare la medicina nera per la bianca. Doctor House e la medicalizzazione* / **Discussioni**: Laura Boella, *I fili e le marionette*. **Interventi**: Davide Sparti, *Fra singolarità e de-singolarizzazione. Generazione, aborto e il limite dell'umano in Hannah Arendt* [Non incluso nella indicazione monografica del fascicolo: pp. 187-214].

[GPi]

Georges CANGUILHEM, *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, con un saggio di François DAGOGNET, prefazione di Armand ZALOSZYC, traduz. dal francese di Davide TARIZZO, Einaudi, Torino, 2007, 101 pp. [ediz. orig.: *Écrits sur la médecine*, Editions du Seuil, Paris, 2002].

Appare in italiano una piccola raccolta di importanti scritti di Georges Canguilhem, direttamente focalizzati sulla medicina. Filosofo, storico della scienza e medico, Canguilhem fu maestro di Michel Foucault, ed è noto in Italia soprattutto per l'opera *Il normale e il patologico*, apparsa presso Einaudi nel 1998. Il nesso medicina e politica, che caratterizzava quel testo principale, è particolarmente articolato nei saggi di questa raccolta, finora poco noti in Italia, che appaiono, pertanto, estremamente attuali per una lettura della crisi biomedica contemporanea. Così come pure sono di notevole interesse per le più o meno recenti prospettive antropologico-mediche le tematiche dei saggi: il concetto biomedico di natura, la messa a punto analitica del rapporto fra pensiero e prassi in biomedicina, le forme concettuali della malattia, la salute fra uso ordinario e uso filosofico della nozione, il mistero "pedagogico" della guarigione, i rapporti e gli scambi normativi fra ordine biologico e ordine sociale. Corredano il testo una prefazione e una postfazione che, ripercorrendo l'opera e la biografia di Canguilhem, hanno il merito di restituire al filosofo il ruolo di prestigio che gli spetta nella storia intellettuale del Novecento.

[GPi]

Josep M. COMELLES - Mariola BERNAL (curatori), *Salud mental, diversidad y cultura*, Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid, 2008, 302 pp. (collana Estudios, 40).

Il volume collettivo raccoglie ventisette contributi, consistenti in relazioni e interventi presentati alle *Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, svoltesi a Barcellona nell'anno 2004. Nella forma pluralista che caratterizza la storia dell'Associazione, il testo offre molteplici prospettive di approccio alla salute mentale, tutte incentrate sul dialogo fra psichiatria, neurologia e antropologia medica. Ma il libro non costituisce soltanto il testo degli *Atti*. Esso vuole rivolgersi a un pubblico più ampio della comunità accademica. Affidato alla cura di antropologi-medici della Universitat Rovira i Virgili, di Tarragona, Josep M. Comelles e Mariola Bernal (Autori della *Presentación* a sua volta preceduta dal *Prólogo* di Alberto Fernández Liria, Presidente dell'Associazione), questo testo intende offrirsi anche come strumento didattico, per favorire il dialogo fra antropologia e psichiatria nella ricerca e nella formazione scientifica dei medici psichiatri e dei professionisti dell'assistenza nel campo della salute mentale. I contributi forniscono una riflessione concreta ed esemplificata sulle varie accezioni – teoriche, operative e amministrative - del concetto di salute mentale, e sono redatti sia da grandi Maestri sia da giovani ricercatori/operatori nel campo psichiatrico e antropologico-medico di lingua spagnola. Il concetto chiave sul quale si fonda la

22-(Osserv) Schede.pmd 533 02/11/2010, 16.21

strategia del confronto è la nozione di "diversità culturale" e la messa in causa della separazione Noi/Loro in un'ottica di pluralismo. Un approccio che tiene conto delle riconsiderazioni del concetto di cultura resesi urgenti in ragione dei processi di globalizzazione e di ridefinizione politica che hanno portato a mutamenti istituzionali e a profonde trasformazioni: dai cambiamenti e adattamenti delle forme di famiglia, alla grande mobilità di soggetti umani migranti, alle difficoltà di calibrazione culturale dei servizi nel quadro della crisi del *welfare*, all'aumento delle disuguaglianze e delle disparità socioeconomiche e giuridiche che caratterizzano l'esperienza di cittadinanza (conquistata o negata) degli immigrati. Nel complesso si delinea un quadro molto ampio e articolato della riflessione psichiatrico-antropologica contemporanea di tradizione europea meridionale e latino-americana sul tema della salute mentale, intrecciando, con esempi concreti spesso prodotti da inchieste di équipe interdisciplinari, questioni relative alla ricerca, alla formazione degli operatori e alla incidenza degli esiti scientifici nel campo delle politiche pubbliche di salute mentale. Ne emerge complessa e realista della salute mentale nella società multiculturale contemporanea.

Indice. Alberto Fernández Liria (Presidente de la Acpsm-Aen): *Prólogo* / Josep M. Comelles - Mariola Bernal: *Presentación* / **Salud mental, globalizatión y esclusión**: Benedetto Saraceno: *Cuatro dilemas en salud mental* / Eduardo L. Menéndez: *Los otros y nosotros: la parte negada de la cultura* / José Luis Leal: *Salud mental y diversidad(es): trabajar en red* / Josep Canals: *Ambigüedades y contraddiciones sobre la diversidad en los ámbitos de la salud mental y de los servicios sociales* / Emilio González Fernández: *El significado cambiante del psiquiatria como mediador en la diversidad cultural* / Onésimo González Álvarez: *Conflictos éticos en la continuidad asistencial* / R. Artal - P. Azpilicueta - B. Feldman - M.J. García - A. Soler: *"De lo que se come se cría". Apuntes para una subjetividad contemporánea* / **Infancia, adolescencia y familias**: Teresa Aragonés: *Nuevos roles en la familia* / Elena de la Aldea: *Lo transgeneracional y lo mutlicultural en las intervenciones con familias* / Maria Asunción González de Chavez: *La crisis de la función paterna, el nuevo lugar/deseo de las mujeres y el ejercicio de la parentalidad* / Francesc Vilà: *Las adolesciencias hoy y sus necesidades en salud mental* / C. Escudero - M. Jiménez - S. Fernández - F. Burguillo - A. Martínez - I. Marcote - L. S. Sanz: *Prevención y atención en infancia y adolescencia en Europa. La experiencia del servicio de salud mental de Getafe* / **¿Como formar sobre diversidad en salud mental?**: Miguel Miranda Aranda: *La formación sobre diversidad en salud mental en el trabajador social* / Dabid Ballester Ferrando: *La formación Eir en el Estado español* / **Retos pendientes: migraciones y discapacidades**: Saïd El Kadaoui Moussawi: *Duelo o repetición. Immigrantes de segunda generación* / C. Rodríguez - B. Posada - M. L. Soto: *Estudio retrospectivo de la población de immigrantes atendida en los últimos dos años en un centro de salud mental infanto-juvenil* / N. Sayed-Ahmad - R. Campos - A. De la Torre - P. Vela: *Orientación de un servicio de salud mental a la diversidad cultrual* / Y. Osorio - L. Aparicio - J. Quiléz - N. Díaz - A. Pendás: *Modelos asistenciales en población immigrante* / A. Rodríguez - E. Álvarez - C. Collado - S. El Kadaoui - I. Torice - A. Ureña: *Experiencia de un año del "Pla de Serveis Individualitzats (Psi) de l'Eixample de Barcelona" para personas con trastornos mentales severos: revisión de la intervención en el colectivo inmigrante* / R. Guinea - C. Ibáñez - S. Otero: *Rehabilitación psicosocial de un paciente sordo. Un caso clínico* / Ana Hernández Merino: *Experiencia de un taller de arteterapia para personas sin hogar* / Laura Cardona i Bonet: *El programa Accepta de atención a personas con discapacidad intelectual afectadas por el Régimen Penal Penitenciario* / **Miscelánea**: Miguel Diáz: *Las responsabilidades de la víctima* / Fernando Mansilla Izquierdo: *Dificultades en la evaluación del*

22-(Osserv) Schede.pmd 534 02/11/2010, 16.21

riesgo psicosocial en el trabajo / Carlos Rejón Altable*: Reconstrucción semiótica de la semiología* / C. Lahera - D. Sáiz - E. Martín Ballesteros: *Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladore* / *Conclusiones de las XIX Jornadas de la Ascociación Española de Neuropsiquiatría.*

[GPi]

Georges DIDI-HUBERMAN, *Ex voto*, traduz. dal francese di Rosella PREZZO, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007, 111 pp., 120 ill. [ediz. orig.: *Ex-voto, image, organe, temps*, Éditions Bayard, Paris, 2006].

La potenza interpretativa di uno dei più noti filosofi e storici dell'arte contemporanei, in grado di coniugare la filosofia politica alla critica artistica dell'immagine, si rivolge in questo volume a un oggetto consuetudinario per le antropologie della cultura popolare europea: l'ex-voto. Figuratività, storia delle immagini, teoria del visuale, costituiscono le parole chiave per una lettura critico-estetica di questo curioso oggetto. Osservato nella lunga durata – dall'antichità pagana al post-cristianesimo contemporaneo – l'ex voto, studiato nella sua "volgarità" anatomorfa, è restituito alla prospettiva storico-artistica che lo aveva sempre escluso dai suoi cataloghi. Non rimuovere questa rimozione, anzi farne oggetto di riflessione, è il merito principale di questo lavoro, la cifra epistemologica più interessante del saggio. Interrogando la cecità della storia dell'arte nei confronti di questo oggetto minimo, l'Autore mette a nudo i turbamenti che le cose "banali" hanno, nel tempo, prodotto sullo sguardo di diversi osservatori, fino a ottenere la "messa in crisi" di prospettive fondate sull'analisi dei "grandi stili" artistici. Le descrizioni dense e le perspicue interpretazioni dell'Autore sono stampate a commento di illustrazioni e fotografie di ex-voto di epoche storiche e di culture diverse. Una striscia visuale continua costituisce il vero tessuto del libro. Didi-Huberman ripercorre questa infinita tela di storia delle devozioni, alternando letture estetiche comparate a una critica degli sguardi intellettuali, nel suggestivo tentativo di produrre una fenomenologia critica dell'ex-voto capace di trascendere le distinzioni disciplinari fra antropologia visuale e filosofia critica delle immagini.

[GPi]

Antonietta DI VITO, *Ulisse e lo sciamano*, CISU, Roma, 2006, 110 pp.

In questo testo sono presentati i risultati di un lavoro di ricerca, condotto nel corso degli anni Novanta in Molise, nella provincia di Campobasso, da una giovane studiosa, Antonietta Di Vito.

L'antropologa si è soffermata sulle forme magico-terapeutiche della cura, sui terapeuti e guaritori non istituzionali presenti sul territorio, sulle loro pratiche e sul modo in cui erano localmente descritti. Durante la ricerca ha intervistato 14 guaritori extra istituzionali, di cui 11 donne e, al di là dei caratteri comuni, ha riscontrato profonde differenze di genere su cui si è soffermata. Nell'approccio con guaritori, guaritrici e loro clienti ha ritrovato un atteggiamento comune di reticenza, di fronte alle sue domande relative a pratiche e rituali; in un primo momento gli intervistati affermavano che erano scomparsi o che appartenevano a un passato ormai lontano. Sono, infatti, considerate forme di arretratezza, di cui non parlare, rispetto alle terapie biomediche e soltanto un più prolungato contatto sul campo ha permesso all'antropologa di verificare che sono ancora praticate.

Nel testo emerge la presenza di un'offerta magico-terapeutica che conserva anco-

22-(Osserv) Schede.pmd 535 02/11/2010, 16.21

ra legami con saperi e pratiche legate alle tradizioni locali ed è quindi profondamente diversa dalle medicine non convenzionali ormai diffuse anche in Italia. Tuttavia, soprattutto attraverso gli incontri con i tre guaritori, emergono forme di contaminazione, sia nella terminologia che nel modo di porsi rispetto alle proprie doti. I guaritori, di sesso maschile, definiscono i propri poteri come pranoterapia, non parlano di fatture e malocchio, ma di influenze negative, sanno utilizzare i media per il proprio lavoro, partecipando a trasmissioni televisive, dedicandosi alla cartomanzia sui canali locali, rispondendo a telefonate in diretta, o tenendo rubriche di astrologia sui giornali. Ricercano una legittimazione alla loro attività attraverso attestati e riconoscimenti esterni e sostengono l'opportunità che si costituisca un albo professionale a difesa delle loro attività. I guaritori utilizzano oggetti di varia provenienza, riconducibili a quello che ci si aspetta sia il corredo materiale di un mago. esercitano l'attività in studi o direttamente a casa del cliente, a differenza delle guaritrici, che sono più legate alle pratiche tradizionali e si muovono in un contesto domestico, anche spaziale. Tuttavia quello che colpisce maggiormente la ricercatrice e che è anche chiaramente espresso da Pietro, uno dei guaritori, è il modo in cui viene posto in evidenza "l'aspetto sciamanico", cioè il potere di entrare in contatto con l'al di là. Pietro attribuisce alla sua attività connotazione sciamanica, in quanto possiede la capacità di viaggiare nell'al di là per incontrare persone scomparse. Di Vito si sofferma perciò sul modo in cui gli uomini esercitano la loro attività di cura e sulle competenze che manifestano in ambito curativo, sul modo in cui Pietro presenta il tema della trance, del viaggio sciamanico, che procura salvezza, della lotta agonistica per vincere le forze del male. Questi motivi si coniugano con elementi che si riferiscono al complesso dell' identità maschile presente in quel territorio, comune anche ad altri guaritori.

Secondo l'autrice, emergono differenti ruoli di genere nella pratica magico-terapeutica, differenti percorsi e differenti modalità di cura legati al genere, che riportano a dicotomie consolidate come interno/esterno, pubblico/privato, e anche a forme di esclusione, come l'alto analfabetismo femminile tra le generazioni oggi anziane, tra le quali si situano le guaritrici da lei intervistate. In quelle generazioni queste differenze erano molto marcate ed emergono anche quando le donne parlano dei libri di magia, come rileva l'antropologa, ponendo in evidenza il differente rapporto di uomini e donne con la scrittura e la lettura,e quindi con il libro, che i guaritori intervistati possiedono, mentre le guaritrici hanno perduto o non riescono a ritrovare.

L'altro tema cardine dell'interpretazione dei dati è il rapporto tra i guaritori e lo sciamanesimo. Negli studi etnologici lo sciamanesimo può essere considerato in due modi: come una forma di religione legata a un particolare contesto storico e a specifiche società oppure come complesso sciamanico, e quindi come un insieme di tecniche di rapporto con l'al di là, che può essere rinvenibile con caratteristiche differenti in società molto differenti tra loro.

Di fronte a queste due possibili interpretazioni l'autrice opta per la seconda soluzione, poiché parte dalla premessa che lo sciamanesimo comprenda una categoria di concetti etnografici specifici di un contesto, che sono utilizzati anche al di fuori del contesto di provenienza. Nel territorio della sua ricerca sono solo gli uomini a inscrivere la loro esperienza nel quadro dello sciamanesimo, gli uomini affrontano le distanze sia geografiche che spaziali muovendosi tra il mondi dei vivi e quello dei morti.

Il libro è agile, si legge con attenzione, le ipotesi formulate sono interessanti, non

22-(Osserv) Schede.pmd 536 02/11/2010, 16.21

penso che i risultati possano generalizzarsi, data la limitatezza del campione, ma che possano sollecitare ulteriori stimoli e raffronti in un'ottica comparativa.

[GRa]

Mari Luz ESTEBAN, ***Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*****, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2004, 263 pp**.

Medico e antropologa, Mari Luz Esteban ha lavorato a lungo nel campo della pianificazione familiare, producendo alcuni tra i più interessanti studi etnografici di antropologia medica europea a ispirazione femminista. I suoi lavori, caratterizzati da riflessività e consapevolezza critica sul piano del metodo e della teoria, si sono costantemente rivolti alla analisi delle esperienze della malattia e delle politiche della salute in riferimento a determinati contesti istituzionali e a specifiche soggettività sociali, in particolare le donne e i migranti. Esperta nello studio delle relazioni di genere, in questo libro Esteban attinge alla sua profonda esperienza professionale di medico e di etnografa per sviluppare una riflessione critica nell'ambito generale dell'antropologia della corporeità. Il volume non rinuncia ad assumere una specifica linea critica di ridefinizione di tale campo di studi, oggi dominato dalle prospettive statunitensi. L'Autrice cerca una propria originale strada, fondata sulla sua personale esperienza di ricerca, come quando ad esempio conia la suggestiva nozione di "*itinerarios corporales*" per designare la complessità dinamica e la fluidità trasformativa delle pratiche di genere nei contesti quotidiani.

Il testo è diviso in tre parti. La prima parte, costituisce una ampia introduzione teorica sulla questione corporea nelle scienze sociali in riferimento alla riflessione teorica che scaturì dalle lotte democratiche per l'emancipazione femminile. La seconda parte, dedicata al corpo nella società occidentale, tocca argomenti quali: la centralità delle pratiche corporee in Europa, la differenza di genere, il rapporto fra controllo sociale e mercificazione del corpo. La terza e ultima parte, dedicata ai concetti di *itinerario corporeo* e di *autotrasformazione*, costituisce la base empirica e al tempo stesso l'esito teorico del volume. Nei due capitoli che la compongono, vengono studiati i processi di autotrasformazione corporea che sono alla base delle identità sessuali e di genere: nell'alimentazione, nell'esercizio fisico, nella cura estetica, nella sessualità, nelle professioni incentrate sulla immagine fisica. Pratiche e dinamiche politico-corporee osservate in rapporto alla concreta esperienza di vita di dodici persone, dieci donne e due maschi, impegnate in professioni fondate su uno specifico "lavoro corporeo": intensi esercizi fisici, manutenzione o trasformazione di una certa *forma* (sport, moda, danza). Una attenta consapevolezza epistemologica e metodologica delle basi corporee della teoria dell'azione sociale, spinge l'Autrice a riflettere sulla dimensione politica del corpo e sulla dimensione corporea della politica nelle società europee, con un focus sulla corporeità come soggetto/oggetto strategico per i processi di egemonia che caratterizzano le politiche nazionali in Occidente.

Contributo originale alla antropologia del corpo, dunque, questo lavoro non si fonda scolasticamente sui canoni che tale genere di letteratura scientifica continua ad adottare omologandosi al *mainstream* antropologico anglosassone, ma piuttosto si muove con originalità nel quadro di uno specifico filone critico-sociale europeo e latino che ha contribuito a delineare le chiavi di lettura antropologica di alcune tra le più recenti trasformazioni del "politico" nelle democrazie occidentali. È in tale cornice storico-culturale che si valorizza autonomamente la vocazione critica di una peculiare prospettiva di antropologia medica, fondata sulla consapevolezza della

22-(Osserv) Schede.pmd 537 02/11/2010, 16.21

dimensione pratico-corporea del sapere etnografico, quale emerge dalle specifiche esperienze di ricerca dell'Autrice.

[GPi]

Juan Antonio FLORES MARTOS - Luisa Abad GONZÁLEZ (curatori), ***Etnografías de la muerte y las culturas en América Latina*****, Ediciones de la Universidad de Castilla - La Mancha, Cuenca, 2007, 488 pp.**

Il volume raccoglie ventitré lavori etnografici sulle rappresentazioni e le pratiche della morte in America Latina, prodotti da altrettanti studiosi provenienti da dieci Paesi, europei e americani, e da tre ambiti disciplinari: antropologia culturale e medica, sociologia e storiografia. I curatori, Juan Antonio Flores Martos e Luisa Abad González (autori di un ampio saggio introduttivo), sono membri del Gruppo di ricerca "Salute e interculturalità" dell'Università spagnola di Castilla - La Mancha. La ricchezza del volume e la eterogeneità metodologica e tematica dei contributi, offre un ampio quadro comparativo sulle differenze culturali e politico-economiche relative alla morte nei vari contesti dell'America Latina. I saggi, come sostengono i curatori, sono configurabili in tre parti: una parte teorica, di analisi epistemologico-politico-culturale della morte, che punta a sottrarne il monopolio analitico alla rappresentazione biologica, seguendo una tradizione europea e americana di studi sociali e umanistici ormai di lungo corso. Questa parte attinge a esemplificazioni relative a contesti quali le Ande, la Mesoamerica, il Sudamerica e la cultura afrobrasiliana. Un secondo gruppo di saggi ha una base etnografica più focalizzata e approfondita, e riguarda le culture amerindiane, afrocaraibiche, rurali e urbane. Una attenzione particolare è rivolta alla frontiera fra Messico e Stati Uniti, quale luogo elettivo di processi violenti di globalizzazione. Il terzo gruppo di lavori ha un carattere più operativo e applicato. Si tratta di scritti che danno conto di esperienze interdisciplinari e sperimentali di gestione della realtà plurale della morte nei contesti esaminati: si dà voce, ad esempio, a medici, indigenisti, personale universitario di scienze sociali e personale sanitario, nel quadro di progetti di cooperazione e sviluppo basati sulla ricerca interculturale. Gran parte dei lavori sono mossi da una esigenza di rinnovamento critico degli studi, evidente nella decostruzione attenta di stereotipi presenti nelle retoriche collettive della morte in Messico e nell'America Latina. Per esempio, la visione monolitica e generica del "messicano di fronte alla morte" è disarticolata a vantaggio della evidenziazione di una pluralità di pratiche eterogenee che demoliscono il mito retorico nazionale-tradizionale. Si susseguono studi di impostazione classica sulle tradizioni popolari relative alla morte e sul processo rituale del cordoglio, a lavori etnografici di rilevanza antropologico-medica e tanato-politica: dall'osservazione dello stato vegetativo persistente in cui versano giovani vite legate al respiratore artificiale, alla casistica numericamente inquietante delle morti violente in Colombia, allo stillicidio delle morti di migranti ai confini internazionali. Il taglio critico proviene soprattutto dai saggi più marcatamente etnografici, a testimonianza del valore teorico dei dati empirici raccolti. I riferimenti teorici sono costituiti sia dai testi classici di storia della morte e delle pratiche funerarie, in particolare di scuola francese e anglosassone, sia dalle etnografie internazionali. Si tratta, in definitiva, di un volume di grosso rilievo scientifico, che affronta, nella pluralità dei contesti etnografici, una tematica classica degli studi storico-antropologici con una costante attenzione al rapporto fra materiali empirici e innovativa riflessione teorica.

Indice. Juan Antonio Flores Martos - Luisa Abad González, *Con la muerte en la cabe-*

za: notas antropológicas sobre muertes americanas / Stanley Brandes, *Visiones mexicanas de la muerte* / Manuel Gutiérrez Estévez, *Muertes a la española. Una arqueología de sentimientos tópicos*, María Carbajo Isla, *Muertes malas. Ejecuciones en el siglo XVIII* / Mark Münzel, *Individuos tristes y teorías que no mueren: entre una muerte indígena que cambia y una etnofilosofia que no vive* / Mario Humberto Ruz, *La comunidad atemporal. De vivos y difuntos en el mundo maya* / Xavier Albó, *Muerte andina, la otra vertiente de la vida* / Fernando Giobellina Brumana, *La muerte, los muertos y los vivos en la religiosidad popular brasileña* / Óscar Calavia Sáez, *Viajeros, extraños, extraviados: los yaminawa y sus muertos* / Gerardo Fernández Juárez, *Un difunto en el altar: los "niños difuntos" y su rleevancia ceremonial en los Andes* / Elsa Blair, *La teatralización del exceso. Una anàlisis de las muertes violentas en Colombia* / Francisco Ferrándiz, *Juventud en el respirador. Supervivencia y muerte en los barrios venezuelanos* / Guillermo Alonso Meneses, *La muerte de migrantes clandestinos en la frotnera México-Estados Unidos y su tratamiento periodístico* / Juan Antonio Flores Martos, *La Santísima Muerte en Veracruz, México: vidas descarnadas y prácticas encarnadas* / Javier García Bresó, *Los símbolos del miedo y la paz: la muerte en Monimbó, Nicaragua* / Julián López García, *Los nuevos cementerios en la región maya-chortí de Guatemala. Representaciones saturadas y diálogo interétnico* / Yanet Segovia, *"Hay que estar ahí No hay que tenerle miedo a la muerte" (El antropólogo en el espacio de la experiencia)* / Ma Ángeles Beltrán Núñez, *La Muerte como elemento desestabilizador de la cohesión social en el Caribe nicaragüense* / Roberto Campos Navarro, *Quinto para mi calaverita! Vivencias de un médico mexicano sobre la muerte* / Ineke Dibbits, *Cuando la mortalidad es el pretexto para la indignidad* / María Teresa Valdivia Dounce / *Morir en la sierra* / Jorge E. Molina Peñaronda, *Encuentros y desencuentros con la muerte en escenarios rurales y urbanos del Altiplano Aymarà* / Carlos Arriola Monasterio, *Reacciones ante la muerte. Una perspectiva indígena Chortí y médica* / Luisa Abad González, *América Latina: un ejemplo de sociedad y oueblos resilientes (Últimas voluntades…)*.

[GPi]

Fiorella GIACALONE, *Bismillah. Saperi e pratiche del corpo nella tradizione marocchina*, Gramma Edizioni, Perugia, 2006, 198 pp.

In questo lavoro Fiorella Giacalone ripercorre i suoi itinerari di ricerca, analizzando in un'ottica comparativa saperi e pratiche del corpo, presenti nella tradizione marocchina, facendo anche dei raffronti con le tradizioni popolari italiane.

Un particolare sguardo, legato all'ottica di genere, è rivolto alla dimensione femminile, in una ricerca che si sviluppa attraverso il rapporto tra donne, come dimostra l'interesse per la riproduzione e la sfera femminile. Il ciclo gravidanza parto è, infatti, ambito di ricerche specifiche, che permettono di riscontrare delle concordanze con credenze e rituali della cultura popolare italiana ma anche delle specificità ricollegabili al mondo magrebino, quali la separazione tra i sessi, la centralità dell'ostetrica, il parto vissuto come momento di affermazione della pienezza femminile.

Richiamandosi anche a testi di studiosi magrebini, l'antropologa concentra la sua analisi su quella parte dell'Islam che tratta dei linguaggi del corpo, dei liquidi collegati alla sfera riproduttiva, dei simbolismi corporei, affrontando il tema del corpo quale snodo tra natura e cultura, tra purità e impurità, soggetto al controllo sociale, esso stesso oggetto di tecniche di purificazione.

L'analisi di pratiche radicate in quello che è definito Islam popolare permette di far emergere interessanti raffronti con il cattolicesimo popolare, all'interno di un con-

22-(Osserv) Schede.pmd 539 02/11/2010, 16.21

testo mediterraneo caratterizzato da scambi di saperi, non solo per quanto attiene all'alta cultura ma anche alle pratiche empiriche. Fiorella Giacalone sottolinea che si tratta di aree geograficamente vicine, che la storia ha separato, ma nelle quali si sono sviluppati saperi naturalistici, che hanno dato origine a una farmacopea popolare, attraverso la quale si esprime/va un rapporto tra ecosistema, uomo e saperi, che è alla base della medicina araba, e che impone una riflessione più ampia sui saperi medici, sui percorsi di guarigione o di cura, su un altro modo di pensare il corpo, differente da quello che si è affermato nella medicina occidentale, per la quale il corpo è un corpo desacralizzato e frammentato, avendo rinunziato alla dimensione olistica.

Confluiscono nel testo parallelismi tra santi cristiani e santi islamici, riflessioni sul rapporto tra culti e rituali di guarigione, messi in evidenza attraverso l'analisi del ruolo delle confraternite islamiche, che non è solo spirituale ma anche terapeutico, descrizioni di luoghi di culto che sono centri specializzati per la cura di malattie di ordine psicopatologico, nei quali si praticano ancora pratiche rituali, tra cui l'incubatio. E'anche posta in evidenza la presenza di pratiche di magia terapeutica basate sulle scritture coraniche, in un originale sincretismo.

La ricerca si svolge in Marocco e in Italia, in particolare tra la comunità marocchina di Perugia, che costituisce un importante punto di osservazione sul fenomeno migratorio e sulla percezione di questo fenomeno nella comunità di accoglienza, come momento di percezione dell'alterità e messa in discussione dei rapporti noi/altri. Infatti le migrazioni attivano nuovi rapporti con l'altro e in particolare questo tipo di ricerca permette di delineare non solo diversità ma anche storie comuni con il mondo magrebino e si apre all'auspicio che si possa sviluppare un dialogo interculturale, che passa anche attraverso i saperi del corpo. Questo testo si presenta di particolare interesse sia per l'orizzonte culturale specifico, che si viene a delineare attraverso l'analisi e la presentazione di queste esperienze di ricerca, che per i raffronti con gli studi demologici italiani e il richiamo a una comune area di appartenenza mediterranea.

[GRa]

Pia Maria KOLLER, ***Reinventare la salute al tempo della paura. Perù: scambi, incontri, disincontri*****, Liguori Editore, Napoli, 2006, 161 pp.**

Questo volume riporta le riflessioni e i risultati delle ricerche svolte in Perù da Pia Maria Koller, infermiera e antropologa, che ha lavorato nei programmi internazionali di assistenza sanitaria, sia nell'America del sud, che in Asia e in Africa. Nel titolo sono introdotte già le tematiche che saranno poi affrontate: il tempo della paura è il tempo della guerra con i suoi effetti devastanti sulla popolazione civile, reinventare la salute esprime il senso del lavoro da fare per instaurare un nuovo rapporto tra cittadini e salute, il termine dis-incontro rende in modo efficace il senso dell'incontro mancato tra movimenti per la democrazia dal basso e risposte della politica. L'autrice pone in evidenza, infatti, come la pianificazione sanitaria non sia avulsa dalla situazione economica e politica e come le scelte in termini di salute dei cittadini siano ad essa legate e ai rapporti di potere che ne conseguono.

Koller analizza le difficoltà che le popolazioni indigene incontrano per l'accesso alle cure, soprattutto le popolazioni contadine già duramente colpite dalla guerra. Infatti il Perù, a partire dal 1980, è stato teatro di un conflitto civile scatenato dai guerriglieri di *Sendero Luminoso*, che è durato per più di dieci anni, è quindi importante tenere conto dell'impatto della violenza sulla popolazione civile e di come nella situazione attuale di post-conflitto gli

22-(Osserv) Schede.pmd 540 02/11/2010, 16.21

individui non possano prescindere dal passato traumatico, che hanno vissuto e dalla loro rielaborazione di questo.

La ricerca si è svolta per complessivi due anni tra il 1990 e il 1994 per la maggior parte nella provincia di Cuzco, non coinvolta direttamente dalla guerriglia. Cuzco, che era l'antica capitale inca, il centro dell'impero, è oggi importante centro politico-amministrativo.

Di fronte alle carenze del sistema sanitario le medicine tradizionali possono ancora svolgere un ruolo di supporto? È questo l'interrogativo di fondo che accompagna il lettore nella lettura del testo.

Koller analizza il sistema sanitario, considerando sia le strutture e il modo in cui sono disposte sul territorio, che gli operatori ed il rapporto medici-utenti, spesso ostacolato e impedito dalle difficoltà economiche e dalla distanza degli ospedali, soffermandosi sulle narrazioni dei malati, dalle quali emergono concezioni e interpretazioni della malattia, che sono in rapporto con il modo in cui eventi drammatici sono stati reinterpretati all'interno degli schemi e dei modelli culturali da loro condivisi. Infatti la cosmovisione andina è parte integrante dei saperi medici ed è in rapporto con le strategie di cura e le interpretazioni delle malattie. L'antropologa opera perciò una rivisitazione della medicina tradizionale a partire dalla situazione delle comunità andine descrivendo specificità e caratteristiche dei *curanderos*, le loro tecniche, il ricorso frequente alla coca e ad altre piante allucinogene.

L'utilizzazione del concetto di sistema medico le permette di superare la dicotomia tra biomedicina e medicine tradizionali, per considerare anche i processi di indigenizzazione della biomedicina, cioè il modo in cui i medici utilizzano nella cura elementi tradizionali, soffermandosi su alcune esperienze di rivalutazione dei saperi indigeni e sulle pratiche con piante medicinali utilizzate dai contadini. Di fronte ai modelli di integrazione o collaborazione tra biomedicina e medicine tradizionali, proposti dall'OMS, Koller adotta una posizione giustamente problematica rilevando che in altri contesti del Sudamerica tentativi di integrazione riuscita si sono limitati ad alcuni settori e ad alcune figure, come ad esempio le levatrici e gli erboristi. Inoltre non si può prescindere dal ruolo che a questi operatori viene assegnato all'interno del setting moderno. Si tratta, infatti, di figure che all'interno delle loro comunità erano figure dotate di autorità, mentre nel contesto biomedico diventano figure subalterne. Questa situazione di subalternità strutturale delle medicine tradizionali non solo rende impossibile una reale integrazione ma fa sì che lo stesso processo di integrazione rischi di disintegrare molte medicine indigene non formalizzate, con conseguenze molto dannose sui sistemi medici andini poiché produrrebbe come effetto la scomparsa dei saperi locali.

L'Autrice problematizza perciò il difficile incontro tra le due medicine, il difficile modello di integrazione proposto dall'OMS, ne analizza le ambiguità, si sofferma quindi sul ruolo dell'antropologia, per affermare l'esigenza di andare oltre un resoconto di tipo culturalista. Gli antropologi, più che seguire progetti di ipotetica integrazione di fronte ai sistemi di cura altri, devono analizzare i processi di produzione sociale della malattia e porre con forza il problema dell'iniquità nell'accesso alle cure, sottolineando che in contesti di estrema povertà il ricorso alle pratiche terapeutiche popolari è una rinuncia, una non-scelta.

Per chi si occupa di promozione e di assistenza sanitaria, pertanto, l'obiettivo prioritario consiste nell'assicurare un'assistenza adeguata per tutti, considerando i meccanismi che causano la disuguaglianza e che il diritto alla salute rientra tra i diritti umani fondamentali. Le comunità indigene chiedono di partecipare alla pianificazione dei programmi sanitari governativi, gli antropologi possono fornire un contributo

22-(Osserv) Schede.pmd 541 02/11/2010, 16.21

nella progettazione a livello del locale. Nelle conclusioni perciò l'antropologa pone in evidenza che i tentativi di integrazione rischiano di legittimare e accentuare la divisione tra una medicina efficace ed efficiente, secondo i protocolli internazionali, presente nei centri urbani e una medicina di seconda qualità presente in periferia e soprattutto nelle comunità contadine.

[GRa]

Annette LEIBING - Lawrence COHEN (curatori), ***Thinking about dementia. Culture, loss, and the anthropology of senility*****, Rutgers University Press, New Brunswich, 2006, 299 pp. (collana "Studies in Medical Anthropology" diretta da Alan Harwood)**

Nel titolo di questo volume campeggia una significativa omissione poiché l'obiettivo di esplorazione della "*demenza*", affidato ai filtri esplicativi ed interpretativi di una "antropologia della *senilità*", sottace "la malattia di Alzheimer" menzionandone piuttosto i correlati storici, evocando il dibattito, in certi ambienti delle stesse scienze gerontologiche a tutt'oggi non concluso, sul rapporto controverso fra "normalità" e "patologia" in età avanzata e fra l'invecchiamento "normale", "naturale" e la ridefinizione in termini nosologici biomedici del declino fisico e cognitivo che l'accompagna. Nell'Introduzione al testo, uno dei due Curatori, Lawrence COHEN, definisce la senilità come «la percezione di cambiamento comportamentale deleterio in qualcuno che si comprende essere anziano, con attenzione sia alla biologia sia all'ambiente istituzionale in cui tale cambiamento si manifesta, viene misurato, esaminato e trattato» [p. 1]: l'orientamento teorico dei contributi raccolti – dodici saggi distribuiti in tre parti – intorno a questa nozione piuttosto che intorno alla "demenza" segnala la volontà di una certa cautela negli usi terminologici, che Egli definisce come fondamento antropologico del discorso così costruito, evitando di radicare l'analisi su presupposti condizionanti riguardo alla relazione reciproca fra percezioni, biologia, contesto. In vari articoli torna, più o meno centrale rispetto alla tematica specificamente affrontata, la questione storica dell'individuazione del crinale fra disordine patologico e stato fisiologico "normale" all'interno di una idea di "senilità" preesistente, che può intendersi come problematizzazione della oscillazione teorica fra una determinata percezione del decadimento fisico e cognitivo associato all'avanzamento dell'età e la patologizzazione di quel deterioramento sottoforma del passaggio storico da "senilità" a "demenza" a "malattia di Alzheimer", in cui la senilità, per citare ancora COHEN, «viene divisa in una condizione esistenziale di "invecchiamento normale" e la purificata patologia della demenza» [p. 5]; il saggio di Jesse BALLENGER si configura precisamente come un'analisi storica del processo di emersione e consolidamento della "malattia di Alzheimer" come categoria diagnostica.

Il volume, nella tessitura dei vari contributi che lo compongono, restituisce un quadro ampio sulle prospettive di studio e le possibilità euristiche di un approccio antropologico alla demenza, analizzandone più aspetti di cui la tripartizione del testo rende ben conto: le trasformazioni della pratica clinica intorno alla demenza; il ruolo della genomica nella ricerca e nella pratica clinica sulla malattia di Alzheimer (sola sezione del libro composta da un unico articolo); il dominio esperienziale, l'organizzazione del sé e della persona nella demenza, negli spazi terapeutici istituzionali dove si produce un'attenzione clinica e scientifica per gli individui "malati".

Sull'ambiguità del rapporto fra l'età avanzata e la demenza si sofferma anche Sharon KAUFMAN, in uno studio volto a mettere in luce come nei processi decisionali di fine di vita nelle unità di terapia intensiva la demenza appaia strumento di una

22-(Osserv) Schede.pmd 542 02/11/2010, 16.21

biopolitica mediante cui si costruiscono la morte in ospedale come un problema e la vita del sofferente come un oggetto da "valutare" nella produzione polivocale di una etica della vita stessa (concetto mutuato da Nikolas ROSE). L'esclusione dei disturbi comportamentali dai criteri diagnostici – dominati da testi di valutazione cognitiva e referti neurologici – nonostante il loro rilievo nel quadro sintomatico generale della "demenza" e nella quotidianità dei *caregivers*, viene indagata da Ladson HINTON, Yvette FLORES, Carol FRANZ, Isabel HERNANDEZ, Linda S. MITTENESS con particolare riferimento all'assistenza primaria, lasciando intravedere come la principale conseguenza della fiducia in questi dispositivi, delle odierne modalità di organizzazione del lavoro, e della scarsa preparazione e formazione in geriatria sfoci in una riproposizione dell'ambiguo binomio fra normalità e patologico che isola il cognitivo e lo psichiatrico nella prassi quotidiana. Nello studio di André SMITH, focalizzato su persone che a fronte di problemi di memoria da esse attribuiti alla malattia di Alzheimer non avevano ricevuto questa diagnosi, il rapporto fra "cognitivo" e "comportamentale" viene indagato lungo una direttrice speculare e congruente in cui la versione (kraepeliniana) della demenza come sindrome cognitiva radicata nel cervello, "non comportamentale" sostiene atti di resistenza contro lo stigma dell'etichettatura psichiatrica (depressione) mostrando come la procedura di attribuzione di una diagnosi non serva unicamente a definire una psicopatologia, ma anche ad ordinare comportamenti problematici sollevandoli da un negativo giudizio morale, proprio perché ciò che nella demenza – attraverso la lettura di stampo biologico che la spiega – radica nel cervello, nella depressione può essere viceversa imputato alla volontà ed all'agire del soggetto.

Tutti i contributi dell'ultima parte del libro si soffermano sulle implicazioni esperienziali ed esistenziali complesse che la demenza costruisce intorno a chi ne è afflitto, così recuperando alla riflessione antropologica su questo argomento il soggetto sofferente, a lungo trascurato nelle analisi sulle demenze anche all'interno delle scienze sociali dietro l'assunto – tutto da decostruire – che il deterioramento cognitivo spogliasse della capacità di agire e di costruire una vita piena di significato in quanto meccanismo inarrestabile di "erosione del sé" che trascina l'individuo fino allo stato di non-persona, non-essere, "guscio": sulla "persona" a questo riguardo, e sull'esistenza di due discorsi oppositivi intorno alla malattia di Alzheimer – uno ancorato alla cultura epistemica biomedica, l'altro più focalizzato sull'interiorità soggettiva – il saggio di Annette LEIBING fornisce una interessante panoramica. S'intende che una simile impresa abbisogna di una coscienza critica verso l'impiego di concetti come "persona" o "sé", che non sono categorie fisse e, come osserva ancora LEIBING, in passato hanno ricevuto definizioni di cui l'antropologia ha poi svelato il contenuto etnocentrico, e le quali, cosa più importante, non vengono né intaccate né annullate radicalmente nella demenza. I lavori di Athena MCLEAN e Pia KONTOS possono essere rubricati come esempi di indagini in cui il "soggetto" viene ricompreso nella trama della sua capacità di agire e di essere attraverso una conoscenza – prodotta dall'indagine etnografica – di dimensioni espressive soggettive. Lo studio di Athena MCLEAN si pone in prospettiva critica di certa letteratura che stabilisce come tratto caratteristico della malattia di Alzheimer e della demenza l' "incoerenza" nell'elaborazione di narrazioni su di sé e sul proprio vissuto, rintracciando questo assunto fuorviante in buona parte della produzione gerontologica; a partire dall'inquadramento del "sé" come prodotto dialogico e molteplice, l'Autrice dimostra che spostando l'attenzione dalla corrispondenza dell'evento narrato con la realtà oggettiva, al significato interpretativo e narra-

22-(Osserv) Schede.pmd 543 02/11/2010, 16.21

tivo rivestito per il soggetto narratore, emerge una "coerenza" interna alla persona su cui dovrebbe spostarsi l'attenzione (fenomenologicamente ispirata) rispetto alla coerenza interna al testo. Ella mostra come possano peraltro sussistere fonti di incoerenza estranee alla persona - di natura ambientale e relazionale – (in questo caso una struttura per anziani degli Stati Uniti) che si riflettono nella frammentazione narrativa come prodotto della frammentazione istituzionalmente mediata della vita quotidiana del reparto. Pia KONTOS si concentra, anziché sul linguaggio, sull'espressione corporea: da una rassegna delle nozioni di sé tipiche della letteratura sull'Alzheimer – che lo vede eroso insieme all'essenza stessa della persona – e delle concezioni "occidentali" per cui il deterioramento cognitivo ne nega le qualità intrinseche e fondative, Ella ricongiungendo la fenomenologia di Merleau-Ponty alla nozione di *habitus* di Bourdieu tenta di rintracciare manifestazioni del sé ad un livello preriflessivo attraverso la restituzione delle capacità di espressione corporea – anche nello svolgimento di atti più quotidiani – al loro radicamento entro precise coordinate sociali e culturali.

Questo libro consente di penetrare la complessità dell'universo di pratiche e relazioni e di vissuti esistenziali e di sofferenza che si articolano intorno alla "demenza" e, in particolare, alla "malattia di Alzheimer" sondandone gli aspetti biologici, medico-clinici e nosologici, tecnico-scientifici, storico-culturali, anche attraverso un dialogo con i processi, storicamente profondi, di costruzione biomedica della etichetta nosografica e delle percezioni, situate, dell'anziano e dell'anzianità fra stereotipo e stigma, tutti elementi che, nell'insieme, da un lato definiscono lo spazio analitico entro cui inscrivere una pensabilità antropologica della "demenza" che non si arresti all'apparente finitezza unificante della categoria patologica biomedica, e che dall'altro lato indicano i contesti concreti entro cui la "demenza" si riformula ed esprime attraverso pratiche umane e relazioni di potere che strutturano, influenzano o ridefiniscono la condizione di salute, il vissuto di malattia, le politiche sanitarie, le modalità di assistenza al "malato", l'esperienza dei *caregivers*.

Indice. Lawrence COHEN, *Introduction. Thinking about dementia* / *Parte prima. Changes in clinical pratice:* Sharon R. KAUFMAN, *Dementia-Near-Death and "Life Itself"* / Ladson HINTON - Yvette FLORES - Carol FRANZ - Isabel HERNANDEZ - Linda S. MITTENESS, *The borderland of primary care. Physician and family perspectives on "troublesome" behaviors of people with dementia* / André P. SMITH, *Negotiating the moral status of trouble. The experiences of forgetful individuals diagnosed with no dementia* / Janice E. GRAHAM, *Diagnosing dementia. Epidemiological and clinical data as cultural text* / Jesse F. BALLENGER, *The biomedical deconstruction of senility and the persistent stigmatization of old age in the United States* / *Parte seconda. The role of genomics in Alzheimer's research:* Margaret LOCK - Stephanie LLOYD - Janalyn PREST, *Genetic susceptibility and Alzheimer's disease. The penetrance and uptake of genetic knowledge* / *Parte terza. The organization of voice, self, or personhood:* Athena Helena MCLEAN, *Coherence without facticity in dementia. The case of Mrs. Fine* / Pia KONTOS, *Embodied selfhood: an ethnographic exploration of Alzheimer's disease* / Anne Davis BASTING, *Creative storytelling and self-expression among people with dementia* / Roma CHATTERJI, *Normality and difference. Institutional classification and the constitution of subjectivity in a Dutch nursing home* / Annette LEIBING, *Divided gazes. Alzheimer's disease, the person within, and death in life* / John W. TRAPHAGAN, *Being a good Rôjin. Senility, power, and self-actualization in Japan.*

[EPa]

Raffaele RAUTY, ***Il rito sacrificale. Lavoro sicurezza mortalità (nel Sud)*****, appendice a cura di Salvatore Rinaldi, postfazio-**

22-(Osserv) Schede.pmd 544 02/11/2010, 16.21

ne di Roberto Ziccardi, Kurumuny, Calimera (Lecce), 2009, 152 pp.

Un noto sociologo italiano di formazione antropologica come Raffaele Rauty, volge in questo libro il suo sguardo a una analisi delle morti sul lavoro nel Mezzogiorno italiano. Un fenomeno la cui frequenza è tale da costituite un'urgenza cronica nella storia italiana di questi anni. I ripetuti appelli del presidente della repubblica Giorgio Napolitano, spesso caduti nel vuoto di iniziative di governo, non hanno spinto neanche gli studiosi ad affrontare in termini scientifici la questione. Sottoposto alla osservazione sociologica, il fenomeno inquietante e quotidiano degli infortuni e delle morti sul lavoro, conduce invece a declinare in maniera del tutto diversa il concetto di "sicurezza", assurto a paradigma governamentale contemporaneo: sicurezza è qui intesa non più come questione criminale o di ordine pubblico, ma semmai come piena garanzia del diritto alla salute. Proprio l'intreccio fra crisi della sicurezza sul lavoro e difficile realizzazione del diritto alla salute costituisce il filo rosso del testo, che attraversa anche i documenti raccolti nell'*Appendice*, a cura di Salvatore Rinaldi, e la *postfazione* scritta da un medico igienista, Roberto Ziccardi. Il volume rappresenta un contributo importante per sottrarre al silenzio la questione delle morti bianche gettando le basi per una nuova analisi del lavoro: non solo strumento per la sussistenza, ridotto alla sola esigenza di occupazione, ma "forma sostanziale dell'esistenza" umana e dell'organizzazione dei rapporti sociali. La polverizzazione del lavoro e la disarticolazione delle sue rappresentanze politiche e sindacali, studiata nel concreto dei contesti meridionali italiani esplorati, consente a Rauty di lanciare un allarme sulla crisi democratica contemporanea elaborando «una riflessione che ripensi vicende analitiche e conflitti passati come presupposto di memoria per una nuova centralità e una rinnovata attenzione sociale al lavoro».

[GPi]

Emanuela RENZETTI, *La grammatica della salvezza. Ritualità popolare tra protezione e morte nel mondo alpino*, Priuli & Verlucca, Torino, 2007, 299 pp.

Fabbricazione di santi, pratiche del battesimo e concezioni dell'infanzia, ex-voto, itinerari devozionali, luoghi di culto e culto dei luoghi, sono alcune delle tematiche classiche di una storia delle tradizioni popolari italiane esplorate nelle Alpi orientali e descritte in questo nuovo libro di Emanuela Renzetti. Attingendo a una pluriennale esperienza di rilevazione e documentazione della cultura popolare trentina, in special modo delle forme e delle pratiche medico-religiose e rituali, Renzetti offre una sintesi interpretativa che possa dare conto di quella che le appare come una certa stabilità delle manifestazioni rituali tradizionali. Si tratta di un volume ad ampio spettro, che attraversa ricerche storiografiche ed etnografiche effettuate nel corso del tempo e tenta di rintracciare, nella lunga durata, gli elementi generativi di una grammatica culturale delle prassi umane studiate soprattutto in rapporto alla diade salute-salvezza. Il ciclo della vita è osservato nelle forme protettive magico-religiose-terapeutiche elaborate nel tempo e cristallizzatesi in fenomeni definiti dall'Autrice "acculturativi" in quanto esiti complessi del rapporto fra dimensioni ufficiali-istituzionali e forme di vita popolare. Esperta di quel genere di studi noti come "medicina popolare", Renzetti rilegge ora il proprio repertorio etnografico anche alla luce delle rivendicazioni identitarie territoriali in rapporto alle iniziative delle istituzioni addette alla patrimonializzazione. Ne risulta un libro di ampio respiro storico-antropologico, caratterizzato anche da una scrittura che accetta, efficacemente, la sfida dell'alta divulgazione culturale per l'antropologia.

[GPi]

22-(Osserv) Schede.pmd 545 02/11/2010, 16.21

09. Tesi universitarie

Vengono indicate in questa sezione dell'Osservatorio – soprattutto per quanto riguarda le università italiane – le tesi universitarie di vario tipo e livello (diploma, laurea, specializzazione, master, dottorato, ...) concernenti tematiche in vario modo connesse all'antropologia medica. Anno di riferimento iniziale per la rilevazione: 1990.

Le tesi sono anzitutto classificate in base alle università e ai dipartimenti (o istituti o centri di ricerca e/o cattedre) cioè, in sostanza, in base alle sedi presso cui esse sono state elaborate. Per ciascuna di queste sedi, ordinate alfabeticamente, le tesi vengono organizzate in base al loro livello (diploma, laurea, specializzazione, master, dottorato, ...) e, per ogni livello, in base all'ordine alfabetico degli autori. Di ciascuna tesi vengono fornite le seguenti informazioni: autore / relatore o tutor / titolo e sottotitolo / denominazione del corso di laurea o della scuola di specializzazione o del master o del dottorato, e della relativa facoltà e università / anno in cui la tesi è stata discussa.

Facciamo appello a collaboratori e lettori della rivista affinché – tenendo conto del quadro di informazioni che vorremmo fornire – ci diano notizia di tesi tematicamente connesse all'antropologia medica discusse di recente presso università italiane o straniere.

■ *Università degli studi di Bologna*

□ tesi di laurea

COLA Mirna, QUARANTA Ivo (relatore), *Realtà imperfette. Estetica e politica di una malattia magica nel'entroterra marchigiano*, Corso di laurea in antropologia culturale ed etnologia (tesi di laurea in Antropologia sociale dei saperi medici), Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

RICCI Carla, QUARANTA Ivo (relatore), DESTRO Adriana (co-relatore), *Hikikomori: un'indagine etnografica sulla sofferenza sociale tra i giovani Giapponesi*, Corso di laurea in antropologia culturale ed etnologia (tesi di laurea in Antropologia del corpo), Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

■ *Università Ca' Foscari di Venezia*

□ tesi di laurea

BANTERLE Paolo, SANGA Glauco (relatore), COZZI Donatella - FINCARDI Marco (co-relatori), *Città malata. Mantova e il problema della malaria*, Corso di laurea in storia, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

■ *Università degli studi di Firenze, Laboratorio di antropologia e etnologia*

□ tesi di dottorato

GAZZANO Noel, MASALI Melchiorre (relatore), *Biomedical rituals. Women and the biomedical embodiment of gender in Italian health care environments / Rituali biomedici. Le donne e l'incorporamento biomedico del genere in contesti sanitari italiani*, Dottorato di ri-

23-(Osserv) Tesi.pmd 547 02/11/2010, 16.22

cerca in scienze antropologiche, Università degli studi di Firenze - Università degli studi di Torino, 2006.

■ *Università degli studi "Gabriele D'Annunzio"(sede di Chieti)*

□ tesi di laurea

CIGLIA Raffaella, STANGHELLINI Giovanni (relatore), *La "presenza" tra crisi e reintegrazione. Psicopatologia e antropologia in Ernesto de Martino*, Corso di laurea in psicologia (tesi di laurea in Psicologia della salute), Facoltà di psicologia, 2005.

■ *Università degli studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di sociologia*

□ tesi di laurea

CARCARINO Florinda, RANISIO Gianfranca (relatore), *Il cibo è cultura: antropologia del nursing*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2005.

DI FRANCESCO Elena, RANISIO Gianfranca (relatore), *Antropologia medica e psichiatria del territorio: un'indagine nella valle telesina*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2003.

LOMBARDI Giuliana, RANISIO Gianfranca (relatore), *Lo sguardo sul corpo femminile attraverso la medicalizzazione del ciclo di vita*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2006.

MARINELLI Iolanda, RANISIO Gianfranca (relatore), *Salute e migrazione. Il Centro "Ero Forestiero" di Pozzuoli*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2003.

NOCERA Rosalba, RANISIO Gianfranca (relatore), *Il pluralismo terapeutico in un paese del Salernitano: Baronissi*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2005.

PAGNOZZI Ivana, RANISIO Gianfranca (relatore), *Medicine non convenzionali: la pranoterapia*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2006.

PEZZULLO Carmela, RANISIO Gianfranca (relatore), *Le nuove tecnologie riproduttive: uno sguardo antropologico*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia 2006.

VICEDOMINI Ilenia, RANISIO Gianfranca (relatore), *Il cibo nemico. Anoressia e bulimia: rifugio e prigione di un'eterna dipendenza*, Corso di laurea in sociologia, Facoltà di sociologia, 2006.

■ *Università degli studi di Padova*

□ tesi di laurea

CEVESE Rossella, SCHMIDT Donatella (relatore), *La cultura del parto presso i Guaraní del Chaco boliviano*, Indirizzo di etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2002.

■ *Università degli studi di Perugia, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio [già Istituto di etnologia e antropologia culturale]*

➡ per precedenti elenchi di tesi prodotte in questa istituzione vedi *AM* nn. 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10, 15-16

□ tesi di laurea

ADINOLFI Cristina, PIZZA Giovanni (relatore), *Teorie della possessione in antropologia. Aspetti magico-religiosi*, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

ANTOLINI Enrico, PIZZA Giovanni (relatore), *L'opera di Franco Basaglia: una lettura antropologica*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2004.

BENDOTTI Lorenza, PAPA Cristina (relatore), *Memorie, esperienze e pratiche del disastro*

23-(Osserv) Tesi.pmd 548 02/11/2010, 16.22

di Chernobyl. Primo sondaggio per un'indagine etnografica in Bielorussia, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

BONFIM Valdo, BARONTI Giancarlo (relatore), *Violenza, criminalità, emarginazione sociale in Brasile: lo stato del problema*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

BORDINI Chiara, PIZZA Giovanni (relatore), *Franco Basaglia: dalla genesi della 180 al dibattito attuale Corso di laurea in lettere*, Facoltà di lettere e filosofia, 2004.

BUZZEO Maria Elisa, FALTERI Paola (relatore), *Dalla perdita dell'anima alla guarigione. Visione della malattia e rituali di cura nello sciamanismo*, Corso di laurea in scienze dell'educazione, Facoltà di scienze della formazione, 2005.

CAMPAGNACCI Silvia, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative alla morte nelle aree rurali del comune di Spello (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

CATALUFFI Cinzia, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative alla morte nelle aree rurali del Comune di Valtopina (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

CERRI BONI Luana, BARTOLI Paolo (relatore), *Disabilità mentale e inserimento lavorativo. Indagine sulla attività di una cooperativa di tipo B*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

CONTARDI Anna, BARONTI Giancarlo, *Le tradizioni popolari relative alla morte nelle aree rurali del Comune di Foligno (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

D'ALESSIO Fabiana, PIZZA Giovanni (relatore), *Esperienza della catastrofe e memoria traumatica: Rassegna critica degli studi antropologici e inchiesta etnografica sul terremoto del 1997 a Foligno (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

DERI Roberto Carlo, CRISTINA Papa (relatore), *Dono e mercato nel mondo del fitness*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

DI BATTISTA Alessio, BARONTI Giancarlo (relatore), *Oggetti e pratiche magico-religiose per la protezione della infanzia nel teramano*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

DI DOMENICO Fabiana, PIZZA Giovanni (relatore), *L'efficacia simbolica delle pratiche artistiche*, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, 2006.

DI MARCO Giulia, FALTERI Paola (relatore), *La triplice disciplina: la pratica del multisport come esperienza incorporata*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

DURANTI Francesca, PIZZA Giovanni (relatore), *Azioni mediche in contesti di emergenza. Il caso di "Emergency"*, Corso di laurea in scienze della comunicazione, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

FARABI Francesco, PIZZA Giovanni (relatore), *L'immaginario della SARS Discorsi e pratiche comunicative intorno a un'epidemia contemporanea*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2004.

FEDERICI Luigi, PIZZA Giovanni (relatore), *Farmaci e pubblicità. Un'analisi antropologica*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

FELICIOTTI Paola, BARONTI Giancarlo (relatore), *Fatture a morte nell'area regionale ternana: recenti scoperte nel cimitero comunale di Terni*, Corso di laurea in scienze dei beni archeologici e antropologici, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

FIORITO Daniela, PIZZA Giovanni (relatore), *L'opera di Alessandro Adriano nel quadro degli studi di medicina popolare*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

23-(Osserv) Tesi.pmd 549 02/11/2010, 16.22

GERARDI Giuseppina, BARONTI Giancarlo (relatore), *Tradizioni popolari relative alla gravidanza, al parto e al puerperio a Santa Severina (provincia di Crotone)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

GIOVAGNONI Ines, PIZZA Giovanni (relatore), *L'enigma del trapianto. Una inchiesta etnografica su donazioni di organi e immagini del corpo nella città di Perugia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

LOCCHI Emanuela, FALTERI Paola (relatore), *Le prime fasi del ciclo della vita in un'area del lago Trasimeno (San Savino, comune di Magione)*, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

MARAGA Alessandra, PIZZA Giovanni (relatore), *L'esperienza dell'infortunio sul lavoro. Una ricerca etnografica nella provincia di Perugia*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

MARCHETTI Michela, PIZZA Giovanni (relatore), *Effetti patogeni di condizioni ambientali socialmente prodotti. Il caso della coltivazione del tabacco in Alta Valle del Tevere*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

MARTINI Francesco Giorgio, PIZZA Giovanni (relatore), *Visioni del sistema immunitario. Purezza, contaminazione, immunità,* Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Facoltà di lettere e filosofia, 2004.

MIMMO Sara, FALTERI Paola (relatore), *Azungu! Un'esperienza etnografica a Thondwe (Malawi) presso il centro d'accoglienza "Casa Perugia"*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

MORETTI Paola, BARONTI Giancarlo, *Le tradizioni popolari relative alla morte nelle aree rurali del Comune di Torgiano (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

MONICO Paolo, BARONTI Giancarlo (relatore), *Aspetti dell'ideologia della morte del mondo classico presenti nelle pratiche e nelle credenze popolari dell'Umbria contemporanea*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

NEBBIAI Mattia, FALTERI Paola (relatore), *La presenza straniera nel servizio psichiatrico. Interrogativi su differenze e mutamento nei colloqui con gli operatori di due centri di Salute mentale dell'area urbana perugina*, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

NICOLARDI Katia, BARTOLI Paolo (relatore), *Il sistema medico popoluca fra tradizione e modernità*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

OLIVI Sonia, PIZZA Giovanni (relatore), *Humanities e umanizzazione: concetti ed esperienze nel contesto della crisi biomedica contemporanea*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

PAGLIACCI Sara, FALTERI Paola (curatore), *Zooantropologia e pet therapy: i cani che curano*, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

PAPAZI Evangelia, FALTERI Paola (relatore), *Concezioni della corporeità e del benessere psicofisico: esperienze di formazione di uno shiatsuka*, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

PARZIANI Angela, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le erbe tra farmacopea e alimentazione nelle opere di Castore Durante*, Corso di laurea in filosofia, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

PASQUARELLI Elisa, PIZZA Giovanni (relatore), *Etnografia di una etnografia. Resoconto di una indagine antropologica condotta in collaborazione con Helle Johannessen presso il*

23-(Osserv) Tesi.pmd 550 02/11/2010, 16.22

day hospital oncologico di due ospedali in Toscana, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

PASTORELLI Elisa, GIACALONE Fiorella (relatore), *La confraternita degli Gnawa in Marocco. Riti di possessione tra musica e terapia*, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

PERELLI Maurizio, BARTOLI Paolo (relatore), *Assunzione di alcol e sostanze psicotrope. Una ricerca tra gli adolescenti reatini*, Corso di laurea in scienze dei beni archeologici e antropologici, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

RANICCHI Pierandrea, PIZZA Giovanni (relatore), *Bioetica e antropologia medica: un approfondimento sul "caso Welby"*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

SIMONI Rita, PIZZA Giovanni (relatore), *Hikikomori: sindrome da auto-isolamento sociale giapponese. Analisi del fenomeno attraverso la letteratura scientifica*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

SOLINAS Domenico, BARONTI Giancarlo (relatore), *Una riflessione antropologica sul consumo di vino e birra nel Nuorese*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

SPACCAROTELLA Susanna, PIZZA Giovanni (relatore), *Carattere e modificazioni caratteriali nella letteratura psichiatrica: una analisi antropologica*, Corso di laurea in conservazione dei beni culturali, Indirizzo demoetnoantropologico, Facoltà di lettere e filosofia, 2003.

SPACCINI Diego, CHANG TUNG Anna (relatore) - SEPPILLI Tullio (co-relatore), *Sulla natura del rapporto uomo-cosmo in medicina tradizionale cinese: una proposta di lettura*, Corso di laurea in lettera (tesi di laurea in Sinologia), Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

SQUADRONI Sara, BARONTI Giancarlo (relatore), *Dal manoscritto alla tavola. Vita quotidiana e alimentazione nel Monastero degli Olivetani di Gubbio dalle carte del XVII secolo*, Corso di laurea magistrale in antropologia culturale ed etnologia, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

TEI Roberta, PIZZA Giovanni (relatore), *Il diabete. Esperienza della malattia e politiche della salute*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

TENCA Roberta, BARTOLI Paolo (curatore), *Storia di vita di Anna B. Reti di relazioni e fiducia nell'esperienza di un cieco*, Corso di laurea in scienze dei beni archeologici e antropologici, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

TESTAMIGNA Stefania, BARTOLI Paolo (relatore), *Pazienti stranieri nell'ospedale di Città di Castello: opinioni e atteggiamenti degli operatori sanitari*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

TOSTI Chiara, PIZZA Giovanni (relatore), *La posizione dell'OMS rispetto alle terapie non convenzionali da Alma Ata ad oggi. Uno sguardo antropologico*, Corso di laurea in scienze dei beni archeologici e antropologici, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

TOTI Alberto, PIZZA Giovanni (relatore), *Siti pro-anoressia: identità e corpi in rete*, Corso di laurea in scienze dei beni antropologici Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

USIGNOLI Francesco M., PIZZA Giovanni (relatore), *Inchiesta antropologica sulla comunità terapeutico-riabilitativa "Le Cascine" di Aquaiola Gratiano (provincia di Perugia)*, Corso di laurea in scienze dei beni archeologici e antropologici, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

□ tesi di dottorato

BAGAGLIA Carlotta, FALTERI Paola - SEPPILLI Tullio (tutors), *Pratiche politiche e strategie d'inclusione delle medicine non convenzionali. Atteggiamenti e scelte operative di un gruppo di medici generalisti e pediatri di libe-*

23-(Osserv) Tesi.pmd 551 02/11/2010, 16.22

ra scelta in Umbria, Dottorato di ricerca in metodologie della ricerca etnoantropologica (XVII ciclo), Università degli studi di Siena [sede amministrativa], Università degli studi di Cagliari - Università degli studi di Perugia [sedi consorziate], 2006.

POLCRI Chiara, FALTERI Paola - SEPPILLI Tullio (tutors), *Il cuore sulle labbra. Narrazione e interpretazione dell'esperienza di malattia di soggetti colpiti da infarto acuto del miocardio*, Dottorato di ricerca in metodologie della ricerca etnoantropologica (XVII ciclo), Università degli studi di Siena [sede amministrativa], Università degli studi di Cagliari - Università degli studi di Perugia [sedi consorziate], 2006.

■ *Università degli studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di studi glottoantropologici e discipline musicali*

➡ per precedenti elenchi di tesi prodotte in questa istituzione vedi *AM* nn. 1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 15-16

□ tesi di laurea

APPODIA Emanuela, LUPO Alessandro (relatore), *Esame antropologico dell'Aurasoma*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

D'AMICO Silvia, LUPO Alessandro (relatore), *Etnografia in corsia: narrazioni di malattia nell'ospedale San Camillo-Forlanini di Roma*, Corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

DIFINO Maria Elena, LUPO Alessandro (relatore), *Medicina tradizionale, processi sincretici e dinamiche identitarie presso il CEPAFOS di Tehuantepec*, Corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2006.

DRUDI Arianna, LUPO Alessandro (relatore), *La narrazione della malattia oncologica: un'analisi antropologica*, Corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2008.

FAZION Daniela, LUPO Alessandro (relatore), *Figlie che diventano madri…*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

LODI Massimiliano, RICCI Antonello (relatore), FARANDA Laura (co-relatore), *L'archivio e lo specchio. Fotografia e pratiche mediche*, Corso di laurea specialistica in discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

MILANO Chiara, LUPO Alessandro (relatore), *La medicina tradizionale a Cuetzalan (Messico). Processi di professionalizzazione e legittimazione*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2004.

MORANTE Caterina, LUPO Alessandro (relatore), *Etnografia della salute mentale: un'esperienza nel grossetano*, Corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2008.

PISANO Annalisa, LUPO Alessandro (relatore), *Pratiche e saperi delle levatrici tradizionali in Guatemala (San Carlos Alzatate)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2007.

QUARTA Barbara, SCHIRRIPA Giuseppe Domenico (relatore), DI CRISTOFARO LONGO Gioia (co-relatore), *Psichiatrie e psicoterapie: l'esperienza psicoterapeutica nella subfavela di Quatro Varas*, Corso di laurea in sociologia (tesi di laurea in Etnologia), Facoltà di sociologia, 2004.

RUSSO Davide, LUPO Alessandro (relatore), *I Chontal di San Pedro Huamelula in un contesto di pluralismo medico*, Corso di laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

SALVATI Valentina, LUPO Alessandro (relatore), *La possessione spiritica come disturbo dissociativo: l'inutilità di una classificazione*,

23-(Osserv) Tesi.pmd 552 02/11/2010, 16.22

Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2004.

SEGNERI Maria Concetta, LUPO Alessandro (relatore), *Le Modificazioni Genitali Femminili: proposte alternative, loro accoglimento e considerazioni metodologiche dal punto di vista dell'antropologia*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 2005.

VOLPE Giampiero, LUPO Alessandro (relatore), *Ginecologia ed embriologia ippocratica nel loro contesto socio-culturale: alcune riflessioni antropologiche*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, anno accademico 2004.

■ *Università degli studi di Siena, Dipartimento di filosofia e scienze sociali - École des hautes études en sciences sociales (Paris)*

□ tesi di dottorato

RIBEIRO COROSSACZ Valeria, SOLINAS Pier Giorgio - GARCIA Afrânio jr. (tutors), *Il corpo della nazione. Classificazione razziale e gestione sociale della riproduzione in un ospedale pubblico di Rio de Janeiro*, Dottorato di ricerca in metodologie della ricerca etnoantropologica (XV ciclo) - Doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, 2002.

Norme per i collaboratori

Comunicazioni

- Ogni comunicazione per la rivista deve essere inviata a:
  AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica
  presso la Fondazione "Angelo Celli" per una cultura della salute
  posta: ex monastero di Santa Caterina Vecchia,
  strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia)
  telefono e fax: 075/41508 (*dall'estero:* +39/075/41508)
  075/5840814 (*dall'estero:* +39/075/5840814)
  e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it
  sito web: www.antropologiamedica.it

Invio dei contributi

- Il testo fornito dagli Autori deve essere di norma elaborato con programmi Word e giungere per e-mail all'indirizzo redazioneam@antropologiamedica.it, possibilmente, sia per via postale in versione cartacea all'indirizzo: ex monastero di Santa Caterina Vecchia, strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia (Italia). Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute.

- Il testo fornito dall'Autore viene considerato definitivo e completo di ogni sua parte. La correzione delle bozze di stampa sarà effettuata dalla Redazione (salvo diverso accordo con l'Autore) e concernerà i soli errori di composizione.

- Al testo vanno aggiunti un *Riassunto* (abstract) di non più di 1500 battute nella lingua del testo (e, possibilmente, la sua traduzione nelle altri lingue in cui i riassunti vengono pubblicati: italiano, francese, spagnolo, inglese) ed una *Scheda sull'Autore* (biobibliografica) tra le complessivamente 1500 e le 3000 battute (corredata da luogo e data di nascita e da un recapito).

- Il nome (indicato per esteso) e il cognome dell'Autore insieme alla sua attuale qualifica principale, vanno anche collocati sotto il titolo del contributo.

- La Direzione della rivista, di intesa con il Comitato di redazione ed i Referees, può suggerire agli Autori possibili intervenuti sui testi dei contributi ed è comunque la sola responsabile per ogni decisione definitiva in merito alla loro accettazione. I contributi non pubblicati non verranno restituiti.

Convenzioni grafiche

- Si richiede agli Autori di adottare le convenzioni grafiche qui di seguito indicate.
  - Per le denominazioni (sostantivi) dei gruppi etnico-culturali, linguistici, religiosi, politico-ideologici, va usata di norma la iniziale maiuscola (esempi: i Fenici, i Melanesiani, gli Europei, i Bororo [ma gli Indiani bororo o le comunità bororo], i Pentecostali).
  - Per le denominazioni di istituzioni, enti, associazioni, società scientifiche e altre strutture collettive, va usata di norma la iniziale maiuscola solo per la prima parola (esempi: Società italiana di antropologia medica, Istituto di etnologia e antropologia culturale della Università degli Studi di Perugia). Le relative sigle vanno invece date in maiuscoletto (esempio: SIAM) salvo nel caso in cui siano da tenere in conto anche eventuali articoli, congiunzioni o preposizioni (esempio: Comitato di redazione = CdR).
  - Per le denominazioni di periodi storico-cronologici va usata l'iniziale maiuscola (esempi: il Rinascimento, il Medioevo, l'Ottocento, il Ventesimo secolo [oltreché, evidentemente, XX secolo]).
  - I termini in dialetto o lingua straniera, ove non accolti nella lingua del testo, vanno posti in corsivo.
  - I termini di cui si vuol segnalare l'utilizzo di una accezione particolare vanno posti tra virgolette in apice (“ ”).
  - Le citazioni, isolate o meno dal corpo del testo, vanno poste tra virgolette caporali (« »). Le citazioni da testi in lingua straniera – che vanno comunque poste, come si è detto, tra virgolette caporali – possono essere mantenute nella lingua originale, fornendone in questo caso, almeno in nota, la traduzione italiana. Ove la citazione sia mantenuta nella lingua originale, la sua collocazione tra virgolette caporali esime dalla traduzione del testo in forma corsiva.
  - Le note, complessivamente precedute dall'indicazione *Note* e numerate in progressione, vanno fornite a fine testo (e non a pie' di pagina), prima dei *Riferimenti bibliografici* o di una vera e propria *Bibliografia*. I numeri d'ordine delle singole note, e gli stessi rimandi alle note nel testo dell'articolo, vanno posti in apice, in corpo minore, tra parentesi tonde: esempio: [(3)].

Normativa per i rinvii bibliografici nel testo e nelle note

- Nei richiami collocati nel testo oppure in nota con funzione di rinvio ai *Riferimenti bibliografici* o ad una vera e propria autonoma *Bibliografia*, si richiede che gli Autori adottino le convenzioni qui di seguito indicate.
  - Fra parentesi tonde vanno inseriti cognome (maiuscoletto) e nome (puntato) dell'autore o curatore, la data di pubblicazione dell'opera e, nel caso di citazioni o riferimenti specifici, il numero della/e pagina/e preceduto dal segno grafico dei due punti e da uno spazio. Esempi: (DE MARTINO E. 1961) (DE MARTINO E. 1961: 19) e (DE MARTINO E. 1961: 19-22).

- Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate in anni diversi: (DE MARTINO E. 1949, 1950). Per richiami relativi a più opere del medesimo autore pubblicate nel medesimo anno: (DE MARTINO E. 1948a, 1948b).
- Per richiami ad opere pubblicate in più edizioni: l'anno dell'edizione utilizzata seguito, tra parentesi quadra, dall'anno della prima edizione (DE MARTINO E. 1973 [1948]). Per richiami ad opere pubblicate in traduzione: l'anno dell'edizione utilizzata (tradotta) seguito, tra parentesi quadra, dall'anno dell'edizione originale (NATHAN T. 1990 [1986]).
- Per richiami relativi ad opere di più autori: (GOOD B. - DELVECCHIO GOOD M.-J. 1993). nel caso di più di tre autori, nel richiamo può essere indicato solo il primo autore seguito da *et al.* (CORIN E.E. *et al.*), mentre in bibliografia devono tutti comparire.
- Per richiami relativi a differenti opere di differenti autori: (DE NINO A. 1891, PITRÈ G. 1896, ZANETTI Z. 1892).
- Per richiami relativi ad opere predisposte da un curatore: (DE MARTINO E. cur. 1962). Da più curatori: (LANTERNARI V. - CIMINELLI M. L. curr. 1998).

Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia

- Nella costruzione dei *Riferimenti bibliografici* cui si rinvia dal testo del contributo o anche da una sua nota, si richiede che gli Autori forniscano almeno le informazioni previste dalla esemplificazione qui di seguito proposta.
  - Libri
    - DE MARTINO Ernesto (1948), *Il mondo magico*, Einaudi, Torino.
    - DE MARTINO Ernesto (1973 [1948]), *Il mondo magico*, III ediz., introduzione di Cesare CASES, Boringhieri, Torino [I ediz.: Einaudi, Torino, 1948].
    - DE NINO Antonio (1879-1897), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., Barbera, Firenze.
    - DE NINO Antonio (1891), *Usi e costumi abruzzesi*, 6 voll., vol. V. *Malattie e rimedii*, Barbera, Firenze.
    - DE NINO Antonio (1965 [1879-1897]), *Usi e costumi abruzzesi*, ristampa anastatica della ediz. orig., 6 voll., Leo S. Olschki Editore, Firenze [ediz. orig.: Barbera, Firenze, 1879-1897].
    - NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, s.l. [ediz. orig.: *La folie des autres. Traîté d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
    - FRIGESSI CASTELNUOVO Delia - RISSO Michele (1982), *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino.
    - CORIN Ellen E. - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repère pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
    - BASTANZI Giambattista (1888), *Le superstizioni delle Alpi Venete*, con una lettera aperta al prof. Paolo Mantegazza, Tipografia Luigi Zoppelli, Treviso / in particolare: *Superstizioni agricole*, pp. 141-146; *Superstizioni mediche (Superstizioni relative ai rimedii alle malattie e alle virtù curative di certe persone)*, pp. 163-189.

□ Opere collettive

- DE MARTINO Ernesto (curatore) (1962), *Magia e civiltà*, Garzanti, Milano.
- GALLI Pier Francesco (curatore) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.
- *Enciclopedia delle religioni* (1970-1976), 6 voll., Vallecchi, Firenze.
- MAUSS Marcel (1965 [1950]), *Teoria generale della magia e altri saggi*, avvertenza di Georges GURVITCH, introduzione di Claude LÉVI-STRAUSS *(Introduzione all'opera di Marcel Mauss)*, traduz. dal francese di Franco ZANNINO, presentazione dell'edizione italiana di Ernesto DE MARTINO, Einaudi, Torino.

□ Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo autore

- GOOD Byron - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- BELLUCCI Giuseppe (1912), *Sugli amuleti*, pp. 121-127, in SOCIETÀ DI ETNOGRAFIA ITALIANA, *Atti del Primo congresso di etnografia italiana. Roma, 19-24 ottobre 1911*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia.
- DI NOLA Alfonso M. (1972), *Malattia e guarigione*, coll. 2-15, 2 tavv. f.t., in *Enciclopedia delle religioni*, 6 voll., vol. IV, Vallecchi, Firenze.
- TAMBIAH Stanley Jeyaraja (1985), *A Thai cult of healing through meditation*, pp. 87-122, in TAMBIAH Stanley Jeyaraja, *Culture, thought, and social action. An anthropological perspective*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts) - London [ediz. orig. del saggio: *The cosmological and performative significance of a Thai cult of healing through meditation*, "Culture, Medicine and Psychiatry" vol. I, 1977, pp. 97-132].

□ Opere collettive in periodici

- LÜTZENKIRCHEN Guglielmo (curatore) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", vol. IX, fasc. 2-3, maggio-dicembre 1991, pp. 58-213.

□ Contributi individuali entro opere collettive in periodici

- PRINCE Raymon (1982), *Shamans and endorphins: hypotheses for a synthesis*, pp. 409-423, in PRINCE Raymond (curatore), *Shamans and endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", vol. 10, n. 4, inverno 1982.

□ Articoli in periodici

- DE MARTINO Ernesto (1956), *Crisi della presenza e reintegrazione religiosa*, "Aut-Aut", n. 31, 1956, pp. 17-38.
- DE MARTINO Ernesto (1949), *Intorno a una storia dal mondo popolare subalterno*, "Società", vol. V, n. 3, settembre 1949, pp. 411-435.
- BELLUCCI Giuseppe (1910), *La placenta nelle tradizioni italiane e nell'etnografia*, "Archivio per l'Antropologia e la Etnologia", vol. XL, fasc. 3-4, 1910, pp. 316-352.

- DE MARTINO Ernesto (1942-1946), *Percezione extrasensoriale e magismo etnologico*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni", vol. XVIII, 1942, pp. 1-19, vol. XIX-XX, 1943-1946, pp. 31-84.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1985), *Aproximación crítica al desarollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", vol. VII, n. 28, ottobre 1985, pp. 11-27.

- Nota bene: Le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale. Vanno invece dati in italiano termini come: curatore / presentazione, introduzione, avvertenza, postfazione / traduz. dall'inglese di ... / ristampa, II ediz. rivista, ediz. orig., / nuova serie, vol., fasc., n., ottobre-dicembre, estate.

- I *Riferimenti bibliografici* di fine contributo vanno organizzati per ordine alfabetico in relazione al cognome dell'autore o curatore.

  - Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati in anni diversi, i riferimenti vanno roganizzati per ordine cronologico. Nel caso di più lavori di uno stesso autore o curatore pubblicati nel medesimo anno, i riferimenti vanno organizzati per ordine alfabetico (in base al titolo) e le date vanno contrassegnate con lettere minuscole progressive: esempio: (1990a) e (1990b).

  - Nel caso di un lavoro prodotto da più autori o curatori, i riferimenti vanno collocati *dopo* quelli in cui il primo autore compare da solo. Nel caso in cui il primo autore compaia in differenti lavori con differenti co-autori, la collocazione alfabetica terrà in conto ciascun insieme di co-autori: esempio: *prima* BIANCHI M. - ROSSI C., *poi* BIANCHI M. - ROSSI C. - NERI F. *e poi* BIANCHI M. - VERDI G.

  - Nel caso in cui un autore risulti *anche* curatore di altro o altri lavori, questi ultimi vanno ordinati *dopo* quelli in cui egli è autore.

Altre norme bibliografiche

- Laddove i lavori indicati in una vera e propria *Bibliografia*, non costituiscano cioè oggetto di rinvio dal testo o da una nota e non siano dunque *riferimenti bibliografici*, la indicazione relativa alla data di pubblicazione può essere data anche in questo caso entro parentesi, dopo la indicazione dell'autore, o essere invece data dopo il luogo di edizione. Lo stesso vale nel caso di singole indicazioni bibliografiche isolate.

- Per i contributi destinati a rubriche come *Repertori* o *Osservatorio* – curati redazionalmente o direttamente commissionati a singoli collaboratori – possono volta a volta valere nella costituzione delle schede bibliografiche criteri integrativi finalizzati a fornire un maggior numero di informazioni relative alle pubblicazioni (ad esempio le pagine complessive del volume o la sua eventuale collocazione in una collana editoriale) ovvero altri criteri concernenti invece materiali diversi quali tesi di laurea o di dottorato oppure documenti filmici o videomagnetici. Tali criteri saranno comunicati per tempo ai singoli collaboratori cui il contributo viene richiesto.

Direttore responsabile
Tullio Seppilli

Direzione e Redazione
AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica
c/o Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
ex Monastero di Santa Caterina Vecchia
strada Ponte d'Oddi, 13
06125 Perugia (Italia)
tel. e fax: (+39) 075/41508 e (+39) 075/5840814
e-mail: redazioneam@antropologiamedica.it

Proprietà della testata
Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
ex Monastero di Santa Caterina Vecchia
strada Ponte d'Oddi, 13
06125 Perugia (Italia)
tel. e fax: (+39) 075/41508 e (+39) 075/5840814
e-mail: fondazionecelli@antropologiamedica.it
sito web: www.antropologiamedica.it
partita IVA: 01778080547

Editore
ARGO Editrice s.c.r.l.
corte dell'Idume, 6
73100 Lecce (Italia)
tel.: (+39) 0832/241595
fax: (+39) 0832/303630
e-mail: info@argoeditrice.it
sito web: www.argoeditrice.it
partita IVA: 02600260752

Stampa
Stabilimento Tipografico «Pliniana»
viale Francesco Nardi, 12
06016 Selci Lama (prov. di Perugia, Italia)
tel.: (+39) 075/8582115
fax: (+39) 075/8583932
e-mail: st.pliniana@libero.it

Promozione e distribuzione
PDE

Come acquisire *AM*

modalità di pagamento (ad Argo Editrice s.c.r.l.) mediante:

- carta di credito (VISA o MASTERCARD) ordinando sul sito www.argoeditrice.it
- accredito sul conto corrente bancario n. 1513931 intestato a Argo Editrice, presso la Unicredit, viale Leopardi, 132 – 73100 Lecce (Italia) [Abi 02008 - Cab 16002]
- compilazione del bollettino di conto corrente postale n. 478735 intestato a Argo Editrice, corte dell'Idume, 6 – 73100 Lecce (Italia) [Abi 07601 - Cab 16000]

costo:

- fascicolo doppio: Italia e Paesi della Unione europea € 31,00
  altri Paesi US$ 60
- fascicolo doppio arretrato: Italia e Paesi della Unione europea € 37,00
  altri Paesi US$ 70
- fascicolo singolo: Italia e Paesi della Unione europea € 18,00
  altri Paesi US$ 35
- fascicolo singolo arretrato: Italia e Paesi della Unione europea € 21,00
  altri Paesi US$ 40
- abbonamento annuo (due numeri l'anno): Italia e Paesi della Unione europea € 31,00
  altri Paesi US$ 60

per i Soci SIAM il versamento della quota associativa annuale comprende il diritto a ricevere direttamente questa rivista

Autorizzazione del Tribunale di Lecce n. 630 del 3 aprile 1996

Quanto espresso nei contributi originali pubblicati in *AM* impegna soltanto la responsabilità dei singoli Autori

Finito di stampare nel mese di ottobre 2010
dallo Stabilimento Tipografico « Pliniana »
Viale F. Nardi, 12 – 06016 Selci-Lama (PG)

25-Direttore responsabile.pmd 560 02/11/2010, 16.22