

AMI



52 / dicembre 2021

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

Ambainde TEMBINI (Donoban, Ondugu, Mali), accanto ai suoi feticci. Qui Ambainde è intento a preparare delle piccole strisce di cotone: dopo aver raccolto su di esse qualche goccia di sangue della paziente, le inchiederà su un albero-altare, “fissando” su quest’ultimo il male. (Foto: © Roberto Beneduce, 2008)



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

AM

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

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

52

dicembre 2021
December 2021



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

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

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

Comitato scientifico

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

Comitato tecnico

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

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

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

Advisory Board

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

Technical Board

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

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

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



Indice
Contents

n. 52, dicembre 2021

n. 52, December 2021

Editoriale
Editorial

- 9 Giovanni Pizza
AM 52: Un numero "miscelaneo"
AM 52: A "Miscellaneous" Issue

Saggi

- 11 Laura Faranda
L'eredità intellettuale di Piero Coppo. Dai guaritori dell'altopiano Dogon all'etnopsichiatria radicale
The Intellectual Legacy of Piero Coppo. From Upland's Dogon Healers to Radical Ethnopsychiatry
- 31 Eduardo L. Menéndez
Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan. Una reinterpretación de la medicina tradicional
Social Relationships Heal, but They Also Sicken, Kill and Control. A Reinterpretation of Traditional Medicine

Ricerche

- 77 Corinna Sabrina Guerzoni
Fertility Narratives: An Experimental Project of Applied Anthropology within a Fertility Clinic of Southern California
Fertility Narratives: un progetto sperimentale di antropologia applicata all'interno di una clinica di fertilità californiana
- 97 Niccolò Martini
Effigie della mortalità. Analisi dello spazio culturale dell'eutanasia attraverso la prospettiva dei medici dell'Emilia-Romagna
Effigy of Mortality: Analysis of the Cultural Space of Euthanasia through the Perspective of Emilia-Romagna Physicians
- 129 Marcela Perdomo
Me Possessed? Interpreting Spirit Possession through Ethnographic Reflexivity: An Afro-Honduran Case Study
Io posseduta? Un'interpretazione della possessione spiritica attraverso la riflessività etnografica.
Un caso di studio afro-honduregno

Ricerche

- 157 Silvia Stefani
È possibile migliorare i dormitori? Note dall'accoglienza "a bassa soglia" durante l'emergenza pandemica
Can the Shelters Be Improved? Notes from "Low-Threshold" Services During the Pandemic Emergency
- 189 Gioele Zisa
Medicina babilonese e antropologia medica. Sull'efficacia delle terapie per il ripristino del desiderio sessuale maschile in Mesopotamia
Babylonian Medicine and Medical Anthropology. On the Efficacy of the Therapies for the Recovery of Male Sexual Desire in Mesopotamia
- 223 Paolo Zuppi, Junia Klein, Carlo Resti, Elisabetta Rossi, Marta Casini
Il paziente accompagnatore: Dante incontra Virgilio
The Accompanying Patient: Dante Meets Virgil

Recensioni

Donatella Cozzi, *La cura della longevità. Elementi per una antropologia dell'invecchiamento / The Cure for Longevity: Elements for an Anthropology of Aging* [Marta Scaglioni e Francesco Diodati (eds.), *Antropologia dell'invecchiamento e della cura: prospettive globali*], p. 237 • Renato Foschi, *Verso il Sud. La collaborazione fra de Martino e Servadio / Towards the South. The Collaboration Between de Martino and Servadio* [Emilio Servadio, *In viaggio con de Martino nella Lucania rurale tra magia e medicina popolare*], p. 242 • Salvatore Giusto, *La "Grande Trasformazione"? Pandemia, governamentalità e stato sociale nell'Italia dei lockdown sanitari / The "Great Transformation"? Pandemic, Governmentality, and Social Democracy in Locked-Down Italy* [Giorgio Agamben, *A che punto siamo? L'epidemia come politica*; Chiara Moretti, *Il Senso della Colpa ai tempi del Covid-19*], p. 248 • Pompeo Martelli, *Interrogare il senso della crisi. La Consultazione Culturale / Examining the Crisis' Meaning: A Cultural Consultation* [Laurence J. Kirmayer, Jaswant Guzder, Cécile Rousseau (eds.), *La Consultazione Culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*], p. 257 • Marta Scaglioni, *Care in (Eastern) Germany. From Socialism to the Privatization of Social Welfare / La cura in Germania (Orientale). Dal socialismo alla privatizzazione dei servizi sociali* [Tatjana Thelen, *Care/Sorge. Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen*], p. 261.

Editoriale

AM 52: Un numero “miscellaneo”

Giovanni Pizza

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

Questo numero 52 di AM non ha sezioni monografiche e costituisce pertanto, come e forse più di altri, un carotaggio di ciò che la rivista è stata e intende essere: un periodico scientifico che pubblica scritti differenti orientati allo studio delle diverse culture del mondo contemporaneo e che hanno a che fare con questa fortunata branca specialistica dell'antropologia generale, l'antropologia medica. “Miscellaneo” è l'attributo che abbiamo dato, tradizionalmente, a questo fascicolo che raccoglie una varietà di temi e di autorialità, riconducibili, per diverse vie, all'antropologia medica italiana e internazionale, quella fondata, nel nostro Paese, da Tullio Seppilli nei primi anni Cinquanta del secolo scorso.

Piero Coppo, che purtroppo recentemente è venuto a mancare, è stato vicinissimo al nostro fondatore e a noi. Pertanto desidero manifestare la mia gratitudine a Laura Faranda, per avergli dedicato il saggio che apre questo numero “miscellaneo”, non tanto come dovuto ricordo, quanto per affermare il grande contributo che Coppo ci ha dato. Desidero ringraziare anche Roberto Beneduce il quale, proprio in omaggio alla memoria di Piero, ci offre una foto del proprio terreno dogon che abbiamo posto in copertina, e sono grato molto a Eduardo Menéndez, maestro dal Messico dell'antropologia medica mondiale, del quale pubblichiamo la relazione tenuta alla prima presentazione di AM a Roma, in presenza, tra gli altri, del Presidente SIAM, Alessandro Lupo, e della Presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli, Cristina Papa.

Ho definito l'antropologia medica una subdisciplina “fortunata” perché lo penso: siamo stati veramente fortunati a incontrare sulla nostra strada persone del calibro di Tullio Seppilli e non ci scorderemo mai di ricordare il fondatore italiano di questi studi, al quale va la nostra memoria collettiva.

Si prosegue poi con le ricerche di Corinna Guerzoni, sulle narrazioni della fertilità e le loro articolate eterocronie, di Niccolò Martini sull'eutanasia, un tema attuale e complesso, di Marcela Perdomo, sui rituali di possessione in Honduras, argomento che andrà ripreso prossimamente anche per l'Europa, di Silvia Stefani, sul cosa ne è ora dell'accoglienza "a bassa soglia", durante la pandemia a Torino, di Gioele Zisa che, fra antropologia medica e religiosa, ben approfondisce una questione hittita che nei primi anni Ottanta del secolo scorso, fu testata, comparativamente da Alfonso Maria di Nola, e infine del medico Paolo Zuppi, che ora mette insieme diversi operatori per affrontare la questione clinica del rapporto medico-paziente in una chiave pienamente interdisciplinare.

Presentiamo poi recensioni ampie e articolate: sono il nostro modo per affrontare, pluralisticamente, il dibattito in questa disciplina specialistica, che in questo caso volge l'attenzione sia al momento della pandemia contemporanea da Covid-19 sia all'antropologia psichiatrica.

Speriamo così, anche con questo numero "miscellaneo", di avere offerto un ampio ventaglio di temi e problemi.

A presto e... Buon Anno 2022!

L'eredità intellettuale di Piero Coppo

Dai guaritori dell'altopiano Dogon all'etnopsichiatria radicale

Laura Faranda

Sapienza Università di Roma
[laura.faranda@uniroma1.it]

Abstract

The Intellectual Legacy of Piero Coppo. From Upland's Dogon Healers to Radical Ethnopsychiatry



Piero Coppo, novembre 2020,
Isola di Capraia (foto di Lella Pisani).

Piero Coppo (1940-2021), psychiatrist, psychotherapist, contributed with his studies and research to the theoretical and methodological advancement of ethnopsychiatry and to the recognition of its applicative potential. His continuous dialogue with cultural anthropology shed light on common ancestors and overlooked affinities among the two disciplines. During his whole career and especially in the last decade, Coppo encouraged the foundation of a “radical” ethnopsychiatry (aware of and deeply connected with its political implications), sensitive to the transformation brought by globalization and open to new possibilities of listening and intervening, devised to be used in case conceptualization and treatment planning in different cultural contexts, “here and elsewhere”. This paper aims at showing the results of the work of Piero Coppo retracing his forty-year-long intellectual journey.

Keywords: ethnopsychiatry, migrations, mental health, traditional healers, Mali

Se oggi in Italia, e non solo, l'interesse per l'etnopsichiatria è così vivo, è [...] anche perché se ne intravedono l'intenzione e la portata, del tutto coerenti con ciò che c'è e ci sarà da fare nelle inedite condizioni in cui, come essere umani, ci troviamo e ci troveremo in occasione dei passaggi, non certo facili, che ci attendono (COPPO 2013: X).

Con questa intuizione Piero Coppo apriva *Le ragioni degli altri*, un volume generato da un confronto con altri addetti ai lavori e dallo scambio con

altri psicoterapeuti nel corso di un seminario tenutosi nel 2011 nell'isola greca di Spetses.

Consegnato alle stampe dopo quasi quarant'anni di attività di ricerca, il libro potrebbe essere accolto come il giro di boa già annunciato nella lunga navigazione di Coppo lungo i percorsi di una sofferenza psichica che esigeva – prima ancora che uno statuto disciplinare – uno scenario di senso coerente con i gruppi umani che la sperimentavano e cercavano di curarla. L'introduzione – quasi un viatico per un viaggio di cui si anticipano rotte e insidie – andrebbe letta a sua volta come una sorta di carta nautica che informa sulle esperienze pregresse del timoniere, che rassicura sulla stabilità dei suoi ancoraggi disciplinari e sull'abilità nell'intrecciare i "nodi" che di volta in volta consentono l'approdo al dialogo interdisciplinare.

In quelle pagine, per cominciare, Piero Coppo si racconta. Giovane psichiatra, sul finire degli anni Sessanta del Novecento, dopo aver completato la scuola di specializzazione in neuropsichiatria, dopo aver sperimentato la "poca scienza e la scarsa compassione" nelle camerate dei manicomi italiani, lavora per due anni in una clinica svizzera d'impostazione psicoanalitica e di scuola freudiana. Inizia un'analisi di formazione, si avvicina all'orientamento psicodinamico e torna in Italia, dove nel frattempo l'esperienza di Franco Basaglia e del suo gruppo comincia a riscuotere echi e risonanze inattese. Gli anni Settanta del secolo scorso saranno anni decisivi, accidentati, contrassegnati da una militanza politica le cui derive (le stragi di Stato prima e il delitto Moro poi) costringeranno i movimenti della sinistra extraparlamentare a una opzione forzata tra l'antagonismo armato e la ritirata regressiva.

Ciò che avvenne poi, affermandosi sulle spoglie di un movimento finito [...], fu quel rapido processo di rinnovamento del sistema di dominio che accompagnò il passaggio dalla modernità all'ipermodernità. Davanti alla progressiva chiusura dell'orizzonte, reggendo a fatica il clima pesante della sconfitta (che si traduceva nelle vite di molti in crisi esistenziali a volte senza ritorno), alcuni di noi, quelli che potevano farlo, si rivolsero altrove (pp. 13-14).

Insofferente alla prospettiva di un ritiro a vita privata, abbandonata la fantasia del camice bianco come strumento di espiazione, Coppo consegna a una macchina fotografica la promessa di nuove visioni e intraprende un primo viaggio in Africa subsahariana con l'obiettivo di produrre per un'agenzia di Milano alcuni *reportage* su cerimonie e riti tradizionali. Il primo approdo in Mali si consegna quindi, significativamente, a una

presenza che obbedisce alle strategie dell'occhio, alla centralità del paradigma visuale. Alle immagini di questa prima spedizione succederanno altri momenti intensi di presa diretta sapiente, riconoscente, pragmatica, "poietica". L'archivio video-fotografico che testimonia i suoi lunghi anni di ricerca, al di là della vocazione documentaria, esplicita la sua pazienza etnografica, l'insofferenza verso ogni forma di enfasi iconografica, ma soprattutto la fiducia nelle potenzialità di una sospensione ermeneutica che solo l'esercizio dello sguardo talora esige e autorizza.

Ma se è vero che il fuoco di un obiettivo fotografico e le intuizioni percettive di chi vi vi posa l'occhio obbediscono, in prima istanza, all'apertura di campo della visione, non meno vero è che solo gli occhi della mente vedono davvero.

Cosa vede Piero Coppo, con gli occhi e con la mente, nei primi piani dei volti immortalati sull'altopiano di Bandiagara? Forse anzitutto la compostezza ieratica di chi ha imparato a dialogare con la "follia degli altri" e ne porta, eloquenti, i segni sul corpo. A orientarlo sulla Falesia è un infermiere incontrato a Bamako, nella divisione psichiatrica di un ospedale della capitale che ospitava, in un capannone recintato, rinchiusi in condizioni inumane, più di 400 uomini e donne considerati folli, abbandonati dalle famiglie e affidati a lui e a pochi inservienti.

Intervistai l'infermiere del manicomio: mi disse che, se volevo sapere cosa succedeva della follia in quel paese, dovevo incontrare i guaritori tradizionali, contadini e pastori che erano stati iniziati ai sistemi tradizionali di presa in carico della follia. Erano loro il primo ricorso delle famiglie. Uno, famoso, veniva addirittura chiamato nella capitale dal presidente della repubblica, quando aveva bisogno di consigli, divinazioni e cure. Abitava in un villaggio a 700 km a nord-est della capitale.

Ho incontrato il vecchio Sagara Kasselem, contadino e guaritore, nel suo villaggio sull'altopiano di Bandiagara e da lì è nata una storia personale e professionale non ancora finita (p. 15).

Il primo incontro con Kasselem risale al 1977. A Bandiagara e fra i Dogon Coppo troverà un ormeggio intermittente per quasi quarant'anni: approdi lunghi e necessari, per mettere a giorno la rivelazione di altri possibili dispositivi terapeutici e l'ambizione a quell'etnopsichiatria radicale (e immediatamente politica) di cui ne *Le ragioni degli altri* si fa portavoce.

Altri modi di ascoltare e di curare

I giorni trascorsi nella Falesia con l'anziano guaritore di follia producono un'inattesa riconciliazione con il mestiere di medico, psichiatra e psicoterapeuta.

Non c'era, in quel terapeuta, nessuna chiusura, giudizio o difesa inutile. Mai le tecniche, gli strumenti, i concetti, i rimedi venivano usati per prendere distanza, per evitare la prossimità e il contatto, per non dover ascoltare e comprendere quella sofferenza. [...] Saltare al di là del limite tra ragione e sragione non era in quel mondo una via senza ritorno, ma una normale esperienza umana che si trattava di capire e a volte si poteva addirittura valorizzare. [...] Se si poteva affrontare l'alterità estrema (e, come poi ho scoperto, altre manifestazioni della sofferenza e della stessa morte) come lo facevano Sagara Kasselem e gli altri come lui, allora c'erano un modo e la possibilità di impararlo. Un nuovo interesse, da medico e non più solo da studioso e documentarista, mi spingeva adesso verso tutti i saper-fare, i diversi dispositivi messi a punto in altre culture per pensare e trattare ciò che in medicina chiamiamo malattie o disturbi mentali. [...] Mi sentivo non il rappresentante della scienza, di una verità che avrebbe dovuto essere imposta al mondo intero; ma un artigiano pieno di ammirazione per il mestiere di altri artigiani (pp. 16-17).

Nei decenni a seguire, quella che appariva un'ambizione visionaria diventerà per Coppo articolazione intelligente, confronto paritetico tra sistemi terapeutici diversi e al tempo stesso coraggiosa sfida intellettuale alle certezze nosografiche della psichiatria occidentale, alla presunta univocità delle nozioni di cura e guarigione.

Il ritorno in Europa, nei primi anni Ottanta, coincideva peraltro con una stagione favorevole di ripensamento critico e di rinnovamento politico della comunità scientifica, con una attenzione urgente e rinnovata – in merito a variazioni e inferenze culturali delle strutture psicologiche e dei fenomeni psicopatologici – alle potenzialità di uno sguardo avvertito su altri mondi e altri sistemi di cura.

L'insieme di queste spinte e soprattutto la convergenza di interessi tra l'Institut National Recherches en Santé Publique del Mali, la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero Affari Esteri e l'Istituto di Psicologia del CNR italiano favoriranno l'attuazione di un progetto che ancora oggi conserva carattere di straordinarietà: la realizzazione del Centro Regionale di Medicina Tradizionale di Bandiagara, un organismo multidisciplinare destinato a diventare un'istituzione e un polo di attrazione di fama internazionale. Coppo torna in Mali nel 1984 per studiare la fattibilità del

progetto e tra il 1986 e il 1990 coordina il gruppo internazionale che ne varerà la nascita.

Il progetto dell'edificio è affidato a Fabrizio Carola, l'ideatore dell'ospedale di Keidi in Mauritania e del palazzo del re nel film *Cobra verde* di Herzog. Questo architetto ama le forme tonde e le linee curve, detesta ferro e cemento e rifugge da una deforestazione forzata, in un altopiano già arido. Concepirà la struttura del Centro utilizzando il sistema statico di volte, cupole e archi in pietra affiancati. Dopo aver constatato che la struttura si reggeva da sé, resistendo alle piogge e alle tempeste di *harmattan*, gli operai maliani impegnati nella costruzione attribuiranno a Carola (e per estensione a tutti gli italiani) il titolo di "grandi muratori". L'imponente portone d'accesso viene scolpito dal migliore fabbro di un villaggio vicino: nei bassorilievi dei battenti si affollano scene di vita e di morte, maschere e animali sacrificali, guerrieri e schiavi, giovani e grandi anziani, grotte utilizzate come rifugi. Gli edifici del Centro sono disposti secondo il principio dei cerchi concentrici: dalle semicupole delle sale d'attesa ai diversi locali che si affacciano sul chiostro, anch'esso circolare, si evince il desiderio di tenere assieme una costellazione di spazi, saperi e simboli.

Nei sei anni che intercorrono tra l'ideazione e la realizzazione del Centro si costituisce un gruppo di lavoro coordinato da Coppo. Medici, antropologi, etno-linguisti, etno-psichiatri si alternano e collaborano al progetto: ricordo qui, fra gli altri, Roberto Lionetti, Giorgio R. Cardona, Barbara Fiore, Roberto Beneduce, Raffaello Misiti. L'apporto e la co-presenza di Lelia Pisani saranno preziosi e costanti. Vengono censiti, per cominciare, circa 400 terapeuti tradizionali.

Gli archivi conservano le loro schede: le malattie trattate, come hanno acquisito il sapere, se sono disposti a collaborare con le strutture della sanità, quanti malati, e provenienti da dove, curano in un mese, i rimedi che hanno voluto comunicare [...]. Ci sono le cartelle cliniche dei pazienti venuti al Centro per farsi curare e di quelli seguiti mentre erano in cura presso terapeuti dell'altopiano. Ci sono i nastri con interviste a uomini, donne, vecchi, guaritori, malati, familiari, indovini, sacerdoti totemici e islamici; e video con gesti terapeutici, visi di pazienti, dialoghi negli ambulatori, massaggi delle madri ai bambini, riti propiziatori, di protezione e ringraziamento (COPPO 1994: 22).

Mi soffermo su questa prima stagione maliana, sia per valorizzare la sovranità della prospettiva "artigianale" entro cui matura l'adesione convinta di Coppo a un'etnopsichiatria costruttivista e radicale; sia perché mi sono confrontata in prima persona, a vent'anni dall'atto fondativo, con la vita e

con le attività del Centro. Negli anni compresi tra il 2005 e il 2009, ho condiviso con Piero Coppo e con Lelia Pisani il progetto di valorizzazione e riversamento digitale di una cospicua parte di quel materiale documentario. Abbiamo proceduto alla catalogazione progressiva, all'inserimento su database del materiale digitale e alla stesura di una lista di argomenti trattati; abbiamo realizzato un primo lavoro di riordino e salvaguardia dell'archivio cartaceo, che comprendeva faldoni tematici su specifiche malattie, sintesi dei seminari di studio, rapporti del lavoro svolto presso il Centro da studiosi italiani e francesi, cartelle informative dei malati e soprattutto una copiosa documentazione relativa all'esperienza di collaborazione del Centro con i terapeuti tradizionali, che forniva preziose informazioni sulle interpretazioni locali delle malattie e su una pratica continuativa del dialogo e di mediazione tra medicina convenzionale e tradizionale promosso dal CRMT. In seguito a un accordo di collaborazione scientifica tra l'Università di Roma "Sapienza" e il direttore del Centro, presso il Laboratorio di antropologia visiva "Diego Carpitella" (Dipartimento di Storia Antropologia Religioni Arte Spettacolo) sono attualmente disponibili alla consultazione circa duecento ore di interviste ai terapeuti tradizionali e più di cento ore di videoregistrazioni di attività terapeutiche e rituali.

Non è possibile sintetizzare in queste pagine la ricchezza di una simile esperienza, gli esiti e le potenzialità di un'alleanza interdisciplinare grazie alla quale cooperanti, antropologi, etnopsichiatri fanno convergere il loro sguardo critico su un mondo plurale. Mi limiterò a richiamare un solo momento di ricerca-azione condiviso durante un mio soggiorno di ricerca: il convegno tenutosi a Bandiagara tra il 22 e il 26 gennaio 2007, *Échange Sud-Sud-Nord, Développement local, promotion de la santé et valorisation de la médecine traditonelle*. Promosso all'interno di un progetto di cooperazione per la valorizzazione delle Medicine tradizionali in Mali e in Senegal, l'incontro ha previsto la partecipazione di circa 40 terapeuti tradizionali afferenti a tre Associazioni senegalesi e alla Federazione delle Associazioni di Terapeuti Tradizionali di Bandiagara. Consistente è stata la presenza di diverse autorità istituzionali del settore socio-sanitario (dal direttore del Ministero per lo Sviluppo Comunitario in Senegal, al Direttore del Dipartimento di Medicina Tradizionale del Mali, ai rappresentanti delle Direzioni Regionali del Ministero della Salute in Mali, ai responsabili dei vari *Centre de Santé* senegalesi e maliani). Non solo formale, in questo contesto, è apparsa la partecipazione all'iniziativa di sindaci, prefetti, dirigenti della pubblica istruzione, che si sono mostrati

sensibili sia a un percorso più ampio di sensibilizzazione e di dialogo interculturale, sia alla ricaduta di un simile confronto nei programmi di formazione delle nuove leve di studenti.

I temi delle relazioni presentate al convegno si ispiravano alle aree proposte dalle *équipes* di lavoro provenienti dai due paesi. Riguardavano, in particolare, il rafforzamento delle capacità organizzative delle Associazioni di terapeuti tradizionali; la formazione e la salvaguardia dell'ambiente; il rapporto tra giovani e anziani incentrato sull'iniziazione e sui valori della medicina tradizionale; le politiche di cura e la salute di base nelle strategie di sviluppo locale di comunità rurali; il dialogo con le autorità istituzionali; l'organizzazione della filiera erboristica e delle "carte professionali" dei terapeuti.

I problemi sollecitati dai temi prescelti hanno messo in luce l'esigenza di una ridefinizione identitaria della figura del guaritore, evocata attraverso il contesto emozionale che dovrebbe connotare il rapporto con i pazienti: il guaritore va anzitutto "amato, rispettato e temuto". In questa prospettiva il dialogo tra le due rappresentanze si è fatto serrato: sono emersi il protagonismo dei terapeuti più anziani e la necessità di riappropriarsi del beneficio di una trasmissione interna al nucleo familiare; si è evidenziato il rapporto, ancora oggi fortemente avvertito, tra sapere orale e formalizzazione scritta; si è profilata la possibilità di un lavoro di negoziazione possibile solo grazie alla solidarietà corporativa di un'associazione.

L'aspetto più significativo di quel convegno credo risiedesse nella sua profonda valenza "interculturale", nella volontà dei partecipanti di avviare un forum permanente di confronto e di scambio non solo tra Nord e Sud del mondo ma anche tra i luoghi più dinamici (convenzionali e tradizionali) del "saper-fare" terapeutico. Non a caso, la richiesta che ci è stata rivolta come ospiti del convegno è stata quella di restituire una valutazione critica delle tre giornate, proprio a partire dalla nostra "patria culturale" di riferimento, vale a dire come rappresentanti di un'istituzione universitaria interessata a uno scambio con operatori di collettività di un paese in via di sviluppo.

Ho richiamato questo evento per sottolineare il prolungamento implicito nell'attualità del lavoro monumentale avviato da Piero Coppo fin dagli anni Ottanta del secolo scorso.

All'esperienza di quegli anni e alla continua mediazione tra "cosmovisioni", modelli antropologici e vie della salute diversi tra loro, Coppo per primo ha

riconosciuto il valore di un apprendistato irripetibile, che gli ha consentito di accedere a un nuovo modo di lavorare come medico e come psichiatra.

In quegli stessi anni, il suo impegno di studi e ricerche dava vita all'allestimento ideale di una "galleria di antenati comuni" alle discipline antropologiche e alle scienze della psiche. Con questa ambizione si accostava ai profili di figure fondative quali Georges Devereux, Ernesto de Martino, Michele Risso, Henri Collomb; e con un analogo desiderio di confronto interdisciplinare avviava il dialogo con studiosi che nei suoi stessi anni si dedicavano a ricerche pionieristiche in altri mondi: Tobie Nathan, Isabelle Stengers, Françoise Sironi, Serge Bouznah, Sudhir Kakar, Arthur Kleinmann, Bruno Latour, Diego Carpitella, Raffaello Misiti, Tullio Seppilli, Domenico Gherarducci (COPPO 2014: 28).

Il reclutamento nell'emergenza migratoria

Mentre il lavoro teorico sulla psiche si consolida e inaugura piste inedite di un dialogo privilegiato con l'antropologia, l'emergenza migratoria degli anni Novanta muove nuove sfide applicative. A quegli anni risale la fondazione dell'associazione ORISS, *Organizzazione Interdisciplinare Sviluppo e Salute*, di cui Coppo è presidente e che rappresenta da subito un punto di riferimento qualificato nel più vasto movimento «del quale erano parte attiva, per esempio, i gruppi della Società Italiana di Antropologia Medica in Italia, del GIRAME in Canada, della scuola di Harvard in America, dell'Istituto Nacional Indigenista in Messico» (p. 33). Tra le attività dell'Associazione è inclusa la pubblicazione periodica di una rivista, *I fogli di Oriss*, fondata nel 1993 e attiva fino al 2010, il cui programma politico era ispirato a un dialogo con le voci più autorevoli del panorama nazionale e internazionale. Gli articoli e le interviste realizzate in quegli anni restano a tutt'oggi un deposito prezioso di testimonianze¹.

In questa stagione la risorsa dell'etnopsichiatria consentirà di fronteggiare la coesistenza ambigua, in tema di salute mentale, di due strategie diverse e non sovrapponibili: una orientata a edificare una "psichiatria universale" attivabile in ogni gruppo umano; l'altra impegnata a promuovere un sistema di protezione e valorizzazione delle diverse pratiche di cura generate e pensate in contesti culturali diversi.

L'etnopsichiatria, questa sorta di ibrido disciplinare che si stava sviluppando dall'"inquieta alleanza" tra le diverse discipline della psiche, della società e della cultura [...] diventava improvvisamente una possibile risorsa. [...] Ciò

che fino allora aveva avuto diritto di cittadinanza ed era stato sperimentato solo altrove, coinvolgendo un piccolo gruppo di esperti, stava quindi entrando prepotentemente nel cuore della cultura europea messa in tensione dai vorticosi processi trasformativi imposti dalla globalizzazione e dalle conseguenze delle nuove scoperte scientifiche che dissolvevano le vecchie certezze (COPPO 2013: 21).

La provocazione migratoria riapriva, in altri termini, nuove frontiere, incoraggiava una revisione critica delle basi epistemologiche di quello stesso sapere scientifico che aveva messo in forma – e conferito uno statuto clinico – alla sofferenza umana.

L'incontro con i migranti avrebbe costretto psichiatri ed etnopsichiatri a ripensare i propri vincoli epistemologici, a dilatare il ventaglio di opzioni esplicative e pratiche di una clinica sensibile ad altri mondi culturali; ma, soprattutto, li avrebbe incoraggiati a nuove strategie di ascolto e di intervento per quei pazienti, sempre più numerosi, provenienti da aree colonizzate dall'ipermodernità, che meritavano, su piccola e grande scala, un'attenzione geopolitica e pratica di intervento meno grossolane di quanto non pretendesse di fare l'ingerenza degli interventi umanitari.

Di questa realtà Coppo restituirà un quadro nitido e illuminante nel volume *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria* (2003), un manuale prezioso in cui la storia dell'etnopsichiatria dialoga con le sfide del mondo globalizzato. I movimenti migratori rappresentano in quelle pagine il pretesto per un ripensamento dell'Occidente post-coloniale e per una messa a fuoco della specificità del contesto italiano. Passata bruscamente e traumaticamente da terra di esodo a terra di approdo dei migranti, l'Italia affronta il tema della loro salute mentale in un clima di generale inadeguatezza, esorcizzato attraverso un progetto d'integrazione immediata e meccanica, definito da Coppo *double face*, vale a dire ispirato all'integrazione dell'immigrato nel sistema locale e dell'operatore nella situazione multiculturale. Un quadro comparativo con altri allestimenti di cura e di ascolto ne evidenzia da subito i limiti: nulla a che vedere con le sofisticate sperimentazioni francesi adottate da Nathan presso il Centre Devereux, tanto meno con i "servizi etnospecifici" presenti in Inghilterra, in Nordamerica o in Canada. L'etnopsichiatria auspicata da Coppo in contesti multiculturali incoraggia una costante negoziazione tra i modelli impliciti ed espliciti di cui è portatrice la cultura dominante e quelli di cui sono portatori gli stranieri, soggetti subalterni per condizione e posizione. Nella clinica etnopsichiatrica questa negoziazione va portata allo scoperto, e costituisce uno dei cardini

del dispositivo di cura, perché garantisce la continuità vivente tra psiche e cultura, tra gli individui, i gruppi e le culture di appartenenza (COPPO 2003: 223). In sintonia con la “psichiatria di comunità” l’etnopsichiatria può quindi collaborare con le risorse disponibili, per dilatare il servizio al di là dei tradizionali *setting* terapeutici e psichiatrici; in sinergia con la “psicologia di comunità”, può adottare e favorire meccanismi socioculturali che consentano di instaurare tra i singoli e i gruppi reciproche interdipendenze e interconnessioni. Ma soprattutto – accogliendo l’istanza di Deveureux – l’etnopsichiatria diventa indispensabile in ogni lavoro diagnostico che chiami in causa le specificità culturali del paziente, che ne inquadrì il disturbo e il comportamento nel contesto della cultura di appartenenza, che distingua tratti personali e idiosincratici da elementi culturali spesso misconosciuti nella dinamica di acculturazione. Da una postazione deliberatamente neutra,

l’etnopsichiatra può aiutare lo psichiatra ad articolare il rapporto tra intervento medico, psicologico o psicoanalitico e altre pratiche cui molto spesso il paziente si sottopone: terapie alternative o tradizionali, divinazioni, percorsi salvifici. Infine, anche la somministrazione del farmaco e la gestione di una farmacoterapia prolungata, con i suoi effetti indesiderati e collaterali, trae giovamento da una mediazione etnopsichiatrica. [...] Non si tratta necessariamente, come è ovvio, di situazioni in cui siano coinvolti attori l’uno all’altro stranieri per nazionalità; *l’esigenza di passare all’etnopsichiatria può farsi avanti anche con pazienti isoculturali* (COPPO 2003: 228, corsivo mio).

Quest’ultima affermazione, in realtà per nulla ovvia, è alla base della svolta teorica e operativa che abbiamo già annunciato: inaugura l’ambizione di Coppo a lavorare per un’etnopsichiatria “radicale” che accetti di mettere in discussione anzitutto le proprie radici. Un’etnopsichiatria “nobile” – come amava definirla in tempi recenti – che si avvale di uno sguardo multiculturale e multidisciplinare su ciò che avviene altrove, ma anche qui; che si apre alle trasformazioni della globalizzazione ma al tempo stesso riabilita le genealogie autorevoli, nel caso specifico, della tradizione antropologica italiana. Un’etnopsichiatria nutrita, per cominciare, dalle intuizioni antesignane di Ernesto de Martino e dalle consapevolezze metodologiche, dal pensiero vivente, dialogico di Antonio Gramsci, per il quale ogni forma di sofferenza umana è riconducibile alle condizioni materiali di esistenza di ciascun “portatore di pathos” (PIZZA 2020). Né è casuale che nel lungo capitolo di *Tra psiche e culture* dedicato a de Martino, Coppo ne richiami l’affiliazione gramsciana in merito all’interesse per il folklore, per la dialettica tra classi egemoni e subalterne, per le forme di resistenza alla cultura ufficiale e al cattolicesimo (COPPO 2003: 38).

Deportato nella cifra riflessiva di un'etnopsichiatria radicale, l'etnocentrismo critico di de Martino diventa anche consapevolezza dell'intrascendibilità della nostra "ombra". Analogamente, l'incontro etnografico come occasione per una duplice tematizzazione del "proprio" e dell'"alieno" si fa viatico necessario per una dilatazione dell'etnopsichiatria clinica anche in contesti isoculturali.

L'esperienza della migrazione italiana può diventare allora un pretesto per imboccare il crocevia demartiniano, per riannodare l'alleanza tra antropologia ed etnopsichiatria, riabilitando per esempio l'attualità delle osservazioni cliniche di Michele Riso, che con de Martino condivideva le grammatiche e gli idiomi di una sofferenza generata dalla "labilità della presenza" dei pazienti italiani emigrati in Svizzera, da lui incontrati in manicomio, case di cura e cliniche neuropsichiatriche. I risultati della sua ricerca (RISO, BÖKER 1992), tradotta con quasi trent'anni di ritardo in Italia, si prestano secondo Coppo a una fruttuosa retrospettiva comparativa, nelle pratiche di cura dei pazienti migranti.

Quell'universo, impossibile da comprendere per gli psichiatri svizzeri e non solo per motivi linguistici, era però ben familiare a Riso, che lo conosceva anche attraverso il lavoro di de Martino. [...] Pur riconoscendo il ruolo della medicina nell'interpretazione e nella cura dei disturbi psichici, Riso criticava l'uso arbitrario di categorie e tecniche che interpretano e trattano i fenomeni solo dopo la loro avvenuta medicalizzazione e psicologizzazione, escludendo così altre letture e dinamiche possibili (pp. 59-60).

I quadri nosografici presenti nei "sortilegi italiani" descritti da Riso lasciano emergere l'irriducibilità di alcuni modelli e dispositivi simbolici che i pazienti mutuano dalle culture di origine, la cui efficacia terapeutica può rivelarsi superiore a quella delle pratiche cliniche convenzionali. Essi evidenziano anche la differenza sostanziale tra procedure terapeutiche "conservative" (che riconoscono e dialogano con la cultura o sub-cultura di appartenenza del paziente) e terapie cosiddette "evolutive" (nelle quali la direzione di una presunta evoluzione dalla malattia viene a coincidere esclusivamente con la visione del mondo dei terapeuti). Spesso, anche in contesti isoculturali, l'affiliazione del paziente nel mondo del terapeuta avviene a seguito di un processo che è al tempo stesso di cooptazione e di separazione dal gruppo di appartenenza, laddove le terapie tradizionali sono orientate piuttosto a rafforzare nessi e legami tra l'individuo ostaggio del "pathos" e il suo gruppo di riferimento (p. 63). Non sempre pathos e logos comunicano: cosicché una diagnosi di patologia è tutt'altro che la sintesi neutrale di due linguaggi.

Le ragioni del dolore

Non sempre, in altri termini, *Le ragioni del dolore* sono confinabili nella malattia. Di questo libro (COPPO 2005) dedicato all'etnopsichiatria della depressione – e pubblicato a due anni di distanza dal manuale – andrebbe valorizzata anzitutto la fedeltà intrinseca alla cifra storicistica di de Martino. Sullo sfondo dello scandalo etnografico evocato in *La fine del mondo* (DE MARTINO 1977) Coppo ricorda nelle pagine introduttive che l'incontro con l'alterità (etnologica, psicopatologica o "altra") è sempre occasione per il più radicale esame di coscienza che sia possibile all'uomo occidentale. Il viaggio si avvia in un luogo esemplare di incubazione antropologica della medicina occidentale, nello scenario mitico delle Sporadi greche, nell'isola di Kos, patria di Ippocrate, che deve la sua fama e la sua sapienza medica anche alla vocazione per il viaggio. Come in un viaggio nel viaggio, con Ippocrate si approda ad Abdera, dove il protomedico viene chiamato dai concittadini dell'illustre filosofo Democrito, perché lo guarisca da un accesso di follia che lo induce a un riso inquietante e inarrestabile. Il confronto serrato con Democrito sulle ragioni di un riso amaro che egli stesso avverte come sintomo di denuncia delle miserie umane e l'ascolto antropologicamente orientato delle sofferenze di un'umanità oltraggiata nei valori elementari della vita suggeriscono a Ippocrate la più alta e umana terapia: il beneficio del dubbio e la capacità di sopportare la vertigine del mistero. Dopo aver rinunciato a placare il riso di Democrito con la somministrazione dell'elleboro, Ippocrate rientra in patria come "araldo" di nuove piste conoscitive. Il filosofo – sottolinea Coppo – ha costretto il medico ad andare oltre lo scandalo del "paziente" e di riconoscere nel suo ritiro e nel suo riso gli effetti della bile nera (*melaina chole*), di una melanconia interpretabile come "madre-materia" della moderna depressione.

Con lo stesso rigore esercitato da de Martino nel commentario storico di *La terra del rimorso* (DE MARTINO 1961), Coppo ci immette nel repertorio melanconico consegnandolo a una cronologia che diventa pretesto epistemologico per ricordare sinteticamente la lunga stagione che va dalla medicina ippocratica alla nascita della psichiatria moderna. Attraverso un rapido e sapiente excursus, mostra che l'esperienza melanconica varca le soglie della modernità quando è deportata nelle nosografie mediche dei neurologi e psichiatri di fine Settecento, secondo sequenze significative di cambiamento interpretativo, che vanno dall'ombra di un Saturno, emigrato dalla Grecia a Roma, al binomio genio-melanconia che ispirerà le intelligenze teologiche e filosofiche del Medioevo e del Rinascimento; dal genio

artistico dell'angelo caduto di Dürer all'intensa *L'anatomia della malinconia* di Robert Burton l'esperienza melanconica varca le soglie della modernità e viene deportata nelle nosografie mediche dei neurologi e psichiatri di fine Settecento. E quando nel 1819 Esquirol sostituisce il termine melanconia con quello univoco di "lipemania" legittima la sua definitiva conversione "aggettivante" nelle nosografie psichiatriche della depressione severa (p. 45). Attraverso pagine di grande rigore Coppo ci consente di approdare alle nosografie contemporanee della depressione e alla progressiva ibridazione dei vissuti melanconici tra le anse e le strettoie dell'approccio neurobiologico o psicodinamico.

Pur con trasformazioni e varianti, i due modelli originatisi tra Ottocento e Novecento (quello neurologico e quello psicogeno) si sono contesi e si contendono ancora oggi, nelle aree di influenza della medicina, psichiatria, psicoanalisi e psicologia, credibilità, primato e pazienti; nonostante che in alcuni casi abbiano trovato il modo per coesistere e collaborare, suddividendosi compiti e guadagni (p. 56).

La stagione delle tassonomie depressive viene ripercorsa a partire dalla tradizione psichiatrica tedesca, fino all'indomani del secondo conflitto mondiale, quando la cultura nordamericana inaugura con il DSM (*Diagnostic and Statistic Manual*) un impianto diagnostico costruito su criteri statistici, che indicizza la nosografia psichiatrica di riferimento dei "paesi ricchi" e tende a estenderne l'efficacia diagnostica e prescrittiva anche in quei "paesi poveri" nei quali la sanità è gestita prevalentemente da aiuti internazionali.

Il viaggio nell'Occidente si interrompe temporaneamente, deportandoci in un altrove che è insieme anche un oltre: oltre il noto, oltre i paradigmi della psichiatria di matrice occidentale, oltre i confini psicologici di una cultura egemone che ci separa dai contesti subalterni. Attraverso repertori diversi l'esperienza del dolore ci fa così risalire a quel "fondo universalmente umano" a partire dal quale ogni gruppo l'elabora, la lavora e l'inquadra in un proprio orizzonte interpretativo. "Altre pene" non ancora soggette al vaglio epidemiologico e alle cifre nosografiche raccontano la plasmazione del dolore, le pratiche che accompagnano il cordoglio e più in generale il vissuto di perdita, e che si possono leggere anche come attività collettive di prevenzione e cura. Perdite, traumi, furti, aggressioni, situazioni di paralisi, non-vissuti che annunciano l'inibizione depressiva si offrono come modelli comportamentali che l'etnopsichiatria potrebbe restituire alla loro singolarità, rifuggendo da ogni ansia classificatoria, valorizzando le diverse costellazioni sintomatiche, decifrando le molteplici

interpretazioni eziologiche, rinunciando ad assimilazioni diagnostiche unidirezionali.

Come per Ippocrate di ritorno ad Abdera, anche per Coppo l'incontro con altre forme di sofferenza obbliga a un ritorno all'Occidente con un bagaglio di nuovi saperi e di nuovi repertori, con un rinnovato strumentario metodologico. Ma il ritorno legittima anche interrogativi inediti e inquietanti sulle connotazioni quasi epidemiche di una depressione che matura nelle condizioni di vita dell'ipermodernità, nei "vissuti di soggezione" di un ambiente domesticante e potente che incoraggia processi inesorabili di ibernazione della vita stessa e che confida nelle protesi chimiche, nei tempi supplementari di resistenza regalati dai farmaci antidepressivi. L'ultima pagina del libro ci riporta idealmente a Kos, ci invita a chiudere il viaggio ripensando alla saggia follia di Democrito e alla folle saggezza di Ippocrate, che ha saputo rinunciare alla somministrazione di un farmaco e alla liturgia di un potere esclusivista.

Mai come oggi, dopo la sofferta stagione pandemica, torna attuale l'invito conclusivo a restituire l'esperienza depressiva a un senso comune e laico, a sottrarla all'esclusiva competenza di esperti e iniziati, a chiamare i disturbi depressivi anche con altri nomi, senza cedere alle apparenti rassicurazioni del lessico nosografico.

Ho fin qui richiamato solo alcune tappe della produzione scientifica di Piero Coppo: non sarebbe stato infatti ragionevole ambire a presentare un rendiconto completo e meditato dei suoi scritti e della ricerca condotta in un arco temporale di quasi mezzo secolo. Ricordo ancora solo la monografia *Negoziare con il male*, dedicata a stregoneria e controstregoneria dogon (COPPO 2007), un dettagliato resoconto etnografico e al tempo stesso una visione prometeica della soglia labile che separa la conoscenza delle "cose nascoste" dal potere politico, qui e altrove. Nelle pagine introduttive Coppo presenta il volume come l'ultimo tributo alla sua lunga stagione di studi e ricerche fra i Dogon del Mali. In quelle conclusive preannuncia uno scenario che lo vedrà impegnato in una nuova sfida intellettuale, aspra e sofferta: nel ripensamento critico di alcune forme sommerse di stregoneria e controstregoneria di matrice occidentale, a partire dalla riflessione che scaturisce dal libro, pubblicato due anni prima in Francia, da Philippe Pignarre e Isabelle Stengers, *Stregoneria capitalista. Pratiche di uscita dal sortilegio* (2016 [2005]). In quel lavoro i due Autori mettevano arditamente in parallelo gli aspetti fondamentali del capitalismo maturo con le caratteristiche dei sistemi di stregoneria vigenti in altri contesti americani, africani,

orientali. La provocazione annunciata in quel testo diventerà per Coppo pretesto per una rivisitazione infaticabile della storia del pensiero critico sul passaggio dal dominio “formale” a quello “reale” del Capitale. La rilettura di Karl Marx, Günter Anders, Herbert Marcuse, Hannah Arendt, Theodor Adorno, Walter Benjamin lo ha visto impegnato negli ultimi anni di vita nella stesura di un nuovo lavoro, rimasto incompiuto.

A coloro che, con malcelato imbarazzo, lo interrogavano sulla cifra politica di questa sua ostinazione retrospettiva, Coppo replicava che non era in gioco alcun sentimento nostalgico rivolto al passato, ma una sana e ineludibile nostalgia di futuro.

Nostalgia di futuro

Nell'ultimo decennio lo sguardo sul futuro di Piero Coppo è tornato fedele alla metafora fotografica della visione, alle aperture di diaframma e alle profondità di campo di nuove inquadrature sul presente. Con gli occhi e con la mente si è interrogato su ciò che era visibile, dicibile e decifrabile nel panorama italiano (e non solo) della formazione all'esercizio della professione di psichiatra e di psicoterapeuta. Sempre più spesso, a suo avviso, l'apprendistato si concentrava per i futuri terapeuti su un'iniziazione tanto asfittica quanto capillare, rivolta

alle cognizioni teoriche della disciplina, ai labirinti delle teorie sulla psiche, alla neuroanatomia, neurochimica e neurofisiologia, alle tecniche di neuroimmagine [...], alle regole che vigono nei circuiti amministrativi e istituzionali della cura [...]; ma il loro vissuto personale, ciò che hanno incontrato nella loro esistenza, nel loro lavoro e formazione, come l'hanno compreso e lavorato, come hanno alimentato e regolato la continuità tra la loro componente immateriale e quella del mondo, non è formalmente considerato materiale pertinente alla loro iniziazione (COPPO 2013: 153).

La scelta di dare vita alla Scuola di specializzazione in psicoterapia “Sagara” (*nomen omen*) – e prima ancora al Centro Studi Sagara, che ha rappresentato la fucina di lavorazione e di preparazione di quella avventura didattica – è nata anzitutto da queste consapevolezze; ma si è fatta percorribile anche grazie a un lavoro corale di coraggiosa e tenace negoziazione con le regole e i protocolli istituzionali che ne avrebbero varato il riconoscimento formale. Ho ancora viva nella memoria l'audizione richiesta nella primavera del 2010 dal Comitato Tecnico Scientifico del MIUR, per valutare l'affidabilità teorica del piano formativo della scuola. Alla domanda un po' capziosa posta da un membro della commissione, che

chiedeva come fosse possibile immaginare strategie di cura conciliabili al tempo stesso con il migrante di turno e con l'adolescente anoressica milanese di via Montenapoleone, Piero Coppo, prima di procedere a una magistrale prolusione, replicò con imperturbabile *aplomb*: «non siamo forse tutti etnici?».

Va qui ricordato che Bruno Callieri fu tra i pochi rappresentanti autorevoli della psichiatria di quegli anni a credere senza riserve nel progetto didattico della Scuola e nell'inclusione dell'antropologia culturale tra le discipline di base.

Una prima palestra di addestramento alla didattica si è configurata con l'attivazione di un corso di formazione in Mediazione Etnoclinica aperto non solo agli psicologi, ma a tutti gli operatori implicati nei campi della salute, dell'educazione, della giustizia, dell'assistenza verso i settori più svantaggiati e marginali della società. Esito di una nutrita alleanza interdisciplinare e di un'esperienza già condivisa con Lelia Pisani – con la quale Coppo aveva preso parte al comitato istitutivo e alle attività didattiche del Master in *Etnopsichiatria, pianificazione e interventi in ambito socioculturale e clinico*, attivato nel 2005 all'Università di Genova – il corso in Mediazione Etnoclinica è oggi alla sua VIII edizione.

Quanto al programma formativo della Scuola, accanto alle materie previste dall'ordinamento didattico del MIUR, coesistono discipline fin qui inedite nelle scuole di psicoterapia, come l'antropologia culturale e la psicoantropologia, l'etnopsicoanalisi e l'etnopsichiatria, l'etnopsicoterapia e la psicologia geopolitica clinica.

Piero Coppo ha portato nella direzione della Scuola Sagara sia l'esperienza didattica maturata negli anni di insegnamento di Etnopsichiatria all'università Ca' Foscari di Venezia (2001-2008), sia le potenzialità applicative di quarant'anni di esperienza nel campo della psichiatria e dell'etnopsichiatria. Ha lavorato con rigore nell'esercizio della didattica di base e di indirizzo: lo attestano le sue dispense inedite, destinate ogni anno agli allievi dei singoli corsi, alle quali dedicava particolare cura nella scelta delle suggestioni critiche e nella qualità estetica delle stampe artigianali. Ha convocato costantemente i membri del consiglio dei docenti ad assidui appuntamenti di aggiornamento didattico, pensati e organizzati nella formula intensiva del ritiro seminariale. Erano (e saranno) occasioni di confronto prezioso, utili a monitorare la tenuta dell'organizzazione didattica ma soprattutto a vigilare collegialmente sul lavoro di edificazione di una base

metodologica sperimentale, sulla necessità di rendere espliciti agli allievi gli ancoraggi epistemologici di un percorso formativo.

Coppo ha infine avviato e incoraggiato la produzione dei *Quaderni della Scuola Sagara*, una collana editoriale pensata come complemento alle attività condotte nella Scuola e dal Centro Studi. Vi trovano spazio le opere «dei padri fondatori del dialogo radicale tra psichiatria, psicoanalisi ed etnoantropologia» (COPPO 2017); la memoria dell'epocale riforma psichiatrica in Italia, che a quarant'anni dalla legge Basaglia si confronta con le *180 e oltre (etno)psichiatrie* cui rinviano i movimenti diasporici della contemporaneità; e infine le nuove suggestioni d'oltreoceano proposte dal manuale *Cultural Consultation* (KIRMAYER, GUZDER, ROUSSEAU 2014), nato nel ponente atlantico della scuola canadese di psichiatria transculturale e approdato nei nostri luoghi di formazione in un'edizione italiana curata da Salvatore Inglese e Miriam Gualtieri, che si offre come ulteriore strumento didattico di fronte alle “promesse e minacce” di un futuro incerto, se non di una vertigine globale.

Negli ultimi mesi di vita la mente di Piero ha dovuto fronteggiare un “invisibile” imprevisto e poco lavorabile: ne aveva intuito presto la natura, e con inguaribile ironia aveva provato ad ammansirlo interpellando quell'assemblea di numi (e luminari) che aveva imparato a onorare nelle sue straordinarie avventure etnografiche. Nel negoziare con il male, non sempre i rituali di fissazione e di protezione salvano dalle ombre della notte nera. E di quest'ultimo viaggio non ci racconterà nulla.

Per coloro che in questi anni hanno saputo accogliere, condividere e interpretare la sua nostalgia di futuro, sarà di conforto ripercorrere le innumerevoli rotte dei suoi viaggi, anche navigando a vista, ma preservando la qualità del suo esempio e la sua generosa eredità.

Note

⁽¹⁾ <http://www.oriss.org/archivio/i-fogli-di-oriss-2/> (consultato il 12 settembre 2021).

Bibliografia

- COPPO P. (1994), *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano Dogon*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO P. (2005), *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO P. (2007), *Negoziare con il male. Stregoneria e controstregoneria dogon*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO P. (2013), *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Raffaello Cortina, Milano.
- COPPO P. (2014), *La ragione degli altri. Percorsi critici dell'etnopsichiatria contemporanea*, pp. 27-46 in FARANDA L., PANDOLFI M. (a cura di), *La salute mentale e il paradigma geopolitico. Itinerari critici per un'etnopsichiatria radicale*, Aracne, Roma.
- COPPO P. (2017), *Premessa a Estasi Furore Nostalgia di futuro*, I Quaderni della Scuola Sagara, Colibrì, Paderno Dugnano.
- COPPO P. (2019), *Le (S)Ragioni degli Altri: fare etnopsichiatria*, in *180 psichiatrie e oltre*, I Quaderni della Scuola Sagara, Colibrì, Paderno Dugnano.
- DE MARTINO E. (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (1961), *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano.
- KIRMAYER L., GUZDER J., ROUSSEAU C. (2020 [2014]), *Consultazione culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*, Centro Studi Sagara - Colibrì, Paderno Dugnano.
- PIGNARRE P., STENGERS I. (2016 [2005]), *Stregoneria capitalista. Pratiche di uscite dal sortilegio*, IPOC, Milano.
- PIZZA G. (2020), *L'antropologia di Gramsci. Corpo, natura, mutazione*, Carocci, Roma.
- RISSO M., BÖKER W. (1992 [1964]), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, Liguori, Napoli.

Scheda sull'Autrice

Laura Faranda è professore ordinario di discipline etnoantropologiche presso il Dipartimento di Storia, Antropologia, Religioni, Arte, Spettacolo (SARAS) dell'Università di Roma "Sapienza". Tra i suoi percorsi di ricerca: l'antropologia della Grecia antica; l'antropologia dei processi migratori, con particolare attenzione a specifici contesti dell'Africa mediterranea (Tunisia) e Sub-sahariana (Mali); le minoranze etnico-religiose e i processi di mediazione culturale tra Italia e Tunisia; l'antropologia simbolica, con particolare attenzione al rapporto tra corpo e identità di genere; l'antropologia della mediazione scolastica; la psichiatria coloniale, l'etnopsichiatria e la mediazione etnoclinica. Tra le sue monografie: *Le lacrime degli eroi. Pianto e identità nella Grecia antica*, Qualecultura Jaca Book, Vibo Valentia 1992; *Dimore del corpo. Profili dell'identità femminile nella Grecia classica*, Meltemi, Roma 1996; con Bruno Callieri, *Medusa allo specchio. Maschere fra antropologia e psicopatologia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2001; *Viaggi di ritorno. Itinerari antropologici nella Grecia antica*, Armando, Roma 2009; *La signora di Blida. Suzanne Taïeb e il presagio dell'etnopsichiatria*, Armando, Roma 2021;

Anime assenti. Sul corpo femminile nel Mediterraneo antico, Armando, Roma 2017; con Silvia Minetti, *Guardami. Visioni, narrazioni, anatomie del seno*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2019.

Riassunto

L'eredità intellettuale di Piero Coppo. Dai guaritori dell'altopiano dogon all'etnopsichiatria radicale

Piero Coppo (1940-2021), psichiatra, psicoterapeuta, ha contribuito con i suoi studi e con le sue ricerche a un significativo avanzamento teorico e metodologico delle potenzialità applicative dell'etnopsichiatria. Il suo dialogo continuativo con l'antropologia culturale ha evidenziato inoltre "antenati comuni e parentele segrete" tra le due discipline. Ma soprattutto Coppo ha incoraggiato, nell'ultimo decennio, il riconoscimento di una etnopsichiatria "radicale" (e immediatamente politica), sensibile alle trasformazioni della globalizzazione, aperta a nuove sponde di ascolto e di intervento, valida in ogni lavoro diagnostico, in ogni progetto terapeutico, a qualsiasi latitudine, qui e altrove. Il contributo tenderà di mettere in luce alcuni risultati del suo impegno e della sua appassionata avventura intellettuale in questi ultimi quarant'anni.

Parole chiave: etnopsichiatria, migrazioni, salute mentale, guaritori tradizionali, Mali

Resumen

La herencia intelectual de Piero Coppo. Desde los curanderos del altiplano dogon al la etnopsiquiatría radical

Piero Coppo (1940-2021), psiquiatra, psicoterapeuta, por medio de sus estudios e investigaciones contribuyó de manera substancial al avance teórico y metodológico del potencial de aplicación de la etnopsiquiatría. Además, su diálogo constante con la antropología cultural ha destacado "ancestros comunes y parentescos secretos" entre ambas disciplinas. Sobre todo, durante la última década Coppo ha impulsado el reconocimiento de una etnopsiquiatría "radical" (e inmediatamente política), sensible a las transformaciones de la globalización, abierta a nuevas oportunidades de escucha e intervención, válida en todo trabajo diagnóstico, en todo proyecto terapéutico, en cualquier latitud, aquí y en otros lugares. En este breve texto intentaré poner de relieve algunos de los resultados de su compromiso y su apasionada aventura intelectual en los últimos cuarenta años.

Palabras clave: etnopsiquiatría, migraciones, salud mental, terapeutas tradicionales, Mali

Résumé

L'héritage intellectuel de Piero Coppo. Des guérisseurs du plateau dogon à l'ethnopsychiatrie radicale

Piero Coppo (1940-2021), psychiatre, psychothérapeute, a contribué par ses études et ses recherches à une significative avancée théorique et méthodologique du potentiel d'application de l'ethnopsychiatrie. Son dialogue permanent avec l'anthropologie culturelle a également mis en évidence « des ancêtres communs et des relations secrètes » entre les deux disciplines. Mais surtout Coppo a encouragé, au cours de la dernière décennie, la considération d'une ethnopsychiatrie « radicale » (et immédiatement politique), sensible aux transformations de la mondialisation, ouverte à de nouvelles opportunités d'écoute et d'intervention, valable dans tout travail diagnostique, dans tout projet thérapeutique, à toute latitude, ici et ailleurs. Le texte essayera de mettre en valeur certains des résultats de son engagement et de son aventure intellectuelle passionnée au cours des quarante dernières années.

Mots-clés: ethnopsychiatrie, migration, santé mentale, guérisseurs traditionnels, Mali

*Las relaciones sociales sanan,
pero también enferman, matan y controlan
Una reinterpretación de la medicina tradicional*

Eduardo L. Menéndez

Centro de investigaciones y estudios superiores
en Antropología Social, B CIESAS, México
[emenendez1@yahoo.com.mx]

Para Tullio Seppilli

Abstract

Social Relationships Heal, but They Also Sicken, Kill and Control. A Reinterpretation of Traditional Medicine

In this text I describe and analyze the types of social relationships that are expressed throughout the named traditional diseases, as well as the dominant meaning that said relationships have for the groups and subjects from original Mexican peoples. The main characteristics that arise from our analysis are the following: 1) the tendency to interpret traditional diseases in terms of cosmovision and supernatural aspects, and the secondarization of the role of social relationships; 2) traditional disease as an expression and/or cause of social conflicts amongst groups and subjects, and its provisional relation through social rituals; 3) the fact that a great amount of traditional diseases constitute or express emotions, which are developed through social relationships; 4) the social climate of distrust, fear, insecurity, uncertainty, suspicion and mainly envy, that appears from the causes, signs, symptoms and development of traditional disease; and 5) the central role that social relationship have in the processes of health/sickness/attention/prevention organized around traditional diseases.

Keywords: traditional medicine, social relationships, original peoples, emotions

La Antropología Social, la Sociología y la Psicología social han analizado y fundamentado el papel de las relaciones y rituales sociales en términos generales y de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (procesos de SEAP) en particular; ya que, sobre todo algunas tendencias disciplinarias, consideran como básicos los rituales y relaciones sociales para la atención y prevención de los padecimientos. Más aún, se ha señalado

reiteradamente que la carrera del enfermo tanto respecto de las enfermedades infectocontagiosas como de las crónico/degenerativas, evidencia la importancia de las relaciones sociales, en la causalidad, transmisión, o prevención de estas enfermedades (MENÉNDEZ 2009), cuestionando además el escaso interés que ha evidenciado la biomedicina en la consideración y, sobre todo, en los usos explicativo y terapéutico de las relaciones y rituales sociales¹.

La secundarización de los rituales y relaciones sociales por la biomedicina contrasta con el papel que tienen, en la causalidad y desarrollo de las enfermedades tradicionales; por lo que en este texto voy a analizar varias de las principales características de la denominada “medicina tradicional” (MT), y especialmente de las enfermedades tradicionales que operan en los grupos originarios mexicanos. Asumiendo que, a través de ellas, se ejercen toda una serie de relaciones sociales que son parte constitutiva de la vida de dichos grupos; inclusive, considero que la MT expresaría algunas de las características básicas de las relaciones sociales que dominan en los pueblos originarios. Por lo que en este texto describiré y analizaré los tipos de relaciones sociales que se expresan a través de las enfermedades tradicionales, así como las significaciones dominantes que dichas relaciones tienen para los sujetos y microgrupos.

La información que presentaré respecto de las enfermedades tradicionales, denominadas también “síndromes de filiación cultural” o “padecimientos culturalmente delimitados”, refieren a México; y las conclusiones que estableceré no pretendo extenderlas mecánicamente a otras sociedades. De tal manera que nuestro análisis corresponde sobre todo a la producción antropológica mexicana y, en segundo lugar, a la producción internacional, especialmente la de los EEUU sobre la MT mexicana. Lo que nos permitirá no sólo analizar las relaciones sociales, sino también observar las orientaciones dominantes de la producción mexicana que, entre otros aspectos, se caracteriza por la exclusión de una serie de características básicas de los procesos de SEAP que operan en los pueblos originarios, especialmente los referidos a mortalidad (ALVAREZ *et al.* 1960)². Aclarando, para evitar malas interpretaciones, que no analizo la MT para cuestionar las orientaciones de los estudios específicos, ya que reconozco sus múltiples aportes³.

El material que presentaré corresponde al conjunto de los pueblos originarios mexicanos, aun cuando en el texto sólo se hacen referencias explícitas a veintiséis de dichos pueblos. La decisión de analizar la MT en el conjunto de dichos pueblos, se basa no sólo en la fuerte similitud que existe en el

tipo de enfermedades tradicionales que padecen y en las actividades terapéuticas que desarrollan; sino también en la similaridad de las condiciones económico/políticas y culturales, así como en las relaciones de hegemonía/subalternidad que caracterizan a los pueblos originarios respecto de los otros sectores de la sociedad mexicana.

La información que analizaré corresponde sobre todo al lapso 1970/2020, asumiendo que durante el mismo hubo cambios sustantivos en las condiciones económico/políticas y culturales de los grupos originarios, así como también en sus procesos de SEAP. Y así observamos que, por lo menos, desde mediados de la década de 1970, ocurre un decremento constante del número de curadores tradicionales, los que, por ejemplo, en Yucatán en el caso de los j'men (chamanes yucatecos) han pasado de ser unos 400 a principios de 1980 a ser, en la actualidad, alrededor de veinte (Güemez en prensa)⁴.

Ahora bien, pese a los cambios de muy diferente tipo generados en los procesos de SEAP que operan en los pueblos originarios; desde la constante expansión de la biomedicina, hasta el descenso de las tasas de mortalidad general y etarias, pasando por el incremento de concepciones religiosas como las evangelistas que cuestionan radicalmente a la MT. Pese a ello, reitero, observamos que las principales enfermedades tradicionales, incluidas la mayoría de sus características, siguen siendo las mismas en todos los grupos étnicos⁵. Este aspecto ha sido señalado por Zolla (*et al.* 1988), y Rubel, O'Neil y Collado (1989) durante la década de los ochenta. Y así, por ejemplo, Rubel (1989:63) concluía respecto del espanto: «Aunque la interpretación del susto varía entre los pueblos y aún entre residentes de un mismo pueblo, es muy impresionante su constancia a través de culturas muy distintas». Y esta persistencia sigue vigente en la actualidad, no sólo respecto del susto, sino de las enfermedades tradicionales en general, lo que ha sido evidenciado por la revisión global de Campos, Sánchez-García y Tascón (en prensa), las compilaciones de Campos (2009, 2011, 2017, 2018, 2019) sobre el empacho, así como por mi propia revisión bibliográfica y experiencias de investigación para el lapso 1970-2020. Lo que sin embargo no niega la existencia de cambios; y no los niega, porque considero que la MT se caracteriza por el cambio como requisito necesario de su persistencia y funcionamiento (MENÉNDEZ 1994; CORTÉZ 2015; RABY 2018).

Las enfermedades tradicionales son relacionales

Considero que, en los pueblos originarios, las enfermedades tradicionales son parte estructural de su vida cotidiana; y por lo tanto las terapéuticas tradicionales cumplen funciones necesarias al contribuir a la sanación de muy diversos padecimientos, al mismo tiempo que la MT provee a la población de interpretaciones respecto de las causalidades, trayectoria y consecuencias de las enfermedades con las que la población convive; reduciendo, por lo menos a nivel simbólico, la ansiedad generada por la amenaza de padecimientos frecuentemente mortales.

Del conjunto de los estudios revisados sobre MT⁶ surge que las principales causas de enfermedad en los grupos étnicos mexicanos son: a) los espíritus y dioses en forma directa o a través de otras entidades, debido al no cumplimiento de obligaciones religiosas o transgresiones a las mismas; b) la transgresión de normas comunitarias sociales o, si se prefiere, del *costumbre*; c) la ruptura de equilibrios sociales y simbólicos, especialmente de la relación frío/caliente y d) las relaciones sociales entre sujetos y microgrupos, o de los mismos con otras entidades simbólicas y no simbólicas. Subrayando que en las cuatro causales y, sobre todo en las relacionales, operan fuertemente las emociones; así como que la mayoría de las causas descritas y analizadas por los especialistas son las consideradas “sobrenaturales”.

Por supuesto que existe el reconocimiento de causas “naturales” como la *mordedura de víboras*, *picaduras de alacranes* o *torceduras* generadas durante el trabajo o debidas a caídas por borracheras. Pero en los grupos originarios casi todas las enfermedades son multicausales, es decir: que pueden ser generadas simultáneamente o en forma alternativa por varias de las causas señaladas, incluídas las naturales. De tal manera que la *mordedura de una víbora* puede ser producto de actividades laborales o de brujería, así como una *diarrea* puede ser causada por determinados alimentos o por el *mal de ojo*. Así como también pueden ser simultánea o secuencialmente producto de transgresiones religiosas o sociales, y de relaciones sociales.

En función de mis objetivos, sólo analizaré las enfermedades generadas en forma directa o indirecta por relaciones sociales, aclarando que las mismas operan casi siempre articuladas con procesos “naturales” y “sobrenaturales”. Lo que podemos observar, por ejemplo, en el caso de la *vergüenza*, enfermedad tradicional que ha sido estudiada por varios autores para el pueblo cho’l y especialmente por Imberton (2002), quien reconoce 24 tipos de *vergüenza*, de los que sólo señalaré algunos. Y así, por ejemplo, la autora

describe la *vergüenza de lámina* que se da en una mujer que tiene constantes dolores de cabeza y que no puede trabajar ni caminar, lo que es debido a la envidia que la gente cercana le tiene por haber reemplazado el techo de paja de su vivienda, por uno de lámina. O, la *vergüenza de olla*, debido a que una mujer se enferma porque rompe una olla y desperdicia su contenido, lo cual repercute negativamente en la alimentación del grupo familiar en una época de escasez. O cuando una familia hace una fiesta, y no alcanza la comida, lo que produce *vergüenza* en la familia, generando padecimientos en algunos de sus miembros. Existiendo además la *vergüenza de casa*, generada porque hay problemas entre sus habitantes, que se pelean a gritos y a golpes. Y mientras en los dos primeros casos hay que curar a la mujer, en los dos restantes hay que sanar a la familia (IMBERTON 2002, 2006).

Según Imberton (2002), los choles atribuyen esta enfermedad a las condiciones de pobreza en que viven, así como a las relaciones conflictivas entre sujetos y microgrupos cercanos, que se traducen en envidias, chismes, acusaciones, ofensas, golpes que pueden dar lugar a la emergencia de enfermedades en los miembros de una misma familia que comparten la vivienda o entre vecinos. Frecuentemente los sujetos sufren *vergüenza* cuando se han sentido humillados u ofendidos en público por diversas razones, y especialmente debido a las carencias que evidencian su pobreza.

Gutiérrez y Pacheco (2013: 265) coinciden en gran medida con lo descrito por Imberton, considerando que entre los choles de Tila, la enfermedad es resultado de las relaciones sociales negativas que se establecen entre sujetos del entorno inmediato. Y lo mismo sostienen Hersch y Gonzalez (2011), quienes encuentran que para las personas de una comunidad nahuatl de Guerrero, la *vergüenza* «[...] es una enfermedad resultante de la interiorización, de un sentimiento de pena, turbación, desazón o humillación al experimentar o sospechar un desaire, una burla o una exposición al ridículo» (2011: 185). Es decir, la *vergüenza* opera en sujetos que no pueden soportar emocionalmente determinados procesos que tienen que ver con sus relaciones con otros sujetos, que casi siempre pertenecen a su propio grupo social.

Y estas y otras características relacionales se dan en los diferentes procesos de SEAP que operan en los pueblos originarios; como por ejemplo en el caso de los procesos y padecimientos ginecobstétricos. Recordando que el proceso de embarazo/parto/puerperio da lugar al desarrollo de numerosos rituales sociales que no sólo tienen que ver con las llamadas cosmovisiones relacionadas con dicho proceso, sino con la ansiedad/inseguridad/

miedos de la embarazada y su grupo, generados por diversas razones y especialmente por las altas tasas de mortalidad materno/infantil. Pero ocurre que la masa de estudios sobre embarazo, parto y puerperio, y especialmente los estudios sobre parteras, no aportan datos sobre los mismos en términos de mortalidad, por lo que pareciera que a ninguna partera se le muere la parturienta y/o el recién nacido en grupos, donde hasta hace pocas décadas, la totalidad de los partos eran realizados por parteras y, en menor medida, por autoatención familiar⁷.

En torno al embarazo/parto/puerperio y a sus consecuencias en términos de mortalidad y enfermedad, se desarrollaron algunos de los más frecuentes rituales que operan en todos los grupos originarios mexicanos, y de los cuales el más notorio y frecuente ha sido el denominado “velorio del angelito”. Este ritual ha tenido una enorme expansión por toda América, y refiere a la muerte de un niño pequeño que, como aún no pecó, es un “angelito” que va directamente al cielo; y que, dada su pureza, es enterrado en un ataúd de color blanco, dando lugar a una serie de festejos que pueden durar varios días, y en los cuales se come, se bebe y se canta, puesto que el “angelito” está junto a Dios. Es decir, la muerte del “angelito” da lugar a reuniones familiares/comunitarias que reforzarían las relaciones sociales.

Este ritual está en vías de desaparición o se ha reducido fuertemente debido a varios procesos, pero sobre todo a la reducción constante de la mortalidad infantil y, especialmente, a la neonatal. Por lo que necesitamos asumir que, hasta no hace muchas décadas, el número de niños que moría en los grupos étnicos y no étnicos era altísimo y, por lo tanto, dicho velorio era uno de los rituales más frecuentes, así como uno de los principales mecanismos de integración social y cultural. Y así, por ejemplo, en su estudio sobre los triquis de Oaxaca, Mendoza (1994) encontró que, en la década de 1970, todavía morían la mitad de los niños triquis menores de un año (ver también CORTÉZ 2015; PEÑA 2006)⁸.

Por lo que considero que sería importante buscar que rituales han desaparecido, cuáles son los vigentes y si se están generando nuevos rituales; así como relacionar la desaparición o persistencia de rituales con la persistencia de padecimientos específicos. Necesitamos, por lo tanto, reflexionar sobre las relaciones entre rituales y padecimientos/desgracias/premoniciones negativas que en gran parte se organizan en torno a determinados momentos de la vida colectiva, en los cuales la posibilidad de muerte aparece como más inmediata.

Y es debido a las posibilidades mortales o por lo menos enfermantes que operan en el embarazo/parto/puerperio en la mayoría de los pueblos originarios, que los mismos han generado toda una serie de criterios de prevención que, por ejemplo, recomiendan a las embarazadas no pasar cerca de los panteones pues pueden enfermar por los *aires* que emanan de los mismos; así como también se les recomienda no ver un cadáver, dado que el futuro niño puede nacer muerto o con problemas de salud. Así como también la embarazada debe satisfacer sus *antojos*, por ejemplo de comer un alimento que desea, pues de no hacerlo puede afectar a su futuro hijo que puede nacer con la cara manchada con el color del alimento que la embarazada no comió. Y una parte sustantiva del papel de la partera tiene que ver con la aplicación de estos criterios de prevención durante el proceso de embarazo/parto/puerperio.

Vinculada a la relación materno/infantil tenemos uno de los más extendidos padecimientos tradicionales, nos referimos a la *chipilez*, que se genera en el niño cuando la mamá lo desteta porque va a dar de mamar a otro hijo recién nacido, lo que genera decaimiento, tristeza, e inclusive fiebre en el niño destetado, por lo que necesita ser sanado. Este síndrome se expresa también a través de otras formas, como es el caso del padecimiento *chich nak* entre los mayas peninsulares; padecimiento que contrae el hijo más pequeño cuando la madre se embaraza, y que se caracteriza porque el niño tiene tristeza y desasosiego. Además, en varios grupos existe el *descriado* que ocurre en niños cuando toman leche de su mamá embarazada; observando que los otomíes consideran que el padecimiento se desencadena porque la leche que bebe el niño pertenece al futuro hermano (ZOLLA 1994a; 1994b). Maya y Venegas-Lafón (2009: 89-90), estudiando la *chipilez* en Tetalcingo (Morelos), consideran que no sólo tiene que ver con la relación madre/hijo, sino que es una expresión de los conflictos conscientes e inconscientes de celos que se dan entre la suegra y la nuera, y que potencian los celos de los niños frente al hermano por nacer.

En los diferentes grupos étnicos existen variaciones de este síndrome, como es el caso de sectores sociales del estado de México en los que existe un padecimiento llamado *xiconcko*, que es generado por el calor que sufre un niño cuando su hermano menor recibe más atención de la madre. Así como en ciertos grupos de los Altos de Chiapas existe la *quebradura en el niño*, que es un padecimiento que sólo se da en niños varones cuando están en contacto con mujeres embarazadas o menstruando. Pero, como sabemos, la mujer embarazada genera calor que puede enfermar a niños pequeños, padecimiento que recibe el nombre de *pujo* en algunos grupos,

y de *quemada* en otros. A su vez, entre los chatinos de Oaxaca, se genera la *alferecía*, sobre todo en lactantes, cuando la madre está enojada transmitiendo su enojo al niño mientras lo amamanta. Otra variante, es el niño *enlechado* que se da en lactantes que absorben leche de su madre; una leche que enferma dado que la mamá padece de *susto* o de *muina*, que constituyen dos de las principales enfermedades tradicionales. Pero subrayando que la mujer infértil también puede generar *mal de ojo* en los niños. Es decir que las nociones de que “otro” cercano genera padecimientos, y que la envidia está en el centro de dicha relación, los sujetos lo aprenden/padecen desde niños en estos grupos.

Toda esta serie de procesos relacionales refieren a la posibilidad de enfermedades y de muertes; así como otros rituales tratan de reducir la ansiedad y angustia generadas por el parto a la embarazada. Por lo que estas relaciones que enferman y rituales que sanan, refuerzan la integración socio-cultural de estos grupos, pero sin poder evitar gran parte de las muertes materno/infantiles, dadas las condiciones de vida, los conflictos relacionales cercanos y las limitaciones terapéuticas que operan en dichos grupos.

Si bien los procesos de SEAP nos indican que las relaciones sociales cercanas son básicas para atender y prevenir los padecimientos que sufre un sujeto; sin embargo también nos indica que dichas relaciones pueden generar enfermedad y muerte. Y así entre los purépechas, el *mal de ojo* y, entre los huaves, la enfermedad llamada *cara manchada*, pueden ser causados por conflictos sociales entre vecinos. Conflictos que suelen dar lugar a una serie de intervenciones técnicas, generalmente solicitadas por alguien a un curador tradicional para enfermar o desenfermar a un sujeto o familia cercanos.

Una de las principales intervenciones técnicas es la *brujería*, ya que en casi todos los pueblos originarios mexicanos hay una serie de padecimientos que son producidos por brujería. Y así, por ejemplo, en diferentes pueblos el aborto, el surgimiento de cierto tipo de granos (*achios, escupida*), enfermedades de los huesos (*casihuistle*), un padecimiento que limita los movimientos llamado *cho pol*; una enfermedad respiratoria que ataca la garganta (*k'ush muk*), así como una parte de los *sustos*, los *malos aires*, y en general diferentes formas de *locura* pueden ser causadas por brujos a solicitud de alguien que busca “echar” el mal a otro, frecuentemente por envidia.

Es importante consignar que, en varios grupos, casi todo alcoholismo es producto de *brujería*; más aún, para los huastecos cualquier enfermedad prolongada, accidente o infortunio puede ser producido por brujerías.

Mientras en los Altos de Chiapas hay una palabra que incluye todas las enfermedades generadas por *brujería*, que son además enfermedades graves, dado que para los tzotziles y tzeltales – según algunos autores – la función principal de los brujos es generar enfermedades que pueden matar. En general podemos concluir que para los pueblos originarios los padecimientos que generan mortalidad o comportamientos “extraños”, y que no pueden ser curados por médicos ni tampoco por una parte de los curadores tradicionales, serían causados por *brujería*. De tal manera que un aborto espontáneo o malformaciones en un recién nacido en Cintalapa (Chiapas), son explicados por *brujerías* (MONDRAGÓN 1998); subrayando que lo mismo ocurre en la mayoría de los grupos étnicos de los que tenemos información.

Entre los tepehuanes el hechizo es realizado por un sujeto que está disgustado con otro, y que quiere vengarse; entre los tzotziles es el resultado de relaciones interpersonales conflictivas, por lo cual se busca dañar a las personas con las que existen problemas. Por lo que la *brujería* expresaría las relaciones sociales negativas que operan en las comunidades; y así, por ejemplo, entre los huicholes hay una enfermedad *niericarry'a* operada por brujos, para que un sujeto embrujado tenga problemas con las personas de su comunidad. De tal manera que, según Zolla, la *brujería* «transforma en enemigos potenciales a todos los vecinos en el marco de la interacción comunitaria. De esta manera, se manifiesta como posible origen de todas las aflicciones» (1994a, Tomo I: 219).

En México, las consecuencias generadas por *brujería* operan desde la Tarahumara hasta los Altos de Chiapas y son realizadas por brujos a pedido de alguien que quiere generar mal en el otro, tanto a nivel físico como mental y social; pudiendo afectar también a los familiares del embrujado. Recordando que el peligro de morir por *brujería* en pueblos originarios mexicanos «es mucho mayor que por cualquier enfermedad» (ZOLLA 1994a, Tomo I: 219). La presencia del daño generado por un brujo es tan frecuente que, por ejemplo, entre los mixe el curador frente al *mal de ojo*, *mal aire*, *susto* u otros padecimientos con que llega el paciente a consulta, lo primero que le pregunta es: “¿Quiénes son tus posibles enemigos?”. En varios grupos étnicos, el largo interrogatorio que practica el curador busca en el “paciente”, sobre todo, este tipo de respuesta.

Según toda una serie de autores, el papel de la *brujería* está basado en las carencias económicas y en la envidia de la población hacia lo que tiene el otro, lo que genera conflictos de diferente nivel de intensidad que puede llevar inclusive a la muerte. Para algunos analistas, esta situación se habría

incrementado a partir del desarrollo de ciertos procesos socioeconómicos, ya que autores como N. Thomas (1974: 165) han concluido, desde mediados de la década de 1960, que el incremento demográfico, el agotamiento de las tierras productivas para el cultivo del maíz y el moderno desarrollo de la propiedad privada de los terrenos dedicados al cultivo del café, han contribuido a crear tensiones sociales y psicológicas en la población zoque. Que promueven la generación de *brujerías*. Lo que ya había sostenido R. Redfield (1941) para Yucatán en la década de 1930, pero atribuyendo el incremento de la brujería al proceso de urbanización.

De lo desarrollado surge que casi todas las *brujerías* operan respecto de relaciones interpersonales cercanas, lo cual implica incluir las *brujerías* por envidia de animales, de viviendas o de tierras que tiene el otro envidiado; así como también incluir las brujerías para generar amor o desamor, y para producir alcoholismo y otros padecimientos físicos y mentales en un “otro” cercano (MONDRAGÓN 1998). Por lo tanto, las brujerías son intencionales y los brujos son constructores de enfermedades; subrayando que la brujería es parte de la vida cotidiana de las comunidades. Es decir no refiere a hechos extraordinarios, sino todo lo contrario, ya que puede ser usada para conquistar a una mujer o para convertirla en prostituta; para que a un conocido le vaya mal en el trabajo, mientras que a mi me vaya bien económicamente; para que haya conflictos dentro de una familia o para lograr que regrese un ser querido.

Ahora bien, como respecto de gran parte de los procesos de SEAP tradicionales, la envidia aparece también como uno de los núcleos causales fuertes de las brujerías, tanto que para varios autores la principal motivación de los usos de la brujería es la envidia. Y así entre los chichimecas de Guanajuato, la enfermedad conocida como *destierros* surge entre vecinos o parientes por envidias económicas, por disputas de tierras o por celos. Mientras entre los huicholes, el padecimiento llamado *mal puesto* es generado también por brujos debido a envidias; así como la adquisición de bienes, de prestigio, e inclusive de hijos puede generar envidias y mortalidad infantil entre los mazahuas (PEÑA 2006).

En general, la brujería y las estrategias para contrarrestarla operan dentro de un clima social de inseguridad y duda constante, ya que no se sabe quién mandó embrujar, y no se sabe que brujo fue quien embrujó. Lo cual debemos relacionar con una sociedad donde la muerte siempre está amenazando, dadas las altísimas tasas de mortalidad por enfermedades, y en algunos grupos por violencia, como es el caso de los triquis de Oaxaca don-

de la muerte y el temor a un enemigo están siempre presentes (MENDOZA 1994, 2013). Son sociedades, donde casi todo lo que opera en la vida cotidiana puede enfermar, puede asustar, puede intranquilizar.

La brujería cumple numerosas funciones para la población, desde canalizar las envidias hacia el otro, hasta justificar “porque me va mal en la vida”, ya que ello se debería al embrujamiento y no a mis características personales. Por lo tanto, la brujería puede enfermar a un sujeto, pero también puede ser usada para redirigir el mal a la persona que se supone solicitó la brujería que enfermó a dicho sujeto (EROZA, CARRASCO 2020). Por lo que la brujería puede servir para generar enfermedades, como “para evitar enfermarme”; subrayando que esta dualidad se encuentra también en el alcohol cuyo consumo no puede faltar en las principales fiestas, ceremonias y rituales que realizan los pueblos originarios, constituyendo un importante medio de integración sociocultural; pero que simultáneamente puede generar todo tipo de violencias (MENÉNDEZ 1991; NATERA 2019). Más aun, casi todos los tipos de curadores tradicionales utilizan el alcohol en algunas de sus principales terapias, pero también en los hechizos; es decir la sanación y el embrujamiento constituyen una unidad, que al igual que el alcohol incluyen simultáneamente “el bien y el mal”.

El *mal de ojo* ha constituido, desde que tenemos información, la primera causa de enfermedad tradicional; que como sabemos, afecta sobre todo a niños, quienes serían *ojeados* al ser mirados por personas fatigadas y sudorosas que regresan de su trabajo, por embarazadas, por mujeres infértiles, por borrachos o por personas que tienen hambre, así como por personas que no pertenecen a la comunidad. En el caso de los mayas yucatecos, según varias fuentes, incluida mi experiencia personal, los ojeadores son casi siempre personas cercanas con determinado nivel de *calor* y que ojean involuntariamente; es decir, no generan la enfermedad intencionalmente, sino por el calor que despiden, y que puede tener que ver con su deseo respecto del niño que ojean. Subrayando que se ojea más a niños que a niñas, lo cual entre otras cosas es un indicador del estatus inferior de la mujer a nivel comunitario, lo que se expresa a través de casi todos los procesos de SEAP.

Gran parte de los analistas han colocado el núcleo del *mal de ojo* en la *mirada fuerte* del ojeador, y en la debilidad del ojeado, que casi siempre es un niño justamente caracterizado por su *debilidad*; por lo que, dada la alta frecuencia del mal de ojo en los niños, los grupos han generado estrategias de prevención relacionales basadas en el ocultamiento y/o el afeamiento del niño; es decir tratar que el mismo no sea ‘mirado’, o que dada su fealdad

no despierte envidia. Ahora bien, hay un hecho que nos parece importante subrayar y es que, en la mayoría de los grupos étnicos mexicanos, quien “ojea” no es un extraño/extranjero, sino un miembro de la comunidad, lo que expresa una vez más que son los sujetos cercanos, los que por diversas razones son los productores de enfermedades tradicionales en los otros.

Existe una serie de padecimientos atribuidos a las relaciones sexuales; y así en varios grupos se presentan el *empacho de hombre* y el *empacho de mujer*, que refieren al “abuso” de relaciones sexuales en ambos géneros. Más aún, en ciertos grupos, hay un padecimiento llamado *enculado* que refiere a los recién casados que “abusan” de las relaciones sexuales. También existe en grupos del estado de Puebla un padecimiento llamado *chuquia* que afecta a los hombres que mantienen relaciones con sus esposas durante el puerperio, pese a que se recomienda la abstinencia durante dicho lapso. Padecimiento que, entre los totonacas de Veracruz, se llama *quemada de parto*, afectando no sólo al varón, sino también a su mujer e hijos; y recibiendo otros nombres entre los tepehuanes, ixcatecos y popolocas. Además, hay grupos que prohíben las relaciones sexuales durante la menstruación de la mujer, llamándole también *empacho de mujer*, por lo que es importante señalar que, por ejemplo, respecto de tener o no tener relaciones sexuales durante el embarazo, unos grupos lo aprueban pues beneficiarían al futuro hijo, mientras otros lo prohíben, justamente porque afectaría negativamente al hijo. Pero más allá de la aprobación o no, lo que surge nuevamente es que lo que ocurre se decide en las relaciones sociales.

Tenemos varios padecimientos que tienen que ver con las relaciones extramaritales, como la *tsipuriquiya* entre los huicholes, que afecta la piel de los hijos; y el *coraje de amor* que también se expresa en la debilidad y enflaquecimiento de los hijos en la Costa Chica de Guerrero, y que es debido a las infidelidades del padre. A su vez entre los cho’l de Tila denominan *vergüenza de mujer* al padecimiento que sufre un hombre al soñar con una mujer que no es su esposa, así como también existe la *vergüenza de hombre* en el caso equivalente de las mujeres (GUTIÉRREZ, PACHECO 2012). Mientras hay otro padecimiento llamado *cefalo*, caracterizado por el decaimiento y el desgano, y que ocurre en hombres que andan con muchas mujeres.

En diferentes grupos, observamos ciertos padecimientos que se generan cuando niños o jóvenes ven relaciones sexuales que las normas comunitarias establecen que no deberían ver; y así tenemos el *pegatriste* en grupos zapotecos de Oaxaca, que contraen niños o jóvenes que, por ejemplo, al pasar por un arroyo ven a una pareja teniendo relaciones sexuales. Entre

los chontales de Oaxaca existe una variante denominada *guicha* que se da en población adulta cuando se presencia un acto sexual; mientras entre los zapotecos y los chontales los sujetos pueden enfermar cuando son sorprendidos durante el coito. Como vemos, toda una serie de normas sociales tienen un importante papel en el control de las relaciones sexuales maritales y extramaritales. Más aún, las brujerías también han sido aplicadas para el control de las relaciones de pareja; y así existe un padecimiento, denominado *atontado* en grupos de Veracruz, que se caracteriza porque la mujer domina a su pareja a través de técnicas mágicas, constituyendo una variante, generar impotencia sexual en el marido a través de hechizos. Existen también una serie de estrategias de enamoramiento y de desenamoramiento, que incluyen la posibilidad de volver prostituta a una mujer que desea al esposo de la que lanza la brujería; o de convertir en alcohólica a una persona infiel. Tenemos por fin, entre los zoques, un tipo de enfermedad llamada *engaño* que se produce cuando una persona se enamora de otra, y esta no le corresponde; existiendo variedades de este padecimiento en otros grupos.

La gran cantidad y variedad de padecimientos construidos por los pueblos originarios en torno a las relaciones sociales, incluidas las sexuales, evidencia por lo menos dos hechos. Primero, que la mayoría de las enfermedades tradicionales se construyen a partir de los procesos cotidianos; es decir todos los aspectos básicos de la vida cotidiana pueden dar lugar a la generación de padecimientos. Segundo, que la mayoría de estas enfermedades cumplen funciones de control social y cultural, ya que establecen las normas sociales que deben ser cumplidas por los miembros del grupo. Según Arias (1975), para los mayas de los Altos de Chiapas, la enfermedad es el castigo más temido por actos que amenazan el orden establecido, constituyendo la prueba de que una persona o una comunidad no se comportan de acuerdo con las normas ideales, señalando que:

cuando una persona enferma, lo primero que piensa (y piensan sus familiares) es que alguna anormalidad ha ocurrido a su alrededor, debido principalmente a algún acto o alguna omisión suyos, de sus familiares cercanos; o, cuando la enfermedad sobreviene en forma epidémica, de la comunidad. La causa de esa falta de armonía puede haber sido una conducta jactanciosa asumida para desafiar a otras personas o abusar de ellas; alguna disputa justificada o injustificada; el incumplimiento de alguna obligación u otras faltas de respeto a los poderosos seres invisibles (ARIAS 1975: 89-90).

Pero subrayando que dicho control social se desarrolla a través de relaciones sociales, lo que aparece evidenciado en los casos ya analizados, y que

trataremos de ver a continuación a través de procesos relacionales referidos a violencias, a emanaciones y a relaciones de poder. Y así observamos que existen dos padecimientos que afectan sobre todo a niños pequeños; el primero es una de las principales enfermedades tradicionales que opera en casi todos los grupos étnicos, me refiero a la *caída de mollera* que es generada por caídas y por golpes en niños muy pequeños, y que pueden generarles la muerte. Y otro, que opera sobre todo en comunidades del centro de México, denominado *mal accidente o chupadura de la bruja*, que también refiere a niños pequeños que aparecen muertos generalmente por aplastamiento de la madre mientras duermen en el *petate*, y que la familia atribuye a las acciones de una bruja (FABREGA, NUTTINI 1993; MENÉNDEZ 1984). Ambos casos remiten a familiares cercanos y, sobre todo, a las madres que generan los accidentes de sus hijos involuntariamente.

Hay toda una serie de consecuencias físicas y mentales que se generan también a partir de relaciones sociales cercanas violentas, incluidas centralmente las relaciones familiares. Como vimos, una parte significativa de las violencias cercanas constituyen violencias simbólicas que se ejercen a través de la brujería; mientras otras operan a través de agresiones físicas, y ambas pueden llevar a la muerte. La mayoría de las violencias física no tienen nombre, y no han sido estudiadas por la MT, salvo algunas excepciones como la *chupadura de la bruja* ya citada. Asumiendo que las violencias homicidas más frecuentes son las que se dan entre varones; mientras las agresiones físicas más reiteradas son las ejercidas por los padres respecto de los hijos, y por los hombres respecto de sus mujeres; subrayando que todas estas violencias son parte normalizada de la vida cotidiana, y están legitimadas social y culturalmente.

Una de las violencias que no tienen nombre, son las denominadas “violencias de sangre”, que es un término académico. Estas violencias remiten a la serie de asesinatos entre familias generados por diversos tipos de conflictos, ofensas u homicidios que deben ser vengados; es decir, son asesinatos que deben cumplirse como parte de las obligaciones socioculturales que tienen los sujetos pertenecientes a una sociedad determinada. Dichos asesinatos son de tipo corporativo; es decir, si el sujeto que buscan los homicidas para vengarse no lo encuentran, pueden matar a otros miembros de la familia e inclusive a amigos de la misma (MENÉNDEZ 2009)⁹. Como aparece en textos referidos a diferentes grupos (ROMANUCCI-ROSS 1973; FLANET 1977, 1986; FRANCO 2003; MENDOZA 1994, 2013), estas violencias son siempre relacionales y tienen que ver con conflictos entre sujetos y grupos que se perpetúan en el tiempo a través de generaciones.

Ya he comentado una serie de padecimientos tradicionales referidos a embarazadas que tienen que ver con los *aires* transmitidos por los muertos; pero aclarando que los aires pueden afectar a muy diferentes sujetos, y no sólo a embarazadas. Entre los triquis de Oaxaca (MENDOZA 1994), en el panteón de la localidad de San Juan Copala, existe una zona donde sólo entierran a los asesinados, por lo que se aconseja no pasar de noche, dado que las emanaciones que surgen de dicho espacio pueden enfermar a cualquiera que transite por el lugar. En varios grupos, las emanaciones de los difuntos pueden producir varios tipos de enfermedades, entre ellas cáncer, denominado *cáncer de muertos*.

Es interesante observar que especialmente las mujeres en su rol de embarazadas y madres, pero también de prostitutas pueden generar emanaciones y 'calores' mórbidos. Pero más allá de que estas enfermedades puedan ser referidas a la teoría de los miasmas, que recordemos era todavía parte del saber biomédico a finales del Siglo XIX; o al equilibrio frío/caliente, lo que nos interesa subrayar es el papel que tienen las emanaciones o el "calor" de determinadas personas en la generación de enfermedades en sujetos cercanos o muy cercanos, evidenciando nuevamente el peso de las relaciones sociales simbólicas y no simbólicas.

Lo señalado previamente podemos vincularlo con la existencia de padecimientos que son generados en sujetos considerados "débiles" por sujetos caracterizados por el carácter, el corazón o la "mirada fuerte" así como por su naturaleza "caliente". Los sujetos considerados débiles son, sobre todo, los niños pequeños que se caracterizan por la alta frecuencia de enfermedades y por las altas tasas de mortalidad. Es debido a su "debilidad", que en grupos como los mazahuas, la brujería tiene más efecto en los niños, pues los adultos, y sobre todo los hombres, pueden fortalecerse para enfrentar el embrujamiento (PEÑA 2006), dado que tienen un "alma fuerte", y por lo tanto tienen menor riesgo de padecer enfermedades en el caso de los tzotziles. Lo que se debería a que los varones adultos son los que mejor se ajustan a las normas socioculturales comunitarias (CONTRERAS 2001: 57).

Esta relación "fuerte/débil" no sólo se ha detectado y estudiado en México, sino que antropólogos norteamericanos (BAER, BUSTILLO 1993; LOGAN 1993) la han observado en población mexicana en los EEUU. Concluyendo, al igual que Contreras, que la incidencia de enfermedades como el *susto* tiene que ver con las pautas ideales del grupo, pues quienes más las cumplen son los sujetos que menos se enferman, son los que menos se "asustan", mientras los que más se enferman – niños y mujeres – son los actores

caracterizados por su “debilidad”, dado que no pueden cumplir las normas comunitarias como los actores “fuertes”.

Lo cual implica la existencia de dos procesos complementarios a los que ya me he referido; uno, la función de control social y cultural que tienen las enfermedades tradicionales; y otro, que evidencia que a través de los procesos de SEAP tradicionales se legitiman y normalizan las relaciones de superioridad/inferioridad, dominador/dominada, explotador/explotada que operan en las relaciones hombre/mujer. La información antropológica evidencia que las mujeres se enferman mucho más que los varones, los niños son más “ojeados” (deseados) que las niñas, las familias prefieren que nazcan varones y, en segundo lugar, mujeres; las mujeres son vendidas/compradas como parte de contratos matrimoniales, las violencias contra las mujeres por parte de sus parejas están legitimadas socioculturalmente y los curadores tradicionales de mayor estatus son varones.

Subrayando que este tipo de relaciones varón/mujer opera en todos los ámbitos de la vida cotidiana incluyendo, por ejemplo, la alimentación, como lo observamos en la distribución diferencial de los alimentos durante las comidas, según la cual las mejores y mayores cantidades de alimentos los reciben el padre y los hijos varones mayores, es decir los que están dedicados a la producción para vender y/o comer, mientras las hijas, los hijos menores y la madre reciben las raciones menores. Esta distribución diferencial, según Maya (2017: 51-52), afecta negativamente especialmente a niñas y niños¹⁰.

Por lo que la “Cultura”, especialmente a través de los procesos de SEAP, legitima la inferioridad, subordinación, cosificación, exclusión de la mujer, y normaliza la superioridad masculina. Más aún, convierte en “invisible” esta relación, tanto que las mujeres la aceptan como parte natural de la/su Cultura, a la que en gran medida reproducen a través de los procesos de SEAP. Lo que obviamente no ocurre solamente en los grupos originarios, sino que sería parte normalizada de casi toda sociedad conocida.

Emociones y padecimientos tradicionales. La centralidad de la “envidia” y las resignificaciones del “espanto”

Las emociones son parte de los padecimientos tradicionales que venimos analizando, de tal manera que la *vergüenza*, los *corajes*, los *resentimientos*, la *tristeza*, los *espantos* y, especialmente la *envidia*, constituyen algunos de los principales componentes de los procesos de SEAP tradicionales.

En comunidades de Michoacán, «[...] cuando existen enfermedades de muy diversas características, pero que tardan en desaparecer, son atribuidas a la envidia, a los rencores, a los amores, a los temores e inclusive a problemas de diversa índole, como los que pueden tener los arrendatarios con los inquilinos» (RUIZ 2000: 155). De tal manera que las emociones pueden producir padecimientos, como el *susto*, que afectan a todos los grupos indígenas y otros que afectan a ciertos grupos en particular, como la *calentura por regaño*, que puede surgir cuando una persona es amonestada delante de otros, o el *azareo* que se genera en una persona, cuando esta es *chuleada* (elogiada) públicamente.

Pero esta notoria presencia de las emociones, sólo ha sido reconocida en las últimas dos décadas por una parte de los estudiosos de la MT; y ello pese a que Ryesky consideraba ya, a mediados de los 70 que, por lo menos ciertas enfermedades tradicionales mexicanas como el *espanto*, la *bilis* y la *chipilez* «tienen conexión con el estado anímico del individuo, en cuanto que las experiencias emocionales perturban el equilibrio emocional normal y hacen al individuo más vulnerable a las enfermedades» (RYESKY 1976: 64-65). La negación de las emociones entre 1930 y 2010 tiene que ver con la tendencia dominante de la antropología mexicana a reducir los procesos de SEAP a lo cultural¹¹. Es decir, hasta hace poco, lo importante de la “emoción” no radicaba en ella, sino en su uso y función cultural.

Como señalamos, la *envidia* constituye la “emoción” que más genera conflictos, agresiones y enfermedades; por ejemplo, en un pueblo zoque de Chiapas, la *envidia* es «[...] la motivación subyacente de todo acto abierto de agresión o expresión de mala voluntad de una persona hacia otra» (THOMAS 1974: 76), de tal manera que si un niño muere al poco tiempo de nacer, o una señora muere de una enfermedad grave, los mismos suelen ser atribuidos a brujerías hechas por envidia. Y al igual que en otros pueblos originarios, estos fenómenos de envidia y muerte ocurren entre sujetos y grupos caracterizados porque unos tienen más que los otros frecuentemente en términos económicos. Ahora bien, es importante señalar que éstos constituyen hechos constantes, tanto que, por ejemplo, los curadores tradicionales yaquis reciben semanalmente entre dos y tres pacientes afectados de hechizos vinculados a *envidias*.

Las *envidias*, proveen de explicaciones a la población respecto de algunas de sus más graves situaciones, considerando que el texto de Peña (2006) sobre comunidades mazahuas es uno de los que etnográfica y teóricamente evidencia con mayor calidad lo señalado. Esta antropóloga encontró en la

comunidad trabajada que, de 52 niños nacidos vivos, 14 fallecieron, y 9 de ellos murieron por brujería, la cual fue generada por la envidia desarrollada entre grupos familiares vecinos, debido a diferentes tipos de conflictos, en su mayoría de tipo socioeconómico. Pero la envidia es referida a sujetos de todas las edades, y opera tanto en relaciones inter como intragenéricas; constituyendo la emoción que más interviene en la mayoría de los conflictos que se dan entre personas, y lo subrayo, cercanas.

Como ya lo hemos señalado, en gran parte de los pueblos originarios las violencias homicidas son frecuentes y aparecen vinculadas a la envidia; y así, por ejemplo entre los otomíes, la envidia es una de las motivaciones más comunes que llevan al asesinato: «Con el término envidia los otomíes expresan un estado de hostilidad hacia una situación que reprueban, por ejemplo el enriquecimiento. Por consiguiente, los tenderos y aquellos que se alejan de la norma social de pobreza son víctimas privilegiadas de la envidia» (GALINIER 1987: 449). Y estas envidias y conflictos pueden ser “resueltos” a través de enfermedades “hechadas” por brujos o a través de homicidios. Más aún, los asesinatos por envidia suelen ser legitimados no sólo culturalmente, sino también a través de los sistemas judiciales propios de, por lo menos, algunos grupos originarios como los otomíes. Entre éstos, según Galinier, la “envidia” generaría más homicidios que el robo, ya que si la víctima es un “rico”, el pueblo asume normalmente el crimen y otorga al asesino cierta indulgencia, de la que sólo gozan quienes eliminan a los individuos descarriados (1987: 484). Y éstos, son comportamientos normalizados socioculturalmente.

De hecho, la *envidia*, como lo hemos señalado, constituye la principal estructura cultural de los padecimientos tradicionales dominantes en los grupos originarios mexicanos, considerando algunos analistas, que la envidia y los padecimientos relacionados con la misma, no son de origen prehispánico sino que son producto de la expansión europea¹². Ahora bien, la posibilidad de demostrar que la envidia es precortesiana o es una importación/aculturación, puede ser interesante, pero desde nuestra perspectiva lo decisivo es observar la existencia o no de la envidia en la vida actual de los pueblos originarios, así como establecer el papel que cumple respecto de los procesos de SEAP en términos personales y colectivos. La discusión sobre los orígenes puede ser no sólo interesante sino valiosa, pero en el caso de los procesos de SEAP los analistas tienden a colocar el eje de interés en el pasado, y no en los procesos actuales de vivir/enfermar/sufrir/morir.

Además, los procesos generados por la envidia aparecen estrechamente relacionados con las condiciones de pobreza, de escasez, de carencia, y con las pequeñas desigualdades socioeconómicas locales. Tanto, que respecto de los zoques, Thomas concluye que, «el único momento no económico de envidia que aparece con frecuencia es el que deriva de las peleas de los borrachos, que casi invariablemente implican celos por mujeres» (1974: 76). Las envidias surgen estructuralmente a partir de las condiciones socioeconómicas dominantes en cada comunidad, lo que no sólo tiene que ver con la pobreza sino especialmente con las pequeñas desigualdades que se generan entre los miembros de la comunidad.

Más aún, la mayoría de los analistas, inclusive una parte de los interesados en el papel central de las cosmovisiones, reconocen que gran parte de los procesos de SEAP remiten a las condiciones económicas y sociales dentro de las cuales viven estos grupos. Encontrando que la casi totalidad de las *envidias* y de las agresiones que genera, son lanzadas contra personas que tienen un estatus similar de pobreza y de carencias, o sólo tienen un poco más que quien “envía” la enfermedad por envidia. De tal manera que los sujetos de estos grupos, no dirigen su violencia hacia los que los explotan, marginalizan y/o racializan, sino casi siempre hacia los pares que han logrado algunos bienes que ellos no tienen.

En comunidades donde los conflictos por *envidia* son frecuentes y referidos a lo que el otro tiene y yo deseo, la resolución de dichos conflictos puede darse mediante dos estrategias básicas: a través de generar daños en forma directa o indirecta a la persona o microgrupo que se envidia, ya sea a través de rituales familiares o de la intervención de un brujo. Mientras que la otra “solución”, opera a través de violencias que pueden concluir en homicidios entre los sujetos y grupos en conflicto por envidias, y que suelen apelar a la venganza, como justificación de las violencias homicidas. Y ambas estrategias están normalizadas culturalmente; de tal manera que existiría una estructura básica envidia/venganza que opera dentro de contextos de carencias, donde los sujetos luchan por los “bienes limitados” (FOSTER 1965; 1972).

Además de la envidia, en los pueblos originarios encontramos otras emociones que son enfermedades en sí o que pueden generar padecimientos como son la *bilis*, los *corajes* y, especialmente, los *sustos* o *espantos*. Observamos que la *bilis* se genera particularmente en personas que tienen frecuentes enojos al reprimir sus emociones; siendo la represión de estos enojos la que genera una serie de padecimientos que, por ejemplo, las madres trans-

miten a sus hijos, como lo describimos previamente. Toda una serie de padecimientos conocidos como *muínas* en diversos grupos, *dolor de corazón* en los huastecos, y *ataques* entre los cuicatecos son generadas por *corajes* o *sustos*. Cartwright (2009), describe toda una serie de *corajes* que se dan entre los amuzgos, tanto en su natal Oaxaca como en sus asentamientos migratorios en Sonora; de tal manera que pareciera que los sujetos de este grupo generan constantes *corajes* como parte normalizada de sus vidas. Subrayando que Cartwright, como otros analistas, coloca el peso de los *corajes* en las emociones y no en las relaciones sociales, pese a reconocer el papel de estas últimas.

El *susto* o *espanto* opera en casi todos los grupos originarios y, según la mayoría de los antropólogos, es actualmente la enfermedad tradicional de mayor incidencia e importancia en los pueblos originarios y en los no originarios. Históricamente la forma más frecuente de *susto* es la conmoción que se genera en un sujeto cuando encuentra en su camino a figuras míticas que cuidan el espacio por el que transita el futuro asustado. Pero también pueden generar *sustos* la visión de un difunto que aparece sorpresivamente; así como las caídas, golpes o el encuentro de un niño con su padre borracho. Aunque asumiendo que la forma más analizada por los antropólogos, la que aparece como modelo, es la que tiene que ver con los encuentros con figuras “sobrenaturales” que asustan y generan la pérdida del alma o de la sombra (ZOLLA 1994a; 1994b).

Sin embargo, si bien lo señalado es correcto, en los últimos años se han generado algunas modificaciones sustantivas, pero que no alteran el carácter relacional de este padecimiento. En primer lugar, sin negar el efecto generado por seres sobrenaturales como causal del *susto*, observamos el desarrollo de violencias de muy diferente tipo, que implican nuevos sujetos sociales que “asustan” como los militares, los policías, los paramilitares o el denominado crimen organizado, así como también puede “asustar” participar en enfrentamientos violentos.

En segundo lugar, observamos que, en la mayoría de las etnografías generadas entre 1940 y 2000, los sujetos más expuestos a los *sustos* eran niños pequeños e inclusive lactantes, mientras que en la actualidad si bien sigue operando en niños, su mayor significación se está dando en adultos. Mientras el tercer aspecto refiere a que el *susto* es considerado cada vez más por los sujetos y grupos como una de las principales causas de toda una serie de enfermedades crónico-degenerativas. Es decir, el *susto* sería el padecimiento donde se colocaría el miedo/inseguridad/ansiedad/desco-

nocimiento que causarían la diabetes mellitus y las discapacidades físicas consecuentes; así como también generaría tuberculosis broncopulmonar, cáncer, hipertensión arterial, úlceras gástricas, ceguera, paludismo, herpes, nervios y locuras. Lo que también es reconocido por los curadores tradicionales, ya que, por ejemplo, según Buendía (2015) los curadores totonacos de Veracruz consideran que cuando un paciente tarda mucho en recuperarse de un *susto* es porque tiene tuberculosis, que es una enfermedad muy frecuente en dicho grupo originario. Más aun, los totonacos consideran que un *susto* no atendido a tiempo puede generar diabetes y artritis, o inclusive la muerte.

El *susto* se va constituyendo en un padecimiento generado por preocupaciones, tensiones, miedos que se concentran en el cuerpo del sujeto, dando lugar a diferentes enfermedades tradicionales y cada vez más a enfermedades alopáticas, entre las cuales destaca la diabetes mellitus. Page (2020), a través de entrevistas a pacientes diabéticos de comunidades de los Altos de Chiapas, ha confirmado que la diabetes mellitus de dichas personas está relacionada con el *susto* que les han generado conmociones que ellas han vivido, como la muerte de un hijo que ha sido atropellado por un auto, la muerte de hijos al cruzar la frontera con los EEUU, la violencia intrafamiliar que sufre una mujer o la existencia de un hijo epiléptico con crisis convulsivas que ponen en peligro su vida.

A su vez, Arganis (2018) considera que diferentes grupos rurales, pero también urbanos, relacionan el *susto*, el *coraje* o las emociones fuertes con la diabetes mellitus. Según los sujetos con diabetes entrevistados por esta autora, el *susto* puede ser provocado por situaciones donde se encuentra en peligro la integridad física de la persona o de sus familiares. En términos de género se considera que las mujeres contraen más diabetes mellitus que los varones porque son más susceptibles de “asustarse”, dado que son más “débiles”. De tal manera que el *susto* genera toda una variedad de padecimientos tradicionales y crónico/degenerativos producidos por la conmoción emocional que sufre un sujeto.

Como sabemos, la pérdida del alma ha constituido la más importante consecuencia del *susto* y la que más temía la población; pero según Page (2005) la gente más joven ya no padece la “pérdida del alma” en los Altos de Chiapas. Lo que es reconocido por varios autores, como Campos (1997) quien relata que en la década de 1980, una curandera urbana ya consideraba que la pérdida del alma había casi desaparecido en la ciudad de México, pese a que el *susto* era la enfermedad que atendía con mayor frecuencia. Más aún,

para esta curandera, dadas las características estresantes y conflictivas de la vida urbana, casi toda persona que llegaba a su consulta tenía *susto* o *nervios*; dado que, según ella, ambos padecimientos constituyen una respuesta normal a los conflictos y condiciones caóticas de la vida actual.

Hasta hace pocos años las enfermedades alopáticas más frecuentes en los grupos originarios eran las infectocontagiosas, de las cuales algunas podían correlacionarse con enfermedades tradicionales, y respecto de las cuales la MT generó signos y síntomas “físicos” y simbólicos para detectarlas, así como formas de atención empíricas y mágico-religiosas. De tal manera que el *mal de ojo* podía ser tratado como tal o como *diarrea*, aplicando estrategias simbólicas articuladas con las no simbólicas (MENÉNDEZ 1990). Pero en padecimientos como el *susto*, se aplicaban casi exclusivamente tratamientos simbólicos, lo que ido cambiando al pasar a relacionarse con enfermedades alopáticas e incluir cada vez más formas de atención biomédicas. Pero subrayando que tanto en el pasado como en la actualidad, por lo menos parte de las causales del *susto* tenían y tienen que ver con relaciones sociales.

Lo señalado aparece claramente en los textos del autor que ha estudiado con mayor continuidad el *susto* en México, ya que Rubel desde la década de los 60', sin negar el papel de las cosmovisiones y lo sobrenatural, viene sosteniendo «[...] que el *susto* parece manifestar la incapacidad del sujeto para llenar adecuadamente las expectativas de la sociedad en que se ha socializado» (1967: 84). Considerando en 1979, que las personas que contraían el *susto* en tres comunidades de Oaxaca «se sentían en condiciones deficientes para cumplir la función social y otras funciones específicas de su edad» (RUBEL, O'NEILL 1979: 107). Fundamentando en 1989, ampliamente su interpretación, concluyendo que «reconocer ante sí mismo que no se está cumpliendo con las propias normas de desempeño en tareas básicas, al parecer hace que el organismo de una persona sea más vulnerable a una enfermedad endémica» (RUBEL, O'NEILL, COLLADO 1989: 188). Lo que verificó a través de estudios, en los que encontró que las personas “asustadas” que padecían diabetes mellitus tenían una tasa de mortalidad mayor que los sujetos diabéticos que no habían padecido *susto*.

Si bien el *susto* sigue siendo una de las principales enfermedades tradicionales, sin embargo actualmente sobre todo se lo relaciona con una serie de enfermedades crónico/degenerativas y especialmente con las diabetes mellitus. Esta sería causada por las tensiones que tiene que enfrentar un sujeto como miembro de un grupo social, dado que cuando el varón no pue-

de cumplir el rol que tiene como productor de alimentos para la familia, o la mujer no produce suficiente leche para amamantar a su hijo, pueden enfermar de *susto* (RUBEL, BROWNER 1999: 87). Subrayando, aunque sea obvio, que los comportamientos de rol, o el no cumplimiento de expectativas respecto de los grupos de pertenencia y de referencia, no sólo tienen que ver con un sujeto, sino que refieren a sus relaciones sociales reales o imaginarias con otros sujetos.

Locura, cosmovisiones y otras cuestiones en disputa

En la mayoría de los grupos originarios encontramos estados subjetivos que indicarían algún tipo de problema psíquico o “nervioso” e, inclusive en algunos grupos, existen palabras para designar varios de esos estados, como en el caso de los totonacos que tienen la palabra *yaktzngan* para referirse a personas nerviosas, torpes que hablan tonterías; mientras que los tzotziles tienen la palabra *churaj* que significa loco, caracterizado, entre otros comportamientos, por ver y oír cosas que nadie ve y oye más que él. En ciertos grupos encontramos enfermedades convulsivas como el *insulto*, que se desencadena cuando la persona enfrenta situaciones violentas o reprime sentimientos cuando es insultada, lo que puede generarle epilepsia o parálisis facial.

Según C. Zolla, la *locura* en los grupos originarios mexicanos refiere a trastornos de las facultades mentales manifestados en conductas extrañas que imposibilitan la relación normal de un individuo dentro de su grupo social (1994b, Tomo II: 548). Pero lo dominante en los estudios antropológicos ha sido excluir o directamente negar la existencia de enfermedad mental en dichos grupos, por varias razones que no vamos a desarrollar en este texto. Por lo que a continuación, trataré de rastrear la existencia de problemas psíquicos y de padecimientos emocionales como depresión, ansiedad o tristeza, y su vinculación con relaciones sociales.

La *tristeza* puede aparecer como enfermedad o como generadora de enfermedades, y justamente entre los huave existe un padecimiento denominado *tristeza*, que es causado por un fuerte sentimiento de culpa respecto de algo que hizo la persona; mientras, en otros grupos, existe un padecimiento denominado *cuerda*, caracterizado por la tristeza devenida de un largo estado de depresión. También tenemos la *tiricia*, caracterizada por la tristeza, desilusión y mal humor que sufre una persona, generalmente por la muerte de un ser querido o por la ausencia del mismo en forma perma-

nente. En grupos étnicos oaxaqueños, la *tiricia* actualmente solo la padecen personas mayores, especialmente mujeres, que inclusive pueden morir de tristeza (LÓPEZ, NANCE 2019). Además, en Yucatán las mujeres mayores pueden enfermar de *chik-nak* que les genera tristeza y desasosiego, debido a los problemas económicos que tienen y a la ausencia de su esposo e hijos que han emigrado, lo que se traduce en llantos y soledad. Y algo similar ocurre entre los zapotecos, en los cuales existe la *xhilapa* caracterizada por la tristeza, y que también afecta a mujeres mayores debido a la muerte o ausencia de un hijo o de otro familiar.

En la mayoría de los grupos observamos síndromes de tristeza, de depresión e inclusive de *nervios* definidos como un estado de intranquilidad, y generados por relaciones y situaciones que alteran el estado emocional de los sujetos. Pero además, en una población nahua de Puebla, Castaldo (2002) encontró que ciertos procesos pueden generar *susto*, pero también pueden generar *locura*; de tal manera que la muerte de un padre, el enamoramiento no correspondido o ver a un muerto pueden generar tanto susto como locura. Y esta es una característica de las enfermedades tradicionales, que necesitamos recuperar, ya que varias enfermedades pueden ser catalogadas en forma diferencial, ya que pueden ser *vergüenza* o pueden ser *coraje*; pueden ser *susto* o *locura*, lo que será decidido por el curador tradicional, la familia y/o la comunidad.

En un estudio realizado en una comunidad michoacana, donde por lo menos el 50% de la población era indígena, encontramos en 1979 que una de las primeras causas de consulta de las mujeres en la clínica rural del pueblo eran tristeza, ansiedad, y depresión, que no conseguían abatir a través de tratamientos tradicionales, y que en su mayoría tenían que ver con violencia intrafamiliar y con sentimientos de soledad debido a la ausencia del marido o hijo migrantes. En el año 2000 una investigación sobre el impacto del programa de extensión de cobertura médica a nivel nacional, encontró que gran parte de las mujeres se sienten solas y deprimidas, incluyendo mujeres que vivían en zonas indígenas.

La existencia de cuadros de tristeza, depresión y soledad podemos observarlos en mujeres de origen indígena que migraron a los EEUU, y en las que se generaron cuadros depresivos, en algunos casos severos, que fueron diagnosticados por servicios de salud de los EEUU. La hipótesis inicial de Nadia Santillanes (2018), quien realizó un trabajo de campo de alrededor de un año en una zona de Nueva York donde reside población mexicana, fue que dichos cuadros depresivos se debían a las condiciones de vida

negativa que vivían en los EEUU dichas mujeres migrantes, y que estarían caracterizadas por la marginación, la explotación, el racismo de la población norteamericana hacia los migrantes; así como por el constante miedo a su situación de ilegalidad y la posibilidad de ser deportadas. Pero lo que encontró fue que los cuadros depresivos, según las propias mujeres y según la observación participante que realizó Santillanes, tenían que ver básicamente con el trato y sobre todo con la violencia a la que el varón sometía a su pareja femenina, así como a experiencias de violencia intrafamiliar vividas en México antes de emigrar.

Aunque escasos, también tenemos datos sobre suicidios en pueblos originarios mexicanos, pero salvo en los mayas yucatecos, dichos datos son recientes. Como son el caso de diversos suicidios ocurridos en comunidades chiapanecas (IMBERTON 2014), y especialmente la ola de suicidios de veintiún adolescentes en San Andrés Larrainzar (ARANA, HERNÁNDEZ 2017). Inclusive varios antropólogos me informaron sobre la existencia de suicidios en los grupos estudiados por ellos, pero que no fueron incluidos en sus textos, por no tener que ver con lo que estaban estudiando. Considero que muchos especialistas latinoamericanos consideran explícitamente o no que las enfermedades mentales, incluidos los suicidios, sólo se dan en sociedades estresantes como las “occidentales”. Por eso, y más allá de que los suicidios obedezcan o no a problemas de salud mental, me impacta que los estudiosos de la MT no analicen porque algunos de los grupos originarios de lo que hoy es América Latina, tengan las tasas de suicidio más altas del mundo (CAMPO ARAUZ, APARICIO 2017).

Dentro de este panorama, necesitamos incluir los estados depresivos, ansiosos, estresados generados por las constantes violencias existentes entre sujetos y microgrupos al interior de las comunidades, que pueden dar lugar a padecimientos denominados *ataques, corajes, espanto*, que constituyen, por lo menos, padecimientos o problemas psicosociales relacionales y emocionales. Los que podrían ser relacionadas con enfermedades psicosomáticas alopáticas, pero a partir de las propias concepciones de los pueblos originarios; dado que, como estamos viendo, gran parte de las enfermedades tradicionales constituyen unidades psico/socio/cultural/somáticas, tanto en su causalidad y desarrollo como en su sanación.

Por último, hay una ‘costumbre’ que opera en los grupos originarios, y que tiene que ver con un alto consumo de bebidas alcohólicas, que implica la obligación social y cultural de beber colectivamente. Dicho consumo de bebidas alcohólicas aparece como frecuente disparador y justificados de

violencias intrafamiliares, vecinales y comunitarias, así como relacionado con brujerías, pero que no aparece considerado como enfermedad, y menos aún como enfermedad mental. Pero más allá de que lo sea o no, lo que me interesa subrayar es que los comportamientos alcohólicos violentos y no violentos se dan dentro de relaciones sociales generalmente cercanas y normalizadas socioculturalmente (MENÉNDEZ 1991)¹³.

A través de lo revisado se evidencia la notable sensibilidad psicosocial y no sólo cultural de los pueblos originarios para interpretar y actuar respecto de los padecimientos que los afectan, así como para convertir procesos emocionales y conflictos sociales entre personas y grupos, en enfermedades a ser tratadas por curadores tradicionales. No es secundario que parte de las enfermedades no sólo surjan de las relaciones sociales que tengan con otras personas y grupos, sino que las enfermedades pueden operar como sanción a conductas estigmatizantes y humillantes; y así, por ejemplo, entre los pimas de Sonora y de Sinaloa pueden aparecer malformaciones físicas en quienes se burlan de personas que padecen dichas malformaciones.

Necesitamos asumir que las enfermedades y tratamientos tradicionales constituyen uno de los principales mecanismos de identidad, pertenencia e integración social de los pueblos originarios, dado que las enfermedades y especialmente la muerte son algunos de los procesos de mayor producción y uso de relaciones y de rituales sociales, que tratan de asegurar la reproducción biológica, social y cultural de dichos grupos.

Ahora bien, de las descripciones antropológicas presentadas sobre la MT y, más allá de sus funciones de identidad, pertenencia e integración social ¿qué clima social surge de las mismas? Es obvio que, de lo presentado, surge un clima de desconfianza, de envidia, de miedo, de sospecha, de incertidumbre, generado por conflictos que se dan entre personas y microgrupos cercanos; conflictos que pueden concluir en enfermedad y/o muerte. Y esto surge, y lo subrayo, de textos que tienen diferentes orientaciones teóricas e ideológicas, pero que describen este clima más allá de que sus objetivos refieran al papel de las cosmovisiones, a las capacidades sanadoras de la MT o a su papel en la generación o resolución de conflictos¹⁴. Es decir, que el clima social señalado surge de descripciones etnográficas que, como las de Silver, plantean que la sospecha es endémica en comunidades de los altos de Chiapas (SILVER 1966: 459).

Pero este 'clima social' que surge de los estudios sobre la MT ¿corresponde al clima social de las comunidades en que opera? El clima social que emerge ¿constituye la pauta ideal a cumplir o es también la pauta real que se

práctica?; o para plantearlo de otra manera, lo que describen los textos ¿corresponde a las representaciones sociales de la población, a sus prácticas o a ambas? Más aún, dicho clima social ¿Es lo que ocurre en la comunidad o es una construcción de los estudios antropológicos?

Considero que en este texto no vamos a resolver estos interrogantes, dado que nuestros objetivos tienen que ver básicamente con el papel de las relaciones sociales en la causalidad, desarrollo y significación de las enfermedades tradicionales, según surge de los estudios antropológicos sobre MT. Sin embargo, una serie de procesos que hemos ido señalando, generan la posibilidad de un clima social caracterizado, por lo menos, por la incertidumbre y la inseguridad. Me refiero a la alta frecuencia de enfermedades, la escasa esperanza de vida, las altísimas tasas de mortalidad, el gran número de sanadores/enfermadores por habitante, así como el papel central dado a lo sobrenatural en la explicación de los procesos de SEAP. Lo que en última instancia nos lleva a recuperar la hipótesis de E. de Martino sobre las funciones del mundo mágico (1948, 1975), ya que los analizados serían grupos que no pueden o no quieren enfrentar la historicidad de los procesos, tratando de contenerlos y resolverlos manteniendo mecanismos mágico/religiosos que posibilitan la reproducción sociocultural del grupo pero a costa de seguir en la pobreza y extrema pobreza, de generar conflictos entre grupos cercanos, de posibilitar la “crisis de la presencia”, especialmente a través de la “pérdida del alma” y de seguir teniendo altas tasas de mortalidad por enfermedades actualmente evitables en forma relativamente sencilla¹⁵.

Como sabemos, no sólo para de Martino, sino para toda una serie de autores, desde por lo menos la década de 1920' hasta la actualidad, los rituales mágico-religiosos han tratado de reducir, aliviar y/o controlar la angustia que padecen los sujetos y grupos frente a situaciones de incertidumbre, que aparecen como incontrolables a través de los medios que ellos tienen. Pero además, como señala Th. Scheff (1986), en la vida cotidiana de toda sociedad emergen una serie de tensiones que se van acumulando en los sujetos y microgrupos, dando lugar en ciertas situaciones al surgimiento de problemas emocionales, de padecimientos y de conflictos que los sujetos y microgrupos necesitan también entender, resolver y controlar. Y así frente a la incertidumbre/miedo/angustias generadas por la posible muerte propia o la de un ser querido debido a enfermedades o a agresiones, todas las sociedades – y sobre todo las sociedades tradicionales –, han generado rituales para explicar dichas muertes, y para reducir las tensiones individuales y colectivas que generan.

Ahora bien, las tensiones generadas por incertidumbres y miedos ante la muerte propia o la de un ser querido o ante las agresiones de animales y de grupos, así como las tensiones generadas por conflictos sociales por tierras o por celos, pueden dar lugar a enfermedades tradicionales como las que hemos descrito. De tal manera que la enfermedad y su tratamiento mágico-religioso evidencian simultáneamente la incertidumbre y el conflicto así como la posibilidad de control simbólico de la enfermedad y la muerte a través de rituales sociales; y ello más allá de que esas sociedades consigan reducir la muerte por enfermedades o por embarazo/parto. Es decir que la emergencia y desarrollo de enfermedades tradicionales, constituirían, por lo menos en parte, rituales sociales para enfrentar incertidumbres, aliviar tensiones y reducir conflictos sociales.

Relaciones sociales y cosmovisiones: las articulaciones necesarias

Como venimos señalando, observamos que pese a la importancia que las relaciones sociales tienen en la generación de enfermedades tradicionales, dichas relaciones han sido secundarizadas por gran parte de los analistas de la MT, que han colocado sus objetivos en el papel de lo sobrenatural sobre todo precortesiano, de los equilibrios/armonías organizadas en torno a “frio/calor”, y últimamente en las emociones. Lo que les ha conducido, como concluye Imberton, a interesarse por ciertas enfermedades y a excluir o secundarizar otras:

Una tendencia muy marcada de los estudios antropológicos sobre las enfermedades en el mundo indígena, ha sido la de destacar aquellos aspectos considerados propios de la cosmovisión, como el chulel y los naguales mayas que han ocupado un lugar privilegiado en esta perspectiva. La preocupación por las ‘almas indígenas’, que ha sido una constante desde la llegada de los europeos al continente americano, ha orientado la mirada antropológica hacia este tema, desatendiendo otros (IMBERTON 2002: 15).

Lo cual, la autora ejemplifica con la *vergüenza*, a la que considera una enfermedad tradicional bastante difundida, pero poco estudiada. Y lo mismo han observado Cuadriello y Megchún (2013) para la *enfermedad de la tierra*, que se da en colonos de la sierra Lacandona (Chiapas), y que casi no ha sido estudiada, pese a su notable expansión. Lo que posiblemente es debido a que la misma no refiere a procesos supuestamente ancestrales de la cosmovisión nativa; ya que según estos autores:

El alivio de esta enfermedad no implica a los curanderos, puesto que el desequilibrio no tenía lugar en el plano de la composición anímica de las

personas, sino fundamentalmente en el terreno de las condiciones sociales del grupo. A decir de los actuales pobladores tzeltales de Las Cañadas, este fue el padecimiento más común en los colonos de la región, y que según la etiología local consiste en intensos dolores de cabeza, malestar y abulia generalizada, provocada por desear la tierra distinta a la que posee (2013: 221).

Al señalar lo anterior, reitero que no niego el papel de las cosmovisiones, de lo “sobrenatural”, y en particular del “nahualismo”, así como de la relación frío/caliente, que han sido notablemente estudiadas por autores como Galinier (1987, 1990, 2005), Gallardo Ruiz (2002), Lopez Austin (1980), Lupo (2001, 2012) o Page (2005), sino que considero que dichos procesos necesitamos referirlos a las condiciones de vida y a las relaciones sociales dentro de las que operan las cosmovisiones, lo sobrenatural y los procesos de equilibrio/desequilibrio. Proponiendo además que, si bien a nivel manifiesto muchas enfermedades tradicionales son generadas por transgresiones a la divinidad o por causas sobrenaturales relacionadas con la cosmovisión; sin embargo a nivel profundo tiene que ver con relaciones sociales conflictivas. Por lo que necesitamos trabajar con ambos niveles, ya que son complementarios, aunque tratando de observar cual es el nivel decisivo.

Lo que entre otras tareas implica revisar los conceptos que se utilizan ya que, por ejemplo, en el caso del concepto “cosmovisión”, considero que sólo se incluyen los aspectos superestructurales o si se prefiere simbólicos, cuando el concepto original de concepción del mundo, por lo menos en algunas tendencias historicistas de finales del siglo XIX, incluía los aspectos estructurales y no me refiero sólo al marxismo, sino a historicistas como Dilthey (MENÉNDEZ 2002). Y lo mismo necesitamos hacer con los conceptos de “armonía” y “equilibrio” respecto de los procesos de SEAP; ya que necesitamos reflexionar sobre si la armonía y el equilibrio que se buscan restablecer refieren a los sujetos, a los microgrupos, a la comunidad o a los tres ámbitos.

Y todo indica que los que sólo buscan cosmovisiones y rituales, lo que tratan es establecer/restablecer el orden social y cultural dominante en función de la comunidad y no de las personas que, recordemos, siguieron manteniendo altas tasas de mortalidad general y etarias y bajas esperanza de vida hasta la actualidad. Por lo que dichas nociones de cosmovisión y de equilibrio y armonía, deberíamos referirlas no sólo a la cultura o la comunidad, sino también a la vida de las personas y microgrupos. Personas y microgrupos, que en función de sus tránsitos por una vida cotidiana en la que surgen conflictos, problemas, miedos, incertidumbres y especialmente enfermedades, necesitan curadores tradicionales que puedan explicar y

restablecer los equilibrios sociales, más allá de que las intervenciones curen o reduzcan la mortalidad. Por lo que, si bien estas sociedades generan gran cantidad de curadores para actuar sobre una de las principales fuentes de miedos, amenazas e incertidumbres; sin embargo sus principales actividades no tienen que ver con reducir la mortalidad individual y colectiva, sino con crear imaginarios explicativos de la enfermedad y la muerte, así como con resolver y también generar tensiones y conflictos.

Por lo que las acciones sanadoras de la MT deben ser pensadas asumiendo que las formas de atención de estos grupos no han podido solucionar ni reducir los principales problemas de salud, en términos de mortalidad. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y, en México, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en determinadas zonas de Asia, África, Oceanía y América Latina y el Caribe, que es donde viven la mayoría de los grupos originarios, se dan las más altas tasas de mortalidad y las menores esperanzas de vida a nivel mundial, pese al dominio de la medicina tradicional. Y al señalar esto, no me refiero sólo a la malaria o a la tuberculosis broncopulmonar, sino a problemas más fáciles de erradicar como, por ejemplo, las consecuencias de las mordeduras de víboras ya que se estima que cinco millones de personas son mordidas al año por serpientes, de las cuales mueren anualmente entre 125.000 y 135.000; ocurriendo la mayoría de esas muertes en los sectores rurales más pobres de Asia, Oceanía, América Latina, y en África Subsahariana. La mayoría muere por no contar con antídotos propios o biomédicos eficaces y por residir en zonas en las cuales no hay servicios médicos de atención primaria (LONGBOTTON *et al.* 2018). Y esto ocurre, pese a existir en muchos grupos originarios *culebreros*, es decir especialistas en tratamientos contra mordeduras de víboras, así como antídotos locales, que son eficaces para ciertos problemas, pero sin poder evitar la muerte de una parte de los afectados, que sin embargo, podrían ser curados fácilmente.

En México, un estudio realizado en Oaxaca, uno de los estados con mayor población indígena, encontró que los municipios indígenas tienen una tasa de mortalidad materna 7,5 veces mayor que los tres municipios no indígenas considerados en el estudio, así como que, en algunos de los municipios de más alta marginación, se encontró que las tasas de mortalidad materna eran similares a las de Bangladesh o Namibia: 312 muertas por 100.000 nacidas vivas registradas (SESIA 2017). Por lo que no niego el papel de lo sobrenatural ni de las cosmovisiones, pero necesitamos observar cual es su papel en la reducción de los problemas de salud que afectan a los

pueblos originarios en su vida cotidiana, lo que no suelen hacer la mayoría de los estudiosos de la MT.

Si revisamos las corrientes antropológicas nacionales y extranjeras que han estudiado los aspectos de la MT mexicana que estamos analizando, encontramos dos tendencias principales; una desarrollada inicialmente por antropólogos norteamericanos en las décadas de 1930' y 1940' y que, más allá de sus diferencias, colocaron su interés en el papel de lo sobrenatural y la cosmovisión en la causalidad y tratamiento de las enfermedades tradicionales, dando lugar a notables estudios, y cuyos principales exponentes han sido, entre otros: Arias, Galinier, Gossen, Guiteras, Laughlin, Lenkersdorf, Villa Rojas, y Vogt. Si bien sus estudios hacen referencias al papel de las relaciones sociales, sin embargo su peso aparece secundario y frecuentemente irrelevante comparado con el énfasis colocado en el papel de los aspectos simbólicos.

A partir de 1940 y, sobre todo desde 1950, otra tendencia, sin negar el papel de la cosmovisión y lo sobrenatural, focalizó las condiciones de vida, los niveles de escasez y de pobreza de la población como disparadores de conflictos sociales que en gran parte, como vimos, fueron convertidos en enfermedades tradicionales. Constituyendo los trabajos de Foster sobre el "bien limitado" los que etnográfica y teóricamente desarrollaron más estos aspectos y más influyeron en la antropología mexicana. Junto con Foster, otros autores norteamericanos como Erasmus (1961, 1969), Fabrega y Silver (1973), Thomas (1974) o Rubel (1979) también señalaron el papel central de los procesos sociales en la generación de conflictos y su expresión a través de padecimientos.

Esta tendencia, especialmente los trabajos de Foster, fueron fuertemente criticados en las décadas siguientes, cuestionando que dichos autores en sus descripciones y análisis no tomaran en cuenta la estructura social de los grupos estudiados, pensaran las comunidades como aisladas, y colocaran gran parte de los problemas en las características de la comunicación y en la necesidad de cambiar las actitudes de los sujetos. Los críticos señalaban que esta tendencia atribuía la envidia, la desconfianza, la apatía, la subordinación a las características culturales e inclusive sociales, sin hacer alusión a las condiciones económico políticas de explotación y a los sistemas de control represivo. Y si bien autores como Foster señalaron las posibles consecuencias de la pobreza en la generación de conflictos, sin embargo, según ellos, no plantearon las causas estructurales de la pobreza (BONFIL 1962; HUIZER 1973).

Ahora bien, estas críticas son en gran medida correctas respecto de la no inclusión de los condicionantes estructurales en la descripción y análisis de la MT, pero sin embargo no lograron influir en la mayoría de los estudios sobre la misma que se desarrollaron en México desde los 70' hasta la actualidad. Ya que siguieron focalizando sus intereses en la cosmovisión y lo sobrenatural, aunque una parte los reorientó hacia una crítica a la sociedad dominante, y planteando como alternativa el denominado “buen vivir”, del que sería parte importante la MT¹⁶.

Pero además, lo que aún es más significativo, observamos que explícitamente o no, toda una serie de estudios mexicanos sobre la MT remiten, sobre todo desde principios del siglo actual, a las propuestas de Foster sobre el “bien limitado”, y al papel central de la envidia como hemos señalado previamente en este texto (CONTRERAS 2001; CORTÉZ 2015; CUADRIELLO, MEGCHUN 2013; GUTIÉRREZ, PACHECO 2013, LÓPEZ, NANCE 2019; RODRIGUEZ CEJAS 2012). Y así, por ejemplo, Contreras (2001), describe para varias comunidades de los Altos de Chiapas, la existencia de conflictos sociales, que remiten a las difíciles condiciones socioeconómicas en que vive la población; así como también a las tensiones políticas y religiosas, que pueden desencadenar frecuentes violencias homicidas. Subrayando la centralidad económica de la envidia, ya que esta «se genera a partir de que algún miembro de la comunidad posee más bienes o tiene una posición social más privilegiada respecto del resto de la población» (2001: 58).

Reiteradamente las descripciones etnográficas siguen evidenciando el papel de la envidia y de los bienes limitados en las comunidades nativas, de tal manera que Gutiérrez y Pacheco concluyen que para los cho'l, «la enfermedad es resultado de las relaciones sociales que se establecen entre los sujetos del entorno inmediato» (2013: 265), concluyendo que en este grupo:

el desorden, el desequilibrio social y sobre todo la envidia son las causantes de que se desaten las enfermedades a través de los malos espíritus. Según lo encontrado en trabajo de campo, en la gran mayoría de los casos, los ascensos económicos individuales provocan envidias y resentimientos sociales, que pueden desembocar en que se recurra a un wujty para enfermar de envidia. En las condiciones de pobreza, como es el caso de la población cho'l de las comunidades de Tila, las envidias entre familiares o vecinos son los detonantes de la enfermedad (2013: 261-262).

Más allá de variedades específicas comunitarias, el papel de la envidia opera en casi todos los grupos originarios mexicanos de los que tenemos información; observando que entre los purépechas de Cherán, los curadores tradicionales consideran que las enfermedades tienen que ver con la rela-

ción amigo/enemigo, de tal manera que «las envidias y las desconfianzas son causa y también consecuencia de las actitudes hostiles y las agresiones físicas [...] En Cherán se piensa «si una persona no es mi amigo, entonces es mi enemigo; si no me aprecia, entonces me odia» (GALLARDO RUIZ 2002: 266). Concluyendo Gutiérrez y Pacheco «[...] que, en general, todas las enfermedades regulan las relaciones sociales que colocan en interacción a las familias de la comunidad, y tienen como fin asegurar el buen comportamiento de los miembros de las familias en el ámbito doméstico y comunitario» (2013: 273). Lo que parcialmente aceptamos, pero con modificaciones sustantivas, dado que considero que son las relaciones sociales y no las enfermedades las que regulan los procesos, lo que justamente expresa la persistencia de la secundarización del papel de las relaciones sociales por la mayoría de los analistas.

Estos y otros antropólogos, durante las últimas dos décadas recuperan las limitaciones que la pobreza impone a la vida de sujetos y grupos; saben además que los conflictos por la tierra se han incrementado, así como la persistencia de las envidias, reconociendo el papel de las condiciones estructurales, y el incremento de las desigualdades socioeconómicas. Además, saben que son grupos donde la mayoría de los sujetos y microgrupos ‘prefieren’ migrar a modificar las condiciones que los empobrece endémicamente. Y esto ocurre en pueblos originarios donde paradójicamente se reducen las tasas de mortalidad y se incrementa la esperanza de vida; donde la mayoría de las enfermedades van pasado a ser alopáticas, y donde disminuye constantemente el número de los diferentes tipos de curadores tradicionales. Pero además, estos estudios describen el peso de las relaciones sociales en la generación de las enfermedades tradicionales, pero sin que, salvo excepciones, analicen teóricamente el papel de las relaciones sociales que han tendido a ser secundarizadas no sólo por los que están interesados por el papel de lo sobrenatural y la cosmovisión, sino inclusive por los que reconocen el papel de las relaciones sociales.

Ahora bien ¿Por qué se daría la omisión del papel de las relaciones sociales, o por lo menos su reconocimiento y simultáneamente su secundarización respecto de las cosmovisiones y recientemente de las emociones? Considero que además del interés por lo sobrenatural, la cosmovisión o los equilibrios/desequilibrios; asumir que las enfermedades tradicionales son causadas por las relaciones sociales que hemos analizado, implicaría convalidar el tipo de relaciones sociales dominantes y el clima social que surge de las mismas. Relaciones sociales que tienen que ver con sospechas, desconfianzas, incertidumbres, inseguridades, venganzas, agresiones y, sobre

todo, envidias que no sólo pueden enfermar, sino generar la muerte del otro. Es decir, que la secundarización de las relaciones sociales tendría que ver con aspectos que cuestionan las ideas sobre la solidaridad e integración sociocultural dominantes en los pueblos originarios, así como con las propuestas del “buen vivir”.

Por lo que en los estudios sobre MT operarían varias exclusiones o secundarizaciones complementarias; en primer lugar tenemos las que excluyen toda información sobre las altas tasas de mortalidad, la menor esperanza de vida y la falta de eficacia para reducir la mortalidad de las terapéuticas tradicionales. Exclusiones que son debidas, en gran medida, a que su reconocimiento puede contribuir aún más a profundizar la imagen negativa, racista, y clasista que existe respecto de los pueblos originarios. Existe otra tendencia que, aun reconociendo la existencia de la pobreza y sus consecuencias en los procesos de SEAP, tiende a excluir las condiciones estructurales que generan la pobreza y las desigualdades. Y por último tenemos la tendencia que omite o relega el papel de las relaciones sociales en la causalidad de los padecimientos. Pero además, encontramos que las tres tendencias excluyen la descripción y análisis de las enfermedades alopáticas y de los usos de los servicios de salud y fármacos por los pueblos originarios, pese a las constante articulación que existe entre MT y biomedicina. De tal manera que dichas exclusiones tienden a generar un panorama imaginario de los pueblos indígenas, por lo menos respecto de los procesos de SEAP.

Por ello, considero que para entender los procesos de SEAP tradicionales necesitamos incluir todos los procesos excluidos, lo que además implica describir y analizar antropológicamente tanto los aspectos negativos como los positivos que caracterizan a los pueblos originarios respecto de los procesos de SEAP¹⁷. De ahí la necesidad de estudiar dichos procesos incluyendo las altas tasas de mortalidad, y la menor esperanza de vida que tienen dichos pueblos, para evidenciar, por ejemplo, que no son sólo debidas a su Cultura, sino que, en gran medida, tienen que ver con la marginación, racialización y explotación social y económica a la que han sido sometidos históricamente. Pero también necesitamos asumir que la situación de pobreza y de pobreza extrema dentro de la que viven, es la que potencia el desarrollo de conflictos por bienes escasos, así como que, si bien la adhesión a las propias costumbres puede reforzar la integración sociocultural de estos pueblos, también pueden favorecer su dominación y subalternidad, sin generar necesariamente contrahegemonía.

Como sabemos, por lo menos desde 1940' se han desarrollado una serie de tendencias que impulsan la posibilidad de que los pueblos originarios puedan desarrollarse de manera autónoma, y contribuir a generar tipos de sociedades caracterizadas por lo que actualmente denominan el "buen vivir"; pero la mayoría de dichas propuestas se han caracterizado justamente por excluir aspectos que posibilitarían entender, porque dichas propuestas no se concretan sino excepcionalmente. Y justamente, el análisis que realizamos del papel decisivo de las relaciones sociales en la producción y desarrollo de las enfermedades tradicionales, no sólo trata de poner en evidencia dicho papel, sino conjuntamente evidenciar que tanto el papel de las mismas como su omisión o secundarización constituyen indicadores de las contradicciones de los pueblos originarios y de las orientaciones excluyentes de una parte de los que los estudian (MENÉNDEZ 2002, 2016).

Notas

⁽¹⁾ Por supuesto que, desde por lo menos el desarrollo de las medicinas psicosomáticas durante la década de 1930' hasta la actualidad, tendencias biomédicas y socio médicas han evidenciado la importancia causal, terapéutica y preventiva de las relaciones sociales, pero reconociendo que dichas tendencias han sido marginales a la biomedicina.

⁽²⁾ Los principales aspectos excluidos o secundarizados refieren a la mortalidad en general y a la mortalidad por género y por grupos de edad en particular, así como también a la violencia intrafamiliar y de género. Lo señalado no ignora que autoras como L. Berrio (2017), G. Freyermuth (2015) o P. Sesia (2017), que trabajan con datos de mortalidad y, especialmente, de mortalidad materna, así como también toda una serie de trabajos documentan la violencia contra la mujer (FREYERMUTH 2000; GARCÍA, BACA Y PÉREZ, 2020; MUÑIZ Y CORONA 1996, NATERA 2019). Pero estos trabajos no están desarrollados desde la Medicina Tradicional, ya que los estudios de la MT no se han interesado sino muy recientemente por estos procesos. Esta exclusión deja de lado aspectos sustantivos de la vida de los pueblos originarios, lo que no permite comprender lo que son en la actualidad dichos pueblos.

⁽³⁾ Al respecto es importante consignar, que a través de toda la trayectoria de la Antropología Social y Etnología mexicana durante el siglo XX y parte del XXI, la MT ha sido el principal campo de estudio respecto de los procesos de SEAP, como concluyen en términos cualitativos y estadísticos los trabajos de Osorio (en prensa) y de Campos, Sánchez -García y Tascón (en prensa). El primero constituye una compilación bibliográfica de la producción mexicana entre 1908 y 2018, mientras que el segundo refiere al lapso 1994/2020. Inclusive ambos trabajos evidencian, que la mayoría de la producción sobre MT se ha generado en las últimas décadas.

⁽⁴⁾ Salvo excepciones, como la de Güemez (2005; y en prensa), los analistas de la MT mexicana no informan sobre la persistencia, disminución o directamente desaparición

de los curadores tradicionales. La mayoría de la información al respecto la he obtenido de las ponencias presentadas durante más de treinta años en el Seminario Permanente de Antropología Médica, y de mis conversaciones con antropólogos especializados como A. Barragán, R. Campos, Z. Mendoza, R. M. Osorio, J. Page y el mismo Guemez. Y así, por ejemplo, Page me comunicaba el 27/11/2020 que «En la actualidad casi no quedan curadores tradicionales en Chiapas; los jóvenes en general ya no sueñan, y los mayores se han convertido a las diferentes denominaciones cristianas o al Islam». Mientras R. Campos me informaba el 12/02/2021: «Considero que existe una disminución de los curadores tradicionales, lo que además aparece como una preocupación de los terapeutas más ancianos, que temen que se pierda su conocimiento de la terapéutica tradicional indígena y no indígena. Reconocen que los jóvenes no están interesados en la herencia curativa». Y lo mismo sostiene A. Barragán, ya que encontré que en comunidades de Oaxaca y del Estado de Hidalgo los curadores tradicionales tienen entre 70 y 90 años y ya no hay curadores de menor edad (Comunicación 27/10/2020).

⁽⁵⁾ Siguen siendo mal de ojo, empacho, susto/espanto, caída de mollera, brujería/daño, aires, y corajes, a las que en las últimas décadas se han agregado los nervios.

⁽⁶⁾ Mis fuentes básicas son los trabajos de conjunto coordinados por C. Zolla (1994a, 1994b), que han sido complementados por trabajos producidos recientemente por Osorio (en prensa) y por Campos, Sánchez-García y Tascón (en prensa). Aclarando que, si bien citaré libros y textos publicados en revistas especializadas, una parte de los textos citados refieren a tesis de antropología a nivel de Maestría y de Doctorado, ya que considero que uno de los principales aportes de la Antropología Social y de la Etnología sigue siendo la producción de tesis cada vez menos publicadas, que al ser convertidas en artículos reducen significativamente la presencia de la etnografía, limitando entender los significados generados por los saberes tradicionales. Por último informo que para algunos puntos específicos entrevisté a varios de los principales especialistas en Medicina Tradicional mexicana: A. Barragán, R. Campos, M. Guemez, A. Haro, Z. Mendoza, J. Page, C. Zolla o en problemas específicos relacionados con dicha MT: L. Berrio; R. Castro; G. Freyermuth; B. de Keijzer; O. López; R. Muñoz; R.M. Osorio; M. Salas.

⁽⁷⁾ He revisado la bibliografía sobre parteras especialmente sobre mortalidad materno-infantil en el trabajo embarazo/parto y puerperio de las mismas; así como también he preguntado a especialistas en cuestiones de género como G. Freyermuth, L. Berrio, M. Salas y S. Pérez Gil, y a organizaciones especializadas como el grupo de Equidad de género de la Secretaría de Salud, y sólo he conseguido una referencia (Morales en prensa), proporcionada por G. Freyermuth. Lo que implica otra grave exclusión por parte de los estudiosos de las parteras “empíricas”; lo que además contrasta con el creciente número de textos sobre violencia obstétrica biomédica.

⁽⁸⁾ Como señalé, es importante consignar que los estudios de MT no analizan en los grupos que estudian la mortalidad general, por enfermedades, por grupos etarios o por género, pese a que la descripción y análisis que realizan de la mayoría de las enfermedades tradicionales refieren a la mortalidad por mal de ojo, caída de mollera o brujería; y que como indicamos uno de los principales rituales ha sido el velorio del

angelito. Inclusive los estudios de epidemiología sociocultural no suelen presentar datos de mortalidad sobre las enfermedades tradicionales.

⁽⁹⁾ Esta característica corporativa relacional la encontramos también en otros padecimientos, por ejemplo en el caso de la vergüenza, ya que la misma «puede cobrar sus víctimas, no solamente entre las personas directamente involucradas en ellas, sino también entre los familiares cercanos. Son muy frecuentes los casos – entre los choles – en que los niños y niñas, pero también las esposas, enferman por circunstancias penosas en que han participado el padre y el esposo» (IMBERTON 2002: 113).

⁽¹⁰⁾ Mientras los estudiosos de la MT han desarrollado constantes trabajos sobre las plantas y animales comestibles, sin embargo, han estudiado muy poco la distribución alimenticia en términos de género.

⁽¹¹⁾ Es importante señalar que Riesky reconocía que: «Sin embargo, los trances emocionales que parecen causar enfermedades, de ordinario indican áreas de tensión en las relaciones interpersonales» (1976: 65). Es decir, en esta autora ya observamos una tendencia que domina en los estudios actuales interesados por las emociones, y es que aun reconociendo el papel central de las relaciones sociales, lo nuclear se coloca en las emociones, así como en otras orientaciones se coloca en la cosmovisión. Es decir, dominan las tendencias a secundarizar las relaciones sociales.

⁽¹²⁾ La envidia aparece como una estructura fuerte en las enfermedades tradicionales de, por lo menos, los pueblos mediterráneos europeos y africanos; pero no sólo la envidia ha dado lugar a discusiones sobre los orígenes europeos o prehispánicos, sino que también se han dado en torno a la relación frío/caliente y los equilibrios humorales o respecto del papel de las emociones en la generación de enfermedades. Estas discusiones, por lo menos hasta ahora, no se han resuelto, y cada tendencia sigue manteniendo sus opiniones sin visos de conciliación.

⁽¹³⁾ Si bien hay autores que como Thomas concluyen en los 60', que el consumo de alcohol no se expresa en violencias al interior de los grupos originarios, comparándolos además con el consumo desorganizado que observa en los ladinos; sin embargo desde los trabajos de R. Bunzell, J. Kennedy o Viqueira y Palerm publicados entre 1940 y 1960, contamos con datos sobre las consecuencias violentas del consumo de alcohol dentro de dichos grupos (MENÉNDEZ 1991).

⁽¹⁴⁾ En forma explícita o implícita los siguientes textos presentados en este trabajo se refieren al clima social negativo dominante en las comunidades estudiadas: CARTWRIGHT 2001; CONTRERAS 2001; CORTEZ 2015; CUADRIELLO Y MAGCHUN 2013; ERASMUS 1969; FÁBREGAS Y NUTINI 1993; FLANET 1977, 1986; FOSTER 1972, FRANCO 2003; FREYERMUTH 2000; GUTIÉRREZ Y PACHECO 2013; IMBERTON 2002, 2006; MENDOZA 1994, 2004, 2013; NATERA 2019; PEÑA 2006; RODRIGUEZ CEJAS 2012; ROMANUCCI ROSS 1973; SANTILLANES 2018; THOMAS 1974. Subrayando que dicho clima negativo se ha incrementado en las últimas dos décadas debido a la presencia del crimen organizado, a la presión de sectores empresariales y a conflictos por posesión de tierras en las comunidades indígenas. Además, todo indica que este clima social no se ha desarrollado entre los mayas yucatecos.

⁽¹⁵⁾ El clima social descrito puede correlacionarse con las condiciones de explotación, expropiación, discriminación, racismo, humillación, extrema pobreza o pobreza a la que estos pueblos han sido sometidos históricamente, y que ha sido puesta de manifiesto, sobre todo desde la década de los 60, por los estudios antropológicos. Más aún, estas condiciones articuladas con la adhesión a la propia cultura, ha sido propuesta como mecanismo de resistencia y oposición a los sectores dominantes desde los trabajos de F. Fanon hasta algunas propuestas decoloniales recientes.

⁽¹⁶⁾ Una tendencia importante la constituyen los estudios sobre parteras tradicionales, que rescatan no sólo su labor en el proceso de embarazo/parto/puerperio contrastándolo frecuentemente con el papel de la medicina; sino que, sobre todo los realizados con perspectiva de género, rescatan el papel central de la partera en la integración sociocultural de los pueblos originarios, y como expresión paradigmática del 'buen vivir', dominando en muchos de ellos objetivos básicamente ideológicos (ARAYA 2011).

⁽¹⁷⁾ Uno de los aspectos que no pudimos desarrollar refiere a que junto con la envidia, sospecha, desconfianza los pueblos originarios mexicanos han desarrollado toda una serie de instituciones que refuerzan la solidaridad social, y de la cual actualmente su principal expresión la constituyen las 'remesas' de dinero que los migrantes mexicanos indígenas y no indígenas envían desde los EEUU a sus familias en México.

Bibliografía

ALVAREZ J. *et al.* (1960), *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Ciudad de México.

ARANA M., HERNÁNDEZ C. (2017), *Sexual Behavior and Suicide among Young in Indigenous in the Highlands of Chiapas*, Panamerican Health Organization, Ciudad de México/Montreal.

ARAYA M.J. (2011), *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*, Ediciones Abya-Yala, Quito.

ARIAS J. (1975), *El mundo numinoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos*, Sep-Setentas, Ciudad de México.

ARGANIS E. (2018), *Diabetes ayer y hoy: una reflexión sobre los estudios antropológicos sobre diabetes mellitus*, Seminario permanente de Antropología Médica/CIESAS, Ciudad de México.

BAER R., BUSTILLO M. (1993), *Susto and Mal de Ojo among Florida Farmworkers: Emic and Perspectives*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 7(1): 91-99.

BERRIO L. (2017), *Diez años de intervenciones y políticas públicas para reducir la mortalidad materna en Guerrero*, pp. 168-200 en FREYERMUTH G. (coord.), *Balances necesarios. Salud y mortalidad materna en México. Balance desde la antropología y la interdisciplinariedad*, CIESAS, Ciudad de México.

BONFIL BATALLA G. (1962), *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.

BUENDÍA M. (2015), *El estudio del susto en comunidades totonacas de la costa de Papantla, Veracruz. Una perspectiva etnoepidemiológica*, Tesis de Maestría en Antropología, Universidad Veracruzana, Veracruz.

CAMPO ARÁUZ L., APARICIO M. (coords.) (2017), *Etnografías del suicidio en América del Sur*, Editorial Abya-Yala, Universidad Politécnica Salesiana, Quito.

- CAMPOS R. (1997), *Nosotros los curanderos*, Editorial Nueva Imagen, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2009), *Medir la cinta y tirar del cuerito*, Ediciones Continente, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2011), *De como curar el empacho y otras yerbas*, Ediciones Continente, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2016), *Doña Rosita Ascencio. Curandera purépecha*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2017), *Si no se le despega eso, ¡se le muere el niño!*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2018), *El empacho en el Uruguay 1710-2018*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2019), *El empacho en Cuba y el Caribe (Siglos XVII-XXI)*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R., SÁNCHEZ-GARCÍA C., TASCÓN J.A. (coords.) (en prensa), *Diagnóstico de la medicina tradicional entre la población indígena y afroamericana (1994-2019)*, Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, Ciudad de México.
- CARTWRIGHT E. (2001), *Espacio de enfermedad y curación*, Colegio de Sonora, Hermosillo.
- CASTALDO M. (2002), *La locura: perfil, análisis e interpretación en Santa María de la Encarnación Xoyatla*, Puebla, Tesis Maestría en Antropología, UNAM, Ciudad de México.
- CONTRERAS L.E. (2001), *El conflicto social como generador de padecimientos: litigios por tierras e ilwajinel (mal arrojado por envidia) en Yolohuitz, Chiapas*, "Alteridades", Vol. 11(21): 53-64.
- CORTÉZ R. (2015), *Muerte en niños menores de cinco años. Desigualdad étnica, económica y de género como condicionantes de la autoatención en familias zoques*, Tesis Doctoral en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.
- CUADRIELLO H., MEGCHÚN R. (2013), *El desplazamiento de curanderos y brujos entre los tzeltales de Las Cañadas de la selva lacandona, Chiapas*, pp. 213-228 en BARTOLOMÉ M.A., BARABAS A.M (coords.) (2013), *Los sueños y los días. Chamamanismo y nahualismo en el México actual*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- DE MARTINO E. (1948), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (1975), *Mondo popolare e magia in Lucania*, Basilicata editrice, Roma/Matera.
- ERASMUS C. (1961), *Man Takes Control: Cultural Development and American Aid*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- ERASMUS C. (1969), *El síndrome del encogido y el desarrollo de la comunidad*, "América Indígena", Vol. 29(1): 228-292.
- EROZA E., CARRASCO M. (2020), *La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia*, "Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos", Vol. 18(1): 112-128.
- FABREGA H., SILVER D. (1973), *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*, Stanford University Press, Stanford.
- FABREGA H., NUTTINI H. (1993), *Witchcraft Explained Childhood Tragedies in Tlaxcala and Their Medical Sequelae*, "Social Science & Medicine", Vol. 36(6): 653-672.
- FLANET V. (1977), *Viviré si Dios quiere: un estudio sobre la violencia en la Mixteca de la Costa*, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- FLANET V. (1986), *Las madres muerte. Violencia en México*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.

- FOSTER G. (1965), *Peasant Society and the Image of Limited Good*, "American Anthropologist", Vol. 67(2): 293-315.
- FOSTER G. (1972), *Tzintzuntzan*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- FRANCO V. (2003), *Violencia y control social: la lógica de la culpabilidad en un grupo indígena*, "Desacatos", Vol. 13: 152-160.
- FREYERMUTH M.G. (2000), *Morir en Chenalho. Género, etnia y generación*, Tesis de Doctorado en Antropología, UNAM, Ciudad de México.
- FREYERMUTH M.G. (2015), *El observatorio de mortalidad materna en México*, pp. 49-53 en FREYERMUTH G. (coord.) *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México*, CIESAS, Ciudad de México.
- GALINIER J. (1987), *Pueblos de la Sierra Madre. Etnografía de la comunidad otomí*, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- GALINIER J. (1990), *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*, UNAM/INI, Ciudad de México.
- GALINIER J. (2005), *¿Existe una ontología otomí? Las premisas mesoamericanas de una philosophia prima*, "Alteridades", Vol. 15(29): 81-86.
- GALLARDO RUÍZ J. (2002), *Medicina tradicional P'urhépecha*, El Colegio de Michoacan, Zamora de Hidalgo.
- GARCÍA, S., BACA N., PÉREZ A. (2020), *La violencia contra las mujeres rurales e indígenas en San Felipe del Progreso*, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, Toluca.
- GUÉMEZ M.A. (2005), *Entre La duda y la esperanza la situación actual de la organización de Médicos Indígenas de la península de Yucatán*, "Temas Antropológicos", Vol. 27(1-2): 31-66.
- GUÉMEZ M.A. (en prensa), *Situación actual de la medicina tradicional y sus terapeutas en la península de Yucatán*, pp. 1-24 en SÁNCHEZ-GARCÍA Y TASCÓN (coord.) *Campos*.
- GUTIÉRREZ J., PACHECO A.L. (2013), *La maldad y los malos espíritus están en el aire y en las personas: curanderos, brujos y nahuales entre los cho'les de Tila, Chiapas*, pp. 251-276 [tomo II] en BARTOLOMÉ M.A., BARABAS A.M. (coords.) *Los sueños y los días. Chamanismo y nahualismo en el México actual*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- HERSCH P., GONZÁLEZ L. (2011), *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- HUIZER G. (1973), *El potencial revolucionario del campesino en América Latina*, Siglo XXI Editores, Ciudad de México.
- IMBERTON G.M. (2002), *La vergüenza: enfermedad y conflicto en una comunidad chol, San Cristobal de las Casas*, UNAM, Ciudad de México.
- IMBERTON G.M. (2006), *Enfermedad y tensiones sociales entre los indígenas chols de Chiapas, México*, pp. 257-270 en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Ediciones Abya-Yala, Quito.
- IMBERTON G.M. (2014), *Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica*, "Limina R. Estudios Sociales y Humanísticos", Vol. 12(2): 81-96.

- LOGAN M.H. (1993), *New Lines of Inquiry on the Illness of Susto*, "Medical Anthropology", Vol. 15(2): 189-200.
- LONGBOTTON J. *et al.* (2018), *Vulnerability to Snakebite Envenoming: A Global Mapping of Hotspots*, "The Lancet", Vol. 392(10148): 673-684.
- LÓPEZ AUSTIN A. (1980), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, UNAM, Ciudad de México.
- LÓPEZ O., NANCE D.C. (2019), "Something Born of the Heart": Culturally Affiliated Illnesses of Older Adults in Oaxaca, "Issues in Mental Health Nursing", Vol. 41 (3): 235-242.
- LUPO A. (2001), *La cosmovisión de los nahuas de la Sierra de Puebla*, pp. 335-389 en BRODA J., BAEZ J. (coords.), *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- LUPO A. (2012), *Corpi freddi e ombre perdute*, CISU, Roma.
- MAYA A.P. (2017), *Estar desnutrido en Hueyapan, Morelos, comunidad indígena de México*, Editorial Saber y Conocer, Ciudad de México.
- MAYA A.P., VENEGRAS-LAFÓN R.M. (2009), *Análisis interdisciplinario de la chiplatez. Síndrome de afiliación cultural que afecta la niñez en Tetelcingo, México*, "LABORAT-Acta", Vol. 21(4): 85-90.
- MENDOZA Z. (1994), *De lo biomédico a lo popular: el proceso de salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*, Tesis de Maestría de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- MENDOZA Z. (2004), *De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en la Merced*, Tesis de Doctorado en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.
- MENDOZA Z. (2013), *Violencia en San Juan Copala, Oaxaca. Narraciones de muerte y sufrimiento*, Ponencia Presentada al SEPAM, CIESAS, Ciudad de México.
- 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, Ciudad de México [segunda edición corregida y aumentada: Universitat Rovira i Virgili, Tarragona 2018].
- MENÉNDEZ E.L. (1984), *Descripción y análisis de las representaciones y las prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato, Ms.*, Ciudad de México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, Ciudad de México.
- MENÉNDEZ E.L. (1994), *La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?*, "Alteridades", Vol. 4(7):71-83.
- MENÉNDEZ E.L. (2009), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ E.L. (2010), *Interculturalità e processi di salute/amalattia/cura: aspetti metodologici*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 21-26: 25-52.
- MENÉNDEZ E.L. (2012), *Violencia en México: las explicaciones y las ausencias*, "Alteridades", Vol. 22(43): 177-192.

- MENÉNDEZ E.L. (2016), *Las enfermedades ¿son sólo padecimientos? Hegemonía biomédica y apropiación ideológica por las clases subalternas*, "AM. Rivista della Società italiana di antropología medica", 41-42: 9-60.
- MENÉNDEZ E.L. (2018), *Antropología médica en América Latina 1990/2015: una revisión estrictamente provisional*, "Salud Colectiva", Vol. 14 (3): 461-481.
- MONDRAGÓN R. (1998), *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas respecto de los brujos entre los curadores espiritistas de Cintalapa*, Tesis de Maestría en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.
- MORALES M. (2021), *La medicalización y la maternidad en los Altos de Chiapas*, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez (en prensa).
- MUÑOZ E., CORONA A. (1996), *Indigenismo y género: violencia doméstica*, "Nueva Antropología", Vol. 15(49): 41-58.
- NATERA G. (2019), *El drama social que viven las mujeres Hñahñu (otomíes) frente al consumo nocivo de alcohol de sus parejas: un análisis de las emociones a través de una intervención*, Tesis Doctoral en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- OSORIO R.M. (en prensa), *Bibliografía de la investigación socioantropológica sobre los procesos de salud/enfermedad/atención en México*, Tendencias dominantes en la Antropología Médica, CIESAS, Ciudad de México.
- ORTEGA J. (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis Doctoral en Antropología, El Colegio de Michoacán, Zamora en Hidalgo.
- PAGE J. (2002), *Políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995, México*, UNAM/Universidad Nacional Autónoma de Chiapas, Ciudad de México.
- PAGE J. (2005), *El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula Y Chenalhó, Chiapas*, San Cristobal de las Casas, UNAM, Ciudad de México.
- PAGE J. (2020), "Morir de amor", no, de diabetes: deterioro emocional y físico por diabetes. Tres casos en los Altos de Chiapas, "Desacatos", Vol. 64: 86-101.
- PEÑA P. (2006), *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia mazahua, México*, Tesis Doctoral en Antropología, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona.
- RABY D. (2018), *Nuestra Madre sufre y llora. Violencia intrafamiliar y Buen Vivir desde las relación con el maíz en una comunidad nahua de Guerrero, México*, "Relaciones", Vol. 39(155): 43-75.
- REDFIELD R. (1941), *Yucatán, una cultura en transición*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- RODRIGUEZ CEJAS G. (2012), *Enfermar y sanar. Persona, cuerpo social y cosmos en la vida cotidiana chol en Calakmul*, Tesis Doctoral en Antropología, UNAM, Ciudad de México.
- ROMANUCCI-ROSS L. (1973), *Conflict, Violence and Morality in a Mexican Village*, National Press, Palo Alto.
- PRESS RUBEL A. (1967), *El susto en Hispanoamérica*, "América Indígena", Vol. 27(1): 69-90.
- RUBEL A., O'NELL C. (1979), *Dificultades para expresar al médico los trastornos que aquejan al paciente: la enfermedad del susto*, "Boletín de la Organización Panamericana de la Salud", Vol. 87(2): 103-112.
- RUBEL A., O'NELL C., COLLADO R. (1989), *Susto. Una enfermedad popular*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.

- RUBEL A., BROWNER C. (1999), *Antropología de la salud en Oaxaca*, "Alteridades", Vol. 9(17): 85-94.
- RUIZ T. (2000), *Ser curandero en Uruapán*, El Colegio de Michoacán, Zamora en Hidalgo.
- RYESKY D. (1976), *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano*, Sep-Setentas, Ciudad de México.
- SANTILLANES N. (2018), *El proceso salud/enfermedad/atención de la depresión en mujeres migrantes mexicanas que residen en la ciudad de New York*, Tesis Doctoral en Antropología en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.
- SESA P. (2017), *Quince años de investigaciones en la prevención y la reducción de la muerte materna en Oaxaca: perspectivas y aportes cualicuantitativos desde la antropología y la salud pública*, pp. 202-251 en FREYERMUTH E.G. (coord.), *Salud y mortalidad materna en México: balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*, CIESAS, Ciudad de México.
- SESA P. et al. (2006), *Violencia y mortalidad materna en contextos indígenas de Oaxaca: una mirada etnográfica*, Ponencia presentada IV Coloquio Nacional de la Red de Estudios de Género del Pacífico Mexicano, Morelia.
- SHEFF T. (1986), *La catarsis en la curación, el rito y el drama*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- THOMAS N. (1974), *Envidia, brujería y organización ceremonial. Un pueblo zoque*, Sep-Setentas, Ciudad de México.
- SILVER D. (1966), *Enfermedad y curación en Zinacantan*, pp. 455-473 en VOGT E. (coord.), *Los Zinacantecos. Un pueblo tzotzil en los Altos de Chiapas*, Dirección General de Publicaciones, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- ZOLLA C. (1994a), *La medicina tradicional de los pueblos indígenas*, 3 vols, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- ZOLLA C. (1994b), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.

Scheda sull'Autore

Eduardo Luis Menéndez Spina; antropólogo social argentino, nacido el 12/12/1934. Profesor/investigador emérito del Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología Social de México. Dr. en Antropología Social (Universidad de Buenos Aires) Dr. Honoris Causa (Universitat Rovira i Virgili, Tarragona). Ha desarrollado investigaciones sobre todo en el campo de la Antropología Médica, entre las que destacan las siguientes: a) Nivel de vida de la población rural de la provincia de Misiones (Argentina); b) Enfermedades ocupacionales en trabajadores mineros, ceramistas y operadores de camiones de pasajeros; c) Modelos de atención de los padecimientos: estructura y funciones; d) Autoatención, automedicación y autogestión; d) Proceso de alcoholización en México; e) Medios de comunicación masiva y procesos de salud/enfermedad; f) Interculturalidad y salud en México: propuestas, orientaciones y limitaciones; g) Actores sociales, enfermedades y curadores en dos comunidades yucatecas. Publicaciones: a) libros y cuadernos: 31; b) capítulos de libros: 108; c) artículos en revistas académicas: 111.

Riassunto

Le relazioni sociali guariscono, ma anche ammalano, uccidono e controllano. Una nuova interpretazione della medicina tradizionale

In questo lavoro descrivo e analizzo le diverse tipologie di relazioni sociali che si esprimono attraverso le cosiddette malattie tradizionali; così come esploro i significati fondanti che queste relazioni esprimono per i soggetti e i popoli originari messicani. Le principali caratteristiche che emergono dall'analisi sono: 1) la tendenza a interpretare le malattie tradizionali in termini di cosmovisione e di rimando a una dimensione sovranaturale, sottovalutando gli aspetti relativi alle relazioni sociali; 2) le malattie tradizionali come espressione o causa di conflitti sociali tra gruppi e soggetti, e la loro soluzione provvisoria attraverso la dimensione del rituale collettivo; 3) l'idea che gran parte delle malattie tradizionali rappresentano o esprimono emozioni, che si sviluppano attraverso le relazioni sociali; 4) il clima sociale che rimanda alla mancanza di fiducia, al timore, alla mancanza di sicurezza, all'incertezza, e soprattutto all'invidia che rimanda alle cause, ai segni, ai sintomi e allo svilupparsi delle malattie tradizionali; e 5) il ruolo centrale che le relazioni sociali assumono nei processi di salute/malattie/assistenza/prevenzione in relazione alle malattie tradizionali.

Parole chiave: medicina tradizionale, relazioni sociali, popoli originari, emozioni

Resumen

Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan. Una reinterpretación de la medicina tradicional

En este texto describo y analizo los tipos de relaciones sociales que se expresan a través de las denominadas enfermedades tradicionales; así como las significaciones dominantes que dichas relaciones tienen para los sujetos y grupos de los pueblos originarios mexicanos. Las principales características que surgen de nuestro análisis son las siguientes: 1) la tendencia a interpretar las enfermedades tradicionales en términos de cosmovisiones y de aspectos sobrenaturales, y la secundarización del papel de las relaciones sociales; 2) las enfermedades tradicionales como expresión y/o causa de conflictos sociales entre sujetos y grupos, y su solución provisional a través de rituales sociales; 3) el que gran parte de las enfermedades tradicionales constituyan o expresen emociones, que se desarrollan a través de relaciones sociales; 4) el clima social de desconfianza, miedo, inseguridad, incertidumbre, sospecha y sobre todo envidias que surge de las causas, signos, síntomas y desarrollo de las enfermedades tradicionales; y 5) el papel central que las relaciones sociales tienen en los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición organizados en torno a las enfermedades tradicionales.

Palabras claves: medicina tradicional, relaciones sociales, pueblos originarios, emociones

Resumé

Les relations sociales guérissent, mais aussi rendent maladie, tuent et contrôlent. Une réinterprétation de la médecine traditionnelle

Dans ce texte, je décris et analyse les types de relations sociales qui s'expriment à travers les maladies traditionnelles, ainsi que les significations dominantes que ces relations ont pour les sujets et les groupes des peuples indigènes du Mexique. Les principales caractéristiques qui ressortent de notre analyse sont les suivants: 1) la tendance à interpréter les maladies traditionnelles en termes de visions du monde et d'aspects surnaturels, et le rôle secondaire des relations sociales; 2) les maladies traditionnelles comme expression et/ou cause de conflits sociaux entre groupes et sujets, et leur solution provisoire à travers des rituels sociaux; 3) le fait qu'une grande partie des maladies traditionnelles constituent des émotions ou expérimentent des émotions, qui se développent à travers les relations sociales; 4) le climat social de méfiance, de peur, d'insécurité, d'incertitude, de suspicion, et surtout d'envie qui découle des causes, des signes, symptômes et développement des maladies traditionnelles; et 5) le rôle central des relations sociales dans les processus santé/maladie/soins/prévention autor des maladies traditionnelles.

Mots-clés: médecine traditionnelle, relations sociales, peuples autochtones, émotions

Fertility Narratives: An Experimental Project of Applied Anthropology within a Fertility Clinic of Southern California

Corinna Sabrina Guerzoni

Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
[corinna.guerzoni@unibo.it]

Riassunto

Fertility Narratives: un progetto sperimentale di antropologia applicata all'interno di una clinica di fertilità californiana

L'articolo presenta un progetto sperimentale di antropologia applicata realizzato all'interno del WeHo Fertility Center (WHFC), un istituto di fertilità della California meridionale (2017-2020). A seguito di un periodo di osservazione presso il centro, ho proposto l'apertura di un laboratorio denominato *Fertility Narratives Lab*. Poiché l'infertilità non è stata quasi mai descritta come una malattia da medici e pazienti, ho proposto il concetto di narrazioni sulla fertilità, nozione principalmente ispirata alle narrazioni sulla malattia kleinmaniana, per fare riferimento a un insieme di narrazioni relative alla stratificazione temporale, emotiva e biopolitica dei percorsi riproduttivi. In questo articolo mi concentrerò solo sulla stratificazione temporale della riproduzione, mostrando tre diversi ambiti emersi durante il laboratorio: la temporalità corporea, la temporalità del personale e la temporalità dei pazienti.

Parole chiave: riproduzione medicalmente assistita, fertilità, fertility narratives, riproduzione, studi di genere, antropologia

*Introduction*¹

This article presents an experimental project of applied anthropology realized within *WeHo Fertility Center* (WHFC), a fertility institute of Southern California. WHFC was founded in 2016 by Robert Paulson, a gynecologist who started this business after working for fifteen years in another clinic located in San Diego. Doctor Paulson opened WHFC with a specific focus on surrogacy; at the beginning, he started a collaboration with some worldwide fertility brokers and, after only one year, he inaugurated two

agencies directly linked to his clinic, defined “in house” facilities: *WeHo Egg Donors*, an agency for recruiting egg donors, and *WeHo Surrogates*, a society for finding surrogates. I conducted a research on US surrogacy at WHFC between September 2017 and February 2020, right during the development and expansion of Dr. Paulson’s business. My research activities were directly linked to the context that I was studying, I mainly organized interviews with subjects involved in a surrogacy journey (egg donors, surrogates, and intended parents), by following them from the beginning of their in vitro fertilization (IVF) treatment until the delivery. At the same time, I worked to propose a project of applied anthropology. During the first year, after patients’ consent, I requested to observe the first meetings between patients and clinical staff as I was interested in knowing how in vitro fertilization was explained by WHFC’s employees. Many patients who used the services of by WHFC were internationals, from different part of the world, and most of them came from China, Israel, Australia, New Zealand, Finland, and Italy. Usually, those patients contacted the clinic through emails, followed by an initial Skype conference with Dr. Paulson, the WHFC’s director, who requested to be involved in any first meeting. For this reason, Skype consultations were generally inserted within a flow of other numerous procedures, such as egg donors and surrogates OBGYN visits, embryos transfers and egg retrievals. In other words, the time devoted to those appointments was generally used as a “stopgap” among other procedures. To show how those interactions took place, I report below an ethnographic illustration that can be taken as an example of other Skype consultations that I observed at WHFC. Alma and James, an Australian couple, contacted WHFC for having information on surrogacy in California. As most patients, they sent an email through the website and booked an appointment with Dr. Paulson for 10:15. That morning, as many other days, Dr. Paulson was behind the schedule and at 10:15 he was still in the OR for an egg retrieval. It was at 10:35 that the secretary put in contact Dr. Paulson with Alma and James, and the Skype consultation started:

Gynecologist: “Good morning and sorry for the delay. I am Dr. Paulson, and I am here to help you. What can I do for you?”.

Alma: “Good morning, Doctor. We want to have kids through surrogacy since we tried to conceive for so many years”.

Gynecologist: “How old are you?”.

Alma: “39”.

Gynecologist: “How many attempts did you do?”.

Alma: “3 inseminations with stimulation and 3 ivf [in vitro fertilization]. We started when I was 33 and... [...]”.

Gynecologist: “We can try to give your eggs a try. Do you want one child or two children? Male or female?”.

Alma: “[They look surprised by this question. They look at each other and waited some minutes before reply]. We haven’t thought about it. We would like to have a child. But we don’t know now if we want one baby or two, and we don’t know about the gender yet. Can we choose it? How?”.

Gynecologist: “At WHFC you can choose. Right after this Skype, one of my nurses will send you all the information via email. Now I will ask you some questions of your medical history, is that ok? I’m starting with you, Alma. Do you have any illness or medical condition?”.

Alma: “No”.

Gynecologist: “Do you take any medication?”.

Alma: “No”.

Gynecologist: “Any surgery?”.

Alma: “No”.

Gynecologist: “Do your parents or siblings have any illnesses?”.

Alma: “No”.

Gynecologist: “Are you allergic to any medications?”.

Alma: “No”.

Gynecologist: “Do you smoke or drink?”

Alma: “No”.

Gynecologist: “Have you ever been pregnant?”.

Alma: “No”.

Gynecologist: “Have you ever had an abortion?”.

Alma: “No”.

Gynecologist: “Ok. The same question for your husband and I have all the information that I need”.

I observed a lot of situations like the one reported above. After few months from my arrival at WHFC, I asked to interview patients right after first meetings to collect their impressions regarding the consultations. Many of them described a lack of empathy and especially they felt that their fertility history was not addressed at all. All the information collected during the first months of my ethnographic fieldwork brought me to propose the *Fertility Narratives Lab* to WHFC which I will describe in this essay. With fertility narratives, a concept inspired by illness narratives (KLEINMAN 1998) I refer to a set of narratives relating to the temporal, emotional and biopolitical stratification of reproductive paths. Since infertility is almost never described as a disease by doctors and patients, I propose this notion to collect in more

detail the complexity of the situations encountered. Considering the concept of fertility narratives, in this article, I will focus only on temporal stratification showing the point of view of all the subjects involved in a fertility treatment, mainly staff and patients.

Data and Methodology

The data collected in this article are the results of a long period of observation of first meetings and other interactions between staff and patients at WHFC from September 2017 until February 2020. The WHFC, opened only one year before my arrival at the facility, and it was a welcoming space for new ideas. I was perceived both as a researcher and as a colleague. Aware of the potential of the critical knowledge of anthropology that could have contributed to questioning specific practices, and how an anthropologist could help picturing and building new practices (or questioning some of them), I initially proposed a weekly meeting to employees directly involved in patients' treatments to focus on doctor-patient communications. WHFC's staff was composed by different professional figures, many of whom had direct interactions with patients: nurses, medical assistants, and third-party coordinators². I organized those meetings as focus groups of one hour each. Every week, we discussed a different topic, such as patients' first consultations, the diagnosis of infertility, how to communicate the failure of specific treatments, how to address some specific issues, etc. After 7 months of participant observations, and mainly inspired by the concept of illness narratives, I proposed to the center to open a laboratorial space established on what I defined "fertility narratives", a concept that will be explained through this essay.

Infertility: A Non-Visible Disease

According to World Health Organization (WHO) infertility is labeled as a disease (ZEGERS-HOCHSCHILD *et al.* 2017). Worldwide, this definition generated debates both within the scientific community and in patients' point of view. Literature has shown how the infertility concept not only vary from one social context to another (INHORN, VAN BALEN 2002), but how it is intertwined with the gender dimension (HINTON, MILLER, 2013; LINCONSTANT in GUERZONI, MATTALUCCI, *in press*) and how it changes throughout history (DAVIS, LOUGHRAN, 2017). Within the IVF arena, infertility depicted as a disease brings ARTs to be perceived as a cure. However, according to

some scholars, fertility treatments do not cure infertility per se – since they don't heal sick bodies – but instead they work more on improving patients' conditions and help their ability to produce babies (LOMBARDI 2018), mainly by replacing what doesn't work: eggs, semen, embryos, uterus, etc. There are known factors responsible for women's infertility, such as early ovarian failure, endometriosis, various problems related to ovulation (polycystic ovary syndrome), or fibroids in the uterus. Likewise, there are identified issues for men's sterility. Nevertheless, the cause of these problems is not always clear to specialists and in a lot of cases, infertility is described to relate to unknown reasons, many of which, however, are referred to the body's temporal deterioration.

In all the unknown cases, a progressive mapping of the solutions that could be used is carried out without a precise diagnosis. From a medical point of view, female infertility and male sterility are treated in different ways. Gynecologists are more cautious talking about female infertility stating that it is more difficult for them to predict women's response to hormonal stimulation and to other fertility treatments, while on the contrary, they represent male sterility as a medical problem that can be easily remedied (BARNES 2014) since even “one spermatozoid is enough” (LINCONSTANT *in press*) to conceive. These representations, intertwined on how ARTs work, produce specific patients' imaginations regarding infertility, fertility, and reproductive treatments. According to the collected data, none of the patients involved in the study described their infertility as a disease, but more as a sophisticated interweaving of unknown factors that work against their ability to conceive, mostly related to having wasted their time when they could easily procreate³. In another work (2020), I focused on how fertility treatments are perceived by patients. Showing the way in which ARTs operate gave patients the impression of IVF as an extremely controllable practice (since it is possible to plan in detail every action), while it is impossible to make any sure prediction of possible results. The reproductive project develops in its contingent structure, and it is characterized by being constantly revised as the techniques may fail and the treatments may change; in that frame, patients' expectations expand over time and space (GUERZONI 2020). What it is sure, it is the impossibility to predict the success of any fertility treatment, if not from only a purely statistical point of view⁴.

In the following paragraphs, I will introduce the fertility narratives lab showing how computational predictions and fertility rates are represented

both by IVF specialists and patients and focusing on how temporality plays a crucial role within the ARTs arena.

Fertility Narratives Lab: A Matter of Temporalities

Fertility narratives is a concept inspired by the illness narratives (KLEINMAN 1998). As I discussed above, patients involved in this and in my previous research (2012, 2014-2017) never referred to their inability to conceive as a disease. For the peculiarity of this condition, I decided to formulate the concept of fertility narratives, instead of illness, to embrace a plurality of experiences that go beyond the idea of infertility as a disease. With fertility narratives I refer to a set of narratives relating to the temporal, emotional and biopolitical stratification of reproductive paths and not exclusively to patients' awareness of their inability to conceive. Indeed, from the collected experiences during the fieldwork, I noticed that many of the patients arrived at WHFC after a variety of different fertility treatments received in other facilities. It means that those subjects lived through many reproductive failures and unsuccess and, from my point of view, fertility narratives concept could capture all those reproductive disruptions (INHORN 2007) related to patient's experience. In the field of applied anthropology, the ideas that I had behind fertility narratives were 1) to collect information that normal consultations could not collect due to lack of time and 2) to offer a space for patients to make sense of previous experiences and connect them with those in progress.

As I mentioned, time turned out to be a crucial element for fertility narratives for several reasons. At the beginning of my fieldwork observations at WHFC, I noticed that the time was never enough, for consultations, visits, phone calls and skypes. Time insufficiency was mainly perceived by patients who declared to felt that all their needs were not addressed completely. At WHFC, there wasn't an official protocol for first consultations, even if Dr. Paulson asked to the front desk to schedule those meetings directly with him. According to my fieldwork notes and observations, the time dedicated to patients were considered, both by patients and by the staff, as not sufficient to collect all the information needed to start any infertility treatment. Indeed, skypes were generally followed by numerous emails to gather as much information as possible on patients' conditions. At the same time, patients expressed their dissatisfaction on this way of collecting information describing emails as a detached way of talking about sensitive issues,

as an excessive waste of time as replies were expected within 48 hours while many international patients reported weekly delays, and most important, patients represented emails as “cold and anonymous” way of communication for doctor-patient relationships. Helped by the staff who gave me the most fruitful information during the first step of this project of applied anthropology, I co-organized, only for specific types of patients⁵, a space in which they may be able to “have time” and express what they experienced through their previous fertility treatments. One of the most salient aspects emerged during the fertility narratives lab was time.

One of main aspects emerged during the fertility narratives lab was time centrality. Temporality can be identified in different phases of an IVF journey: from the time invested in seeking information regarding reproductive pathways, to the period used to conceive (often months, if not years). From patients and staff, time has been described as a crucial feature to succeed and have positive results. As my findings collected within the fertility narratives lab shows, there is a stratification of temporalities which are composed by different dimensions and that I will divide below in three different scopes: body temporality, staff temporality and patients’ temporality.

Body Temporality: Timing to Achieve a Pregnancy

In Western societies fertility is often associated with different images, and one of them is directly related to time. The biological clock is a common expression used to indicate the cruciality of time on reproductive bodies, indicating the need to reproduce before it is too late, and it is mainly used regarding the fertility of women and is almost never applied for men. The social representation of fertility sees female bodies as more exposed to temporal deterioration due to the aging of bodies compared to the male ones. It is not only the gender dimension that influences this representation, but also the way in which reproductive medicine, by mapping the inside of the bodies, has produced a specific knowledge on reproduction, underlining the fragility and scarcity of eggs compared to the male semen and calculating the “best time” to reproduce before “wasting time”. Lucy van der Wiel, a scholar who has done extensive research on reproductive technologies and aging, showed «how notions of the ‘biological clock’ and related egg-focused decline-oriented understandings of female fertility contribute to a conceptualization of the non-reproductive body as a

figure through which fears about ageing can be articulated and produced» (2014: 4) and on how practices as egg freezing could help to conceptualize «traditional narratives of ageing as decline, but also trigger a public re-conceptualisation of age-related reproductive physiology through a focus on the ovum as the locus of fertility» (2014: 4). ARTs, highlighting how human fertility works, have an important impact on the way people perceive their reproductive capabilities both with certain limits but also with some boundaries to overcome, as bodies that have a timer and that can reproduce within a specific time window. ARTs expand this temporal dimension and «[...] despite biomedicalization, or perhaps because of biomedicalization tendencies, the women integrated perceptual and scientific knowledges to ascertain the “right time” to do it» (MAMO 2007: 176). The medical and technological intervention on pregnancy has produced a progressive and punctual knowledge of each phase of conception. It is possible to use several devices to track women’ ovulations, from ovulation predictor kits to ultrasounds, and identify the right time to conceive. These tools tend to indicate specific time frames, on the one hand simplified the procedures and on the other hand maximized the possibility for success. Mamo described how throughout history the change on how women tracked their menstrual cycles from a self «experiential knowledge about their bodies» (172) – like body temperature and vaginal mucus – to «medical technology with standard procedures» (172) had a direct impact on how people represent conception, bodies, reproductive functions, and time transience. I argue that ARTs, and the knowledge that revolve around them, have progressively invested bodies and representations, giving enormous space to the temporal cruciality above other aspects.

Temporality is a fundamental element that also characterizes surrogacy, one of the most complex practices that develops through IVF. Surrogacy is characterized by several steps, and it touches a plurality of subjects, not only people physically involved with their bodies, or parts of itself, such as intended parents, gestational carriers, and sperm and/or egg donors. There are also many other specialists who take part in this process at different stages, such as embryologists, doctors, nurses, and third-party coordinators. Surrogacy’s journey can be pursued using a fresh, a hybrid or a frozen cycle, in which the fresh cycle requires a more detailed coordination between parties compared to the other two forms that give way to a more capillary control of the patients’ bodies by specialists⁶. At WHFC all the IVF procedures related to surrogacy were based on frozen cycles; this gave an imbalance on bodies’ control in specialists’ hands who were the only ones

who could determine when it was the correct time to proceed, an aspect that will be analyzed in the following subparagraph.

Staff Temporality

An IVF treatment is composed by numerous steps. In order to create embryos, two bodily substances are necessary: eggs and semen. In the cases observed at WHFC, sperm was mostly obtained through masturbation (collected in the so called “collection room”)⁷ and less with surgical tools; except for rare cases, no preparation of male bodies was required, other than a suggested three-day abstention before any semen collection. A different procedure is necessary for any eggs retrieval that can be only performed through surgery. Egg retrieval can happen only after daily injection of hormones, generally up to fourteen days. WHFC staff monitored patients’ follicular maturation through blood analysis and transvaginal ultrasound. If semen collection could be done easily at any moment, egg retrieval occurred within a very specific time window.

WHFC staff represented some aspects of IVF as more crucial part for achieving a successful IVF program compared to other ones. Egg retrieval has been described by specialists as a decisive event, and through practices and words they educated patients regarding the importance of acting within a specific frame time. In many cases observed, more than one patient was asked to be ready for egg retrieval overnight, at a specific time, because according to the calculations of WHFC specialists, the “best eggs”, namely the oocytes at their maximum development, were ready only in that specific moment. It was a matter of acting at the “right time” rather than waiting hours and wasting time and resources. According to nurses, waiting some hours could have influenced the egg’s quality and with it, hypothetically, all the following steps. I collected several sentences about this time rhetoric from staff point of view, as for example, one day, all the embryologists were called for an emergency meeting in Dr. Paulson’s office. The director of WHFC asked who was available to be in the Lab at three am for one of their oncologist patients. Stacey, twenty-four years old, started her chemotherapy before knowing that it could have affected her fertility. Thanks to a friend of her, she discovered the so called “oncofertility program” which consists in retrieving some eggs before any chemotherapy treatment. WHFC staff explained Stacey that her fertility has been already damaged since the ovarian reserve analysis, and the followed hormonal injections, showed

low response to treatments. The latest blood work done, and the transvaginal ultrasound showed that the follicular maturation was almost at its maximum stage. After this visit, Dr. Paulson programmed the egg retrieval when, approximately, the oocytes were supposed to be fully mature and at their best development. Stacey was asked to arrive thirty minutes before three am. That morning she arrived one hour earlier. I was there too. She confessed to feel nervous since the exam done in the afternoon showed only three possible mature eggs. While I was chatting with Stacey, one of the nurses arrived and told her:

Thank God you are already here, better earlier than later, better to be here on time and before it is too late, sweetheart. We set up the room and we have just to wait the anesthesiologist. Hopefully without the LA morning traffic he won't be late. It is very important to retrieve your eggs this morning around three, they look perfect, and we need to retrieve them. We cannot waste this try. Everything is going to be ok, we organized it meticulously.

In this ethnographic example, like in the majority observed at WHFC, the staff expressed the importance of performing the egg retrieval “on time”, not only for egg quality, but mainly because the procedure became necessary for the next steps of a larger project: the conception. Not collecting mature eggs meant delaying the journey and directly postponing parenthood. In Stacey's example, this was even more emphasized, as chemotherapy was already having a negative impact on her reproductive system, other than the flow of time. Retrieving the few eggs on time was almost represented as a mission for the staff.

Egg retrieval is one of first steps of a broader process. The eggs retrieved from an egg donor and or an intended mother can be immediately fertilized with semen from sperm donor/intended fathers, like in Stacey's case, or frozen to be used later. At WHFC all the embryos created through IVF were cryopreserved for several reasons. One of the most important ones was related to pre-implantation genetic diagnosis (PGD) and pre-implantation genetic screening (PGS). According to Dr. Paulson and his embryologists' staff, genetic screening information (available only for frozen embryos) could implement the chances of embryos' attaching to patients' uteruses since the quality of the embryo may affect its probability of having a so-called successful pregnancy⁸. Frozen embryo transfer (FET) was also described as less costly, and less psychological and physical stress on the woman's body. But one of the main reasons was because it was the easiest way to proceed and have more control on the IVF program. Indeed, while the embryos are frozen and stored at WHFC lab, female patients fol-

low a calendar made by nurses used to prepare their uteruses to receive a FET. This body's preparation takes time (up to three weeks), and it is composed by daily injections of two different types of hormones to help the endometrium reach a certain thickness and increase the chances for the embryos to stick. For FETs, patient's bodies preparations were monitored weekly through blood analysis and transvaginal ultrasounds. Unlike the egg retrieval, FETs weren't surrounded by the same apprehension related to proceed at a specific time, but they were generally scheduled on the same day so that staff could organize the OR for FET only.

The timing of reproduction was dictated by different screenings and by the availability of the center's specialists. Through words and thanks to the organization of procedures, the staff educates patients on the calculability and predictability of treatments. The idea of the right time, calculated, predictable and tamed by technologies, clashed with what patients required and hoped for on their own journeys. Below I report a conversation collected during a staff meeting:

Rosie: "Patients need to be educated, on how IVF works, on how many steps are needed, on the timing to follow, on how to take meds and any possible response of their bodies. They often ask for everything right away, but bodies have their own time, and we are monitoring them through each fertility treatments. For example, eggs cannot be retrieved when they want. We must check where their follicles are at and book the egg retrieval when they are mature".

Sonia: "Exactly, for the same reason we cannot do the FET when they want. Sometimes patients ask something that doesn't have any sense, like 'please, I want my baby an Aries, we need to make the embryo transfer before the end of this month' or 'I have time in December, I need to have my baby in this month'".

Rosie: "Yeah, right? Our bodies work differently than our busy life. Yes, IVF may help, but there is a precise timing to follow. We really need to instruct them. It is important that they take meds on time, and they follow the calendar that we make for them. We know that there are other facilities that don't pay attention on meds, but for us it is. They cannot just schedule another transfer right after a miscarriage. The uterus needs to be prepared. I don't understand how other clinics do that".

WHFC staff insisted on the importance of following certain practices based on their knowledge and their experiences.

Patients' Temporality

Now that the beta (blood analysis) are positive, I am calm, but trust me, I felt like lost several times. When we started our last treatment here, I was calling the clinic like any other day. I felt like they weren't following us. My nurse said that I was too anxious, but I felt I needed to keep them on track, or they would have delayed my journey. If I hadn't contacted them, they wouldn't have called me. We were suspended, like suspended in time while the time was running fast. We needed to act as soon as we could.

Patients – who had often arrived at the center following a long pilgrimage or who were at an “advanced” age to procreate and reproduce – were eager to conceive “before it was too late”. The patients represented their previous experiences, as well as those in progress, as “suspended in time”, characterized by an ephemeral perception of control and a constant uncertainty due to the way in which the ARTs operate and how procedures have been represented by the healthcare personnel. The processes organized within a specific time frame by the staff gave to patients the impression of being an extremely controllable technique (since it is possible to plan each action meticulously - like the egg retrieval at three am) while it escapes to any possible prediction. The reproductive project is expressed in its contingent structure and is characterized by being in constant revision since trajectories may change, techniques can fail, and expectations could expand over time (GUERZONI 2020).

During the meetings at the Fertility Narratives Lab, patients expressed many times what it could be described as “chasing time”, namely reproducing before the time can cause a definitive halt to their reproductive abilities. As mentioned, many of them came from long and troubled journeys that had marked their lives. Brianna, an actress of 42 years old, described her reproductive journey as the cause of her Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) for having experienced a series of reproductive failures that have made her wasting time and hopes.

I had like a PTSD from all the IVF treatments that I had in the past, I failed, my body failed, and we lost time. We experienced our journey as a race against time. We waited so many years before deciding to have kids, and then it was too late. Since then, every day is like a waste of time, a waste of money, energy, and hope. It was a weird sensation, after any treatments the time was like slowing down but at the same time, we knew that we were losing precious time, especially due to my age. My eggs were getting old at any minute, and it was so important to me to collect as many eggs as possible before it was too late. The doctor was very clear with us, we only had the 22% of chances.

Brianna, like other patients interviewed, showed how most of them experienced time as something that oscillated between slowness but above all towards an unstoppable speed that could have made every sort of reproductive project fail forever. “Chasing time” had a very complex meaning, and it wasn’t only related to the need of acting “before it was too late”. One of the most salient pieces of information collected with patients was their dissatisfaction on the time that WHFC staff dedicated them, especially during the first meetings described by most of them as crucial moment of their reproductive journey. Ashley, a real estate agent of 47 years old, said:

I am happy that I can share my experience with someone. During the first Skype call that I had with Dr. Paulson, I felt weird vibes. Not sure how to say that, but it seemed that he didn’t care at all and that he was like obligated to make this call rather than interested in learning how to help me. It was only 10 minutes, and I couldn’t tell him all the things that I have been through.

In a similar way Luna, a sale assistant of 52 years old, told me:

The first consultation was like some others that we had in the past in other facilities, in a rush. It seems that they don’t have time to listen. The doctor just asked me how many kids I wanted, and he had not collected any information regarding all the tries that we had. After the consultation, we had been contacted by his staff and we received partial info. I mean, we wanted to receive some explanations about our infertility, but instead we received instructions to follow, mainly through emails.

Ashley and Luna, as many other patients involved in the fertility narratives lab, expressed disappointment about the insufficient time dedicated to their consultations, and in general in the collection of explanations from the staff. Patients felt a lack of time for sharing their experiences, especially because they thought that it could give to the staff a better understanding of their fertility situation. This topic is directly linked to another main theme emerged during the shared narratives between patients: the lack of a fertility history, as Luna mentioned. Her interview brings up more interesting information: WHFC staff was more focused on giving patients instructions to follow rather than dedicating time to a doctor-patient relationship. Following patients’ perceptions, the time spent on treatments was mainly related to how to take the drugs, how to give the injections and less to situations they assessed as equally important, such as the time devoted to interviews, answering questions, listening to patients etc. From the conversations collected it emerged a clear predominance of the care of the technical aspects above all the others, like Robert, a bank clerk of 54 years old stated:

It was a matter of numbers and treatments. During the first consultation, the doctor mentioned their success rates and said that his clinic was first ranked in the US. If I remember, he talked about an 83% success rates, which was insane to me. My wife and I went in 5 different clinics before arriving at West Hollywood Fertility Center, and none of them had this rate, they had the 40% max. Then we realized it was related to the proposed treatment. The doctor has been very honest with us, and he immediately proposed a surrogacy journey with an egg donation program. He said that we could have tried to make another try, but he believed that with my wife's condition we may had the 5% chances to get pregnant. With a surrogacy program he talked about 95% chances, and he calculated that we could become parents by the end of the year. You know, I am 54, my wife is 58, so we decided to use an egg donor and a surrogate.

Robert and his wife arrived at the center for an IVF treatment using both their gametes. They wanted to try again with their genes before understanding if they wanted to proceed further, but after the consultation with Dr. Paulson, in which he mentioned statistics and waste of time, they decided to use a surrogacy program to become parents as soon as possible.

A final important point to mention is related to the way in which patients interpreted the information received from the staff, below one example described by Francis, a psychologist of 37 years old:

I don't know, it is like when you meet for the first time a patient. I say that for the job that I do. We need to learn how to understand each other. My nurse sent me several communications with sentences like 'we are going to start the journey *right away*' or 'we are going to make the FET *right away*'. For me, *right away* means immediately, or after some hours. After a while, I understood that *right away* meant in a week or some weeks. It is so frustrating.

This ethnographic example shows some difficulties of communication between staff and patients, statements which feed patients' hope, but above all their haste of chasing time. This type of communication, combined with the practices implemented by the staff, created in patients a specific imagery relating to reproduction, which would seem to be marked exclusively by the technicalities operated by the staff, but which escapes pre-established logics.

Conclusion: Restructuring Time

The fertility narratives lab was born with a dual purpose; on the one hand, to collect wider information on patients' fertility, on the other, to serve as a dialogic space between different voices, such as staff, patients, and me as

a researcher. This applied anthropology project, mainly designed to bring critical and reflective anthropological knowledge into a clinical context, has been particularly fruitful for collecting several facets of timing and reproduction within a fertility clinic. The establishment of the laboratory, although it had many favorable conditions, was not easy to achieve because the slow knowledge of anthropology clashed with the precise and frenetic timing of a fertility center.

Time has been a constant thematic of the Fertility Narratives Lab. From the collected narratives, time has emerged as one of the crucial aspects of ARTs for different reasons, and from different perspectives. In this article, I have highlighted three different temporalities collected during the fertility narratives lab. The first temporality described has been the time of the bodies, intended as a decisive factor for the deterioration of reproductive abilities, more in women than in men. The second mentioned has been the staff temporality, strongly focused on a specific organization of time based on previous staff knowledge and success rates that have implemented the idea of the need to act within a specific time window and avoid jeopardizing the success of the entire journey. The third, and last one, it was connected to patients' time perception that collided and shaped with the other two temporalities. IVF gives the impression of being an extremely controllable practice, since it is possible to plan in detail every action, when it escapes every possible prevision. The staff mainly described the respect of the execution of precise, albeit imprecise, manipulations of the "times of the bodies" – follicular maturation, egg retrieval, etc. – as fundamental actions for the success of any IVF treatment. From their point of view, the precise execution of these phases would have laid the foundations for a positive path; on the contrary, any change of program – even if minimal – could have compromised the success of the IVF. Patients eager to conceive before it was "too late", represented their experiences as "suspended in time", mainly characterized by a persistent uncertainty due to the way in which ARTs operate. While on the one hand, patients felt the need to "chase time" by asking to speed up the steps necessary to complete the steps necessary to achieve conception, on the other hand, the staff highlighted the importance of waiting for the "right moment" for the execution of the techniques. These representations fed the imagery of patients, who viewed in vitro reproduction as a highly controllable, manipulable, and predictable practice.

Fertility narratives can be seen as and proves to be an opportunity to find a politicized voice of fertility, but also to reflect on the way in which

reproductive bodies are represented. Fertility narratives as a theoretical concept help me to show how the time has been perceived and co-constructed between patients and staff. From the collected data, time was devoted more to technique practices rather than to listen to patients. Thanks to the critical knowledge of anthropology, and especially thanks to the information acquired during the fertility narratives lab, some practices given as praxis have been questioned by the staff. In a similar way, patients involved in the lab were able to reflect on their journey in a different way compared to their previous experiences gaining awareness on how the only certainty of IVF is its uncertainty.

In conclusion, I believe that fertility narratives – meaning the set of narratives relating to the temporal, emotional and biopolitical stratification of reproductive pathways – can offer a space for reflection both for the patients and for the staff, to approach the patients in a less mechanical way and embrace more the subjective dimension, without therefore seeing patients as body parts.

Notes

⁽¹⁾ All the names reported in this article have been changed to ensure the anonymity and protect the privacy of the subjects involved in this research.

⁽²⁾ Third-party coordinators are assigned only to patients who use surrogacy to have children. Third-party coordinators are a liaison among patients and all the parties involved in a surrogacy journey, such as fertility lawyers, egg donors, gestational surrogates, insurance brokers, and OBGYN doctors.

⁽³⁾ The average age of patients who used IVF and surrogacy at WHFC was around 43 years. On the website of the Italian Ministry of Health, for example, like in the majority of scientific database, it is highlighted the crucial role played by the time: «Fertility, both male and female, is affected by the normal aging processes of the organism, changing with age. In humans, the sperm production process does not stop with aging, but gradually decreases and deteriorates in quality, in relation to a gradual decline of the hormone levels and the appearance or worsening of various andrological diseases. In women, however, age plays a very important role in reproductive capacity. For an informed choice, it is important that young women are informed that the female 'fertile window' is limited, and that the quality of the oocytes decreases with increasing age. The fertility of women, therefore, is maximum between the ages of 20 and 30, then undergoes a first significant decline, albeit gradual, already around the age of 32 and a second fastest decline after age 37 [...]» – <https://www.salute.gov.it/portale/fertilita/dettaglioContenutiFertilita.jsp?lingua=italiano&id=4556&area=fertilita&menu=stilivita>.

(4) International societies of reproductive medicine and fertility clinics show rates of success of specific practices based on different factors (age, quality of semen, egg and embryos etc.).

(5) The experimental project involved a period of testing and observation with respect to what I have defined fertility narratives. Weekly, exclusively European patients were selected to participate in this initiative which included a long interview between patients and third party-coordinators before the video consultation with Dr. Paulson.

(6) One example of a fresh cycle is the aligned of egg donor/or intended mother menstrual cycle with the surrogate one. An example of frozen cycle is preparing surrogate's uterus to receive a frozen embryo cryopreserved at the clinic.

(7) At WHFC this room was in front of the IVF lab. Inside of the collection room there was a sofa and a television with a large collection of porn available for patients. A medical assistant was generally accompanying patient inside this room, giving them some instructions to follow. When the patient collected the semen inside a cup, he had to call the andrology lab by ringing a bell.

(8) This information is shared not only by WHFC, but also by other fertility clinics and some latest articles on embryos quality and IVF success rates, such as, for example *Does Maternal Age at Retrieval Influence the Implantation Potential of Euploid Blastocysts?*, published in 2019 on the *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

References

- BELL S.E. (2020), *Experiencing Illness In/And Narrative*, pp. 184-199 in BIRD C.E., CONRAD P., FREMONT A.M., (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- BALDWIN K. (2019), *Egg Freezing, Fertility and Reproductive Choice: Negotiating Responsibility, Hope and Modern Motherhood*, Emerald Publishing, Bingley.
- BARNES L.W. (2014), *Conceiving Masculinity: Male Infertility, Medicine, and Identity*, Temple University Press, Philadelphia, USA.
- BIRENBAUM-CARMELI D., INHORN M.C., VALE M., PATRIZIO P. (2021), *Cryopreserving Jewish Motherhood: Egg Freezing in Israel and the United States*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 35(3): 346-363.
- BROWN E., PATRICK M. (2018), *Time, Anticipation, and the Life Course: Egg Freezing as Temporarily Disentangling Romance and Reproduction*, "American Sociological Review", Vol. 83(5): 959-982.
- BRUNER E.M. (1986), *Ethnography as Narrative*, pp. 139-155 in TURNER V.W., BRUNER E.M. (eds.), *The Anthropology of Experience*, University of Illinois Press, Urbana.
- BÜHLER N. (2021), *When Reproduction meets Ageing: The Science and Medicine of the Fertility Decline*, Emerald Publishing, Bingley.
- CLARKE A.E., MAMO L., FOSKET J.R., FISHMAN, J.R., SHIM J.K. (2010), *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Duke University Press, Durham/London.
- CROW J., AMSO N.N., LEWIN J., SHAW R.W. (1994), *Physiology: Morphology and Ultrastructure of Fallopian Tube Epithelium at Different Stages of the Menstrual Cycle and Menopause*, "Human Reproduction", Vol. 9(12): 2224-2233.

DAVIS G., LOUGHRAN T. (ed.) (2017), *The Palgrave Handbook of Infertility in History Approaches, Contexts and Perspectives*, Palgrave Macmillan, London.

FRANK A. (2002), *The Extrospection of Suffering: Strategies of First-Person Illness Narratives*, pp. 165-177 in PATTERSON W. (ed.), *Strategic Narrative: New Perspectives on the Power of Personal and Cultural Stories*, Lexington Books, Lanham, MD.

HINTON L., MILLER T. (2013), *Mapping Men's Anticipations and Experiences in the Reproductive Realm: (In)Fertility Journeys*, "Reproductive BioMedicine Online", Vol. 27(3): 244-252.

GARRO L., MATTINGLY C. (2000), *Narratives as Construct and Construction*, pp. 1-50, in GARRO L., MATTINGLY C. (eds.), *Narratives and the Cultural Construction of Illness and Healing*, University of California Press, Berkeley.

GOOD B. (2014), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino.

GUERZONI C.S. (2017), *Generare oltre i corpi. Progetti genitoriali, percorsi riproduttivi e pratiche di surrogacy: il viaggio oltreoceano di padri gay italiani*, pp. 61-88 in MATTALUCCI C. (ed.), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni nelle esperienze di procreazione e genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina, Milano.

GUERZONI C.S. (2020), *Sistemi procreativi. Etnografia dell'omogenitorialità in Italia*, Franco Angeli, Milano.

INHORN M.C., VAN BALEN F. (ed.) (2002), *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, University of California Press, Berkeley.

INHORN M.C. (ed.) (2007), *Reproductive Disruptions. Gender, Technology, and Biopolitics in the New Millennium*, Berghahn, New York-Oxford.

INHORN M.C., BIRENBAUM-CARMELI D., YU R., PATRIZIO P. (2021), *Egg Freezing at the End of Romance: A Technology of Hope, Despair, and Repair*, "Science, Technology & Human Value", Vol. 47(1): 1-36.

INFERTILITY NETWORK UK, (2008), *The Infertility Network UK Fertility Tourism Survey Results*, available from <http://www.hfea.gov.uk/fertility-clinics-treatment-abroad.html>.

IRANI M., ZANINOVIC N., ROSENWAKS Z.Z., XU K. (2019), *Does Maternal Age at Retrieval Influence the Implantation Potential of Euploid Blastocysts?*, "American Journal of Obstetrician and Gynecology", Vol. 220 (4): P379.E1-379.E7.

KLEINMAN A. (1998), *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basics Books, New York.

LINCONSTANT L. (in press), *Infertility as a Gendered Social Experience in Italy (Lombardy): Sense of Self and Modality of Action*, in GUERZONI C.S, MATTALUCCI C. (eds.), *Reproductive Governance and Bodily Materiality: Flesh, Technologies, and Knowledge*, Emerald Publishing, Bingley.

LOMBARDI L. (2018), *Riproduzione e salute nella società globale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.

MATTALUCCI C. (2017), *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni nelle esperienze di procreazione e genitorialità in Italia*, Raffaello Cortina, Milano.

MELHUUS M. (2007), *Procreative Imaginations: When Experts Disagree on the Meanings of Kinship*, pp.37-56, in LIEN M.E., MELHUUS M. (eds.), *Holding Worlds Together: Ethnographies of Knowing and Belonging*, Berghahn Books, New York/Oxford.

MOL A. (2008), *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, Routledge, London/ New York.

PENNINGS G. (2004), *Legal Armonization and Reproductive Tourism in Europe*, "Human Reproduction", Vol. 19(12): 2689-2694.

PENNINGS G. (2009), *International Evolution of Legislation and Guidelines in Medically Assisted Reproduction*, "Reproductive Biomedicine Online", Vol. 18(2): 515-518.

PENNINGS G., DE WERT G., SHENFIELD F., COHEN J., TARLATZIS Basil, DEVROEY Paul (2008), *ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-Border Reproductive Care*, "Human Reproduction", Vol. 23(10): 2182-2184.

SULIK Gayle A., EICH-KROM A. (2008), *No Longer a Patient: The Social Construction of the Medical Consumer*, pp. 3-28 in CHAMBRÉ S., GOLDNER M. (eds.) *Patients, Consumers and Civil Society*, "Advances in Medical Sociology", Vol. 10: 3-28.

VAN DE WIEL L. (2014), *For Whom the Clock Ticks: Reproductive Ageing and Egg Freezing in Dutch and British News Media*, "Studies in the Maternal", Vol. 6(1): 1-28.

WALDBY C. (2015), *Banking in Time: Egg Freezing and the Negotiation of Future Fertility*, "Culture, Health and Sexuality", Vol. 17(4): 470-82.

Scheda sull'Autrice

Corinna Sabrina Guerzoni è nata a Milano il 10/04/1987. È Assegnista di Ricerca presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Bologna, Docente a contratto in Antropologia Culturale presso l'Istituto Europeo di Design (Milano, Italia) e attualmente Visiting Researcher presso il gruppo ReproSoc (Reproductive Sociology Research Group) dell'Università di Cambridge (UK). Dal 2017 al 2020 è stata Postdoctoral Fellow presso il Western Fertility Institute (California). Nel 2016 è stata Visiting Researcher presso la San Diego State University, Dipartimento of Women's Studies (California). Nel 2017 ha conseguito il Dottorato in Antropologia Culturale e Sociale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. I suoi temi di interesse sono la riproduzione, il genere, le nuove forme di genitorialità, l'antropologia della parentela, di genere e l'antropologia medica.

Resumen

Fertility Narratives: un proyecto experimental de antropología aplicada dentro de una clínica de fertilidad de California

El artículo presenta un proyecto experimental de antropología aplicada realizado dentro de WeHo Fertility Center (WHFC), un instituto de fertilidad del sur de California (2017-2020). Dado que la infertilidad casi nunca fue descrita como una enfermedad por médicos y pacientes, propuse el concepto de narrativas de fertilidad, una noción inspirada principalmente en narrativas de enfermedad por Kleinman, para referirme a un conjunto de narrativas relacionadas con la estratificación temporal, emocional y biopolítica. de caminos reproductivos. En este artículo me centraré únicamente en la estratificación temporal de la reproducción, mostrando tres ámbitos diferentes que surgieron durante el laboratorio: la temporalidad corporal, la temporalidad del personal y la temporalidad de los pacientes.

Palabras clave: reproducción médicamente asistida, fertilidad, fertility narratives, reproducción, estudios de género, antropología

Résumé

Fertility Narratives: un projet expérimental d'anthropologie appliquée au sein d'une clinique de fertilité californienne

L'article présente un projet expérimental d'anthropologie appliquée réalisé au sein du WeHo Fertility Center (WHFC), un institut de fertilité du sud de la Californie (2017-2020). L'infertilité n'ayant quasiment jamais été décrite comme une maladie par les médecins et les patients, j'ai proposé le concept de récits de fertilité, notion principalement inspirée des récits de maladie de Kleinman, pour désigner un ensemble de récits relatifs à la stratification temporelle, émotionnelle et biopolitique. des voies de reproduction. Dans cet article, je me concentrerai uniquement sur la stratification temporelle de la reproduction, montrant trois portées différentes qui ont émergé au cours du laboratoire: la temporalité du corps, la temporalité du personnel et la temporalité des patients.

Mots-clés: procréation médicalement assistée, fertility narratives, reproduction, études de genre, anthropologie

Abstract

Fertility Narratives: An Experimental Project of Applied Anthropology within a Fertility Clinic of Southern California

The article presents an experimental project of applied anthropology realized within WeHo Fertility Center (WHFC), a fertility institute of Southern California (2017-2020). Since infertility was almost never described as a disease by doctors and patients, I proposed the concept of fertility narratives, a notion mainly inspired by illness narratives of Kleinman, to refer to a set of narratives relating to the temporal, emotional and biopolitical stratification of reproductive paths. In this article, I will focus only on the reproduction temporal stratification, showing three different scopes which emerged during the lab: body temporality, staff temporality and patients' temporality.

Keywords: assisted reproductive technologies, fertility, fertility narratives, reproduction, gender studies, anthropology

Effigie della mortalità

*Analisi dello spazio culturale dell'eutanasia
attraverso la prospettiva dei medici dell'Emilia-Romagna*

Niccolò Martini

Studio indipendente, Bologna
[niccolo.martini2@gmail.com]

Abstract

Effigy of Mortality. Analysis of the Cultural Space of Euthanasia through the Perspective of Emilia-Romagna Physicians

This article analyzes the topic of biomedical voluntary end-of-life (specifically euthanasia and assisted suicide) using the data that emerged during a research carried out in Italy. In the first pages, the topic will be introduced, and the problematic current situation will be described, then will be outlined a theoretical framework and in the conclusion will be analyzed the data from the semi-structured interviews conducted with physicians during the research.

Keywords: euthanasia, assisted suicide, biomedicalization, voluntary end-of-life, schismogenesis

Introduzione

La morte ha sempre affascinato gli studiosi delle più svariate discipline. Gli scienziati sociali, nello specifico, si sono maggiormente occupati dell'analisi delle ritualità funerarie e delle pratiche che gravitano attorno al decesso di un individuo. Tuttavia, i decenni più recenti hanno portato la biomedicina a svilupparsi in modo tale da permettere ai pazienti con malattie terminali sia di sopravvivere più a lungo, sia di morire prima del dovuto in modo tale da evitare ulteriori sofferenze. Ciò significa che la morte ora non è più solo un evento inatteso ma anche qualcosa di premeditato a cui può essere associato il concetto di volontarietà.

Questo nuovo fenomeno assume generalmente la forma, là dove è legale, di eutanasia e suicidio assistito, azioni che, per quanto simili possano

sembrare, differiscono sostanzialmente tra loro: la prima viene eseguita dal medico su richiesta del paziente informato, la seconda viene eseguita direttamente dall'individuo previa autorizzazione dei medici competenti. Il risultato è lo stesso ma cambia il soggetto agente. Queste nuove pratiche aprono un nuovo scenario in cui viene modificato non solo il mondo medico, con la sua deontologia e i suoi attori, ma anche la società più ampia in cui la biomedicina è inserita. Il fine vita volontario permette di riplasmare la stessa idea di morte a cui le società sono abituate; si tratta della creazione di una possibilità che non è solo nuova, ma è anche intrisa di tabù frutto di un lungo processo storico-culturale. L'impatto di questa novità è amplificato dal fatto che suddette nuove pratiche devono prima passare al vaglio delle istituzioni nazionali per essere legalizzate; quindi, attraversano un periodo di discussione pubblica e giuridica prima di entrare nella quotidianità. Nonostante questo periodo preparatorio, la legge tende a modificarsi più velocemente di quanto avviene alle credenze e alle ideologie di una società, una norma sul fine vita volontario avrà dunque un impatto notevole sulla popolazione.

La mia ricerca ha voluto indagare suddetto impatto in un paese in cui le pratiche di morte volontaria sono ancora in una situazione di vuoto normativo, l'Italia. Qui sia l'eutanasia che il suicidio assistito sono illegali, anche se (soprattutto prima della pandemia globale) nell'ultimo decennio vi sono stati dei timidi tentativi per arrivare ad una legge¹. Ci troviamo ad oggi in una situazione liminale, ed è proprio in queste situazioni che è utile studiare il fenomeno in modo da coglierne le più svariate sfumature.

Il mio studio ha avuto luogo tra gli ultimi mesi del 2019 e i primi del 2020, periodo nel quale ho provveduto a svolgere 20 interviste semi-strutturate con alcuni medici italiani di varia specializzazione. Il mio intento non è stato quello di comprendere il grado di accettazione del fenomeno, ho voluto approfondire la loro modalità di problematizzazione del fine vita volontario e quali nodi irrisolti vorrebbero sciogliere al più presto. Ho scelto i medici poiché reputo che loro sarebbero il gruppo sociale più colpito dall'eventuale legalizzazione di queste pratiche: da specialisti assisterebbero ad una ridefinizione del loro ruolo (non più difensori della vita ma anche portatori di morte), da cittadini assisterebbero alla ridefinizione culturale della morte. La loro posizione è dunque tanto liminale quanto il fenomeno della morte in sé e ascoltare le loro voci permette di fare luce su un tema che in Italia possiede ancora troppe ombre. Le domande a cui suddetto lavoro ha cercato di rispondere sono: quale correlazione sussiste

tra agency individuale e struttura sociale? Quanto le azioni soggettive sono influenzate dalla struttura? L'etica influenza la legge o viceversa? L'eutanasia e il suicidio assistito sono accettati perché considerati moralmente giusti o perché sono legali (là dove sono legali)? Cosa bisogna fare prima di giungere ad una legge nazionale? Come reagirebbe il mondo medico in caso venisse approvata una legge?

Dal punto di vista teorico sono stati utilizzati i lavori scientifici provenienti da diversi ambiti disciplinari, prevalentemente le scienze sociali (sociologia, antropologia e *social health sciences*), senza però escludere l'epidemiologia e la statistica in modo da avere un ampio quadro del panorama biomedico e socio-sanitario.

Quando termina una vita?

Le trasformazioni storico-sociali della morte

Il tema della morte volontaria è controverso e l'opinione pubblica nazionale, là dove suddette pratiche sono illegali, si trova ad essere estremamente divisa. Per uno scienziato sociale è molto interessante analizzare le motivazioni che alimentano le ideologie di entrambi i gruppi, chi difende la morte volontaria e chi invece la nega assiduamente. A questo proposito bisogna notare come dietro a diverse posizioni possono celarsi motivazioni simili. In Italia la Pontificia accademia per la vita fondata nel 1994, come esaltato nel suo Statuto, ha come scopo «la difesa e la promozione del valore della vita umana e della dignità della persona». Allo stesso tempo organizzazioni come Associazione Luca Coscioni e Libera Uscita cercano di promuovere il diritto all'eutanasia con l'intento di difendere la dignità umana. Nonostante sia stata citata l'Accademia Pontificia non si intende in queste pagine inoltrarsi in discussioni di carattere religioso relative alla morte, la citazione è servita a titolo esemplificativo per riflettere sul fatto che entrambi i pareri sull'eutanasia, siano essi pro o contro, sono mossi dal concetto di dignità: se per alcuni è più dignitoso morire per evitare le sofferenze, per altri lo è preservare la vita. Reputo che questo dato sia particolarmente interessante perché, facendo un passo ulteriore, si può comprendere che il discorso non verte sui vari usi del concetto di dignità ma sulla recente ridefinizione culturale della concezione della morte.

Oggi abbiamo ampiamente normalizzato un'idea di morte che è stata inventata in anni estremamente recenti, un'idea che ridefinisce il nostro rapporto con il fine vita e che è strettamente collegata al processo di legalizza-

zione della morte volontaria. Negli anni '90 il filosofo Peter Singer analizzò criticamente il processo che portò alla modifica della nostra concezione della morte, riflettendo su quali rivoluzioni biomediche l'hanno permessa e quali nuove sfide morali si presentano a seguito di suddetto cambiamento (SINGER 1995). La grande rivoluzione, ci dice il filosofo, è avvenuta negli anni '60 con l'introduzione di un concetto che oggi è largamente normalizzato, quello di morte cerebrale. Prima di quel momento una persona era considerata morta, sia a livello culturale che biomedico, solo nel momento della cessazione del suo battito cardiaco. Introducendo il concetto di *brain death* si crea la possibilità di un corpo tenuto in vita senza il suo funzionamento cognitivo. Ora gli umani, e solo loro, hanno la possibilità di "morire due volte" nel caso la morte cerebrale avvenga infaustamente prima di quella cardiaca. Ancora una volta gli umani cercano di staccarsi dal restante mondo animale creando una morte applicabile soltanto a loro. Quale processo ha portato ad un simile cambiamento? E soprattutto, chi lo ha deciso?

Nel 1968 venne creato l'Harvard Brain Death Committee (HBDC) con lo scopo specifico di concettualizzare in ambito biomedico questa nuova morte. Suddetta commissione è l'apice di un processo cominciato negli anni '50, decennio in cui la creazione del polmone d'acciaio usato per combattere la Polio ha permesso per la prima volta a delle persone di rimanere in vita artificialmente. Fu il primo passo verso una ridefinizione più grande. L'evento cardine che ha spinto la creazione del comitato avvenne in uno specifico giorno del 1967; nel dicembre di quell'anno, infatti, in Sud Africa Louis Washkansky divenne il primo uomo a subire un trapianto di cuore, aprendo le porte a una possibilità fino ad allora impossibile da contemplare. Questo evento apparentemente slegato dal processo di ridefinizione della morte ne è in realtà il suo *casus belli*. Il cuore, infatti, per essere trapiantato efficacemente deve essere ancora funzionante fino agli ultimi istanti prima dell'espianto. Questa particolare *conditio sine qua non* implica che bisogna staccare in momenti specifici il supporto vitale ad alcune persone in modo da ottenere il cuore da trapiantare quando serve. Il mondo biomedico iniziò allora a porsi alcune domande: quando è (moralmente) possibile staccare il supporto vitale di una persona? Eseguire suddetta azione non significa forse uccidere qualcuno? È giustificabile dal fatto che il fine ultimo è la salvezza di un'altra persona? A questo punto risulta più facile capire come mai pochi mesi dopo quel primo trapianto venne formato in tutta fretta l'HBDC: bisognava trovare una soluzione al dilemma etico dell'espantare un cuore ancora pulsante dal corpo di una

persona. La necessità era urgente; infatti, già nell'agosto di quell'anno, uscì il rapporto in cui il comitato propose al mondo biomedico il nuovo concetto di morte applicabile agli individui ormai privi di funzioni cerebrali. Risulta interessante notare come questo comitato fosse composto esclusivamente da professionisti dell'ambito sanitario, da un avvocato e da un teologo. Questo non solo riflette i tre ambiti che la società euro-americana ha reputato adatti a lavorare su una ridefinizione di tale portata, ma evidenzia anche la totale esclusione dal discorso dei governi. Un ristretto numero di persone ha proposto nuovi criteri che in seguito sono arrivati ai parlamenti in modo tale da farli legiferare. In questo caso si delinea un rapporto tra legge e morale strettamente pratico: la normalizzazione istituzionale di questa "nuova morte" ha avuto la funzione di permettere l'interruzione del supporto vitale di alcuni individui in modo da rendere possibili i trapianti di cuore. La nuova idea non fu accettata subito da tutti con immediata semplicità, ovviamente ci furono dibattiti e discussioni anche dopo l'istituzionalizzazione della morte cerebrale, poiché la creazione di questa nuova prospettiva fece domandare ad alcuni se «we as a society or as individuals ought to treat an individual with a dead brain as a dead person» (VEATCH 2016: 116). Una concezione della morte che si concentra sulle funzionalità cerebrali non solo fa notare quanto ancora oggi sia presente il dualismo cartesiano mente/corpo all'interno della nostra concezione di persona, ma esalta anche l'importanza crescente ottenuta dalla mente a scapito del corpo.

A questo proposito è interessante riflettere su uno scenario specifico che si è aperto dopo lo sviluppo della nuova concezione della morte: lo status ontologico dei bambini nati anencefali. L'anencefalia è una rara patologia che fa nascere alcuni individui senza una porzione del cervello; generalmente è presente solo la parte necessaria al funzionamento organico del corpo ed è assente quella collegata alle funzioni cognitive. Nella maggior parte dei casi l'aspettativa di vita è bassissima ma in altri il bambino può sopravvivere anche un anno. A questo punto nacque automaticamente una domanda: se senza le funzioni cerebrali sei considerato morto, i bambini anencefali non sono mai neanche nati? O sono nati morti?

Singer partecipò sul finire del secolo scorso ad una conferenza per discutere di questo tema con studiosi ed esperti. Lo scopo di tale incontro era quello di stabilire all'unanimità lo status ontologico dei bambini per decidere come procedere con gli espunti dei loro organi. Non si arrivò ad una posizione condivisa, i pareri furono raggruppati in tre opinioni: il bambino senza le funzioni cognitive è morto; il bambino senza funzioni cognitive

è vivo; il bambino senza funzioni cognitive è vivo ma si può comunque procedere con l'espianto degli organi per i trapianti.

L'eutanasia solleva problemi morali simili a quelli sorti con i bambini anencefali: entrambe le situazioni toccano una sfera a metà tra la vita e la morte in cui bisogna comprendere come agire nel modo più giusto anche quando si deve terminare l'esistenza di qualcuno.

Interessante è l'opinione di un medico espressa durante la conferenza a cui partecipò Singer: «[...] Moment at which dead is said to occur cannot be discovered by medical science, but rather must be chosen» (SINGER 1995: 42). Questa frase è particolarmente adatta per studiare l'eutanasia poiché la morte volontaria biomedicalizzata è il momento per eccellenza in cui le scienze mediche sono tenute a decidere l'attimo del decesso. Siamo giunti a quel momento storico in cui l'enorme evoluzione tecnica ci ha aperto porte finora chiuse, possiamo fare cose che fino a pochi decenni fa erano inimmaginabili. Il problema è che la cultura si modifica molto più lentamente della tecnica, di conseguenza se quest'ultima ci dice "possiamo farlo" la prima ci fa domandare "dobbiamo farlo?". A livello terminologico, infatti, l'eutanasia soffre ancora parzialmente di pregiudizio poiché la sua legalizzazione permette ai detrattori di fare un macabro paragone con il programma eutanasi nazista. Nel corso della seconda metà del secolo scorso, infatti, alcune associazioni inglesi e americane promotrici della morte medicalmente assistita, così come le leggi improntate a promuoverla, hanno cambiato il nome eliminando la parola eutanasia per sostituirla con perifrasi che ne esaltano la dignità (*Death with Dignity*; *Death with Dignity Act...* ecc.), poiché anche in sede referendaria chiedere il consenso per una legge sulla morte con dignità otteneva più pareri positivi che richiedere una legge sull'eutanasia (STARK 2018). Nonostante nel 2014 il dottor Distelmans, all'epoca presidente della commissione federale belga per il controllo e la valutazione dell'eutanasia, organizzò un viaggio ad Oświęcim (conosciuta maggiormente come Auschwitz) per scardinare questa idea, ricevette molte critiche e la sua impresa non fu un grande successo (IBIDEM). Questo fatto evidenzia la difficoltà nel modificare la concezione culturale di una pratica moralmente densa ed esalta la necessità di studiarla *in fieri* in modo da capirne il percorso sociale.

Indagare la situazione eutanasi in un paese in cui questa è ancora illegale permette, dunque, di analizzare la relazione tra ciò che si può e ciò che si vuole, in modo da studiare il processo di modifica culturale che porta alla creazione di nuove concezioni collettivamente condivise. La mia ricerca

ha voluto indagare proprio le dinamiche socioculturali che troppo spesso vengono dimenticate quando si discute sul processo di legalizzazione dell'eutanasia.

In molti contesti del passato (e non) la morte volontaria veniva accettata se motivata da grandi ideologie, oggi invece quasi tutte le giustificazioni sono venute meno. Nei paesi in cui eutanasia e suicidio assistito sono legali l'unica motivazione ritenuta lecita se si vuole farne domanda è il desiderio di porre fine alla sofferenza fisica. Se la mente è diventato il luogo che stabilisce la vita umana, il corpo è quello che ne giustifica la morte. L'antropologia medica negli ultimi decenni ha messo in evidenza quanto lo stesso concetto di malattia sia culturalmente prodotto e socialmente incorporato, frutto di una storia specifica e figlia di determinate concezioni. Partendo dai numerosi lavori di filosofia prodotti dagli anni '60 intesi ad esaltare quanto la scienza non sia uno specchio fedele della realtà (KUHN 1996) ma abbia profonde influenze storico-culturali, la disciplina antropologica inizia ad indagare la medicina occidentale utilizzando quelle stesse lenti analitiche solitamente applicate allo studio dell'alterità. Grazie al lavoro di pionieri quali Kleinman, Eisenberg, Good e Young (tra gli altri) la biomedicina inizia ad essere vista come prodotto di un contesto specifico, influenzata da determinate concezioni del corpo e della malattia. Se quest'ultima è vista come l'alterazione biochimica del corpo individuale (EISENBERG 1997, 1998), l'approccio terapeutico si pone come obiettivo quello di ristabilire un certo tipo di benessere. La biomedicina, in questo modo, mantiene la sua efficacia terapeutica producendo al contempo una visione riduzionista ed esclusivista tanto del corpo quanto della malattia. Applicando il ragionamento antropologico al mondo biomedico si può comprendere quanto quest'ultimo non sia una lente neutra di analisi della corporeità ma è anch'esso il frutto di una visione squisitamente culturale della realtà (LOCK, GORDON 1988; LOCK, NGUYEN 2010).

Il riduzionismo biomedico relega la salute all'assenza di un malfunzionamento corporeo quando in realtà lo stesso concetto di salute previsto dall'OMS (come esplicita nella sua Costituzione del 1945) ha più ampio respiro e tiene conto anche delle componenti sociali e culturali che influenzano il benessere individuale e collettivo.

Per quanto la situazione odierna tenda ancora ad utilizzare una prospettiva medica riduzionista, incentivata molto dall'approccio neoliberale e capitalista che si è voluto utilizzare nel regolamentare la sanità pubblica, ci sono timidi passi verso l'apertura ad una prospettiva più ampia. Allo stesso

modo reputo che sia necessario de-biomedicalizzare il tema della morte, la quale viene affrontata dal mondo medico come la sola cessazione delle funzionalità corporee, senza tenere conto dell'universo simbolico ed esperienziale che circonda un simile evento.

La morte è ancora un tabù molto forte nelle società contemporanee, relegato ai margini del discorso pubblico ed ignorato fino all'ultimo. Questo problema venne riscontrato già nella seconda metà del Novecento da Elie Metchnikoff, zoologo russo famoso non solo per aver scoperto il processo della fagocitosi, ma anche per essersi reso conto dell'impreparazione degli studenti di medicina nell'affrontare la morte dei pazienti. Egli notò quanto i suoi studenti fossero umanamente impreparati all'evento biologico della cessazione della vita, così da essere in difficoltà nel momento in cui suddette situazioni si presentavano alla porta (tema che, com'è emerso dalla mia ricerca, è ancora fortemente attuale). Lo studioso che cercò di scalfire più duramente il guscio di preconcetti sulla morte fu Herman Feifel con la sua opera *The Meaning of Death*. Raccogliendo una serie di saggi multidisciplinari, egli non solo ha cercato di evidenziare quanto forte fosse il tabù, ma ha anche provato a sradicarlo (FEIFEL 1965). In uno dei casi elencati dallo studioso vi è l'esempio clinico portato da Edwin Shneidman e Norman Fareberow, i quali si propongono di analizzare concettualmente numerose note lasciate da suicidi con lo scopo di comprendere la logica che si cela dietro un simile atto. I due studiosi conclusero che i suicidi compiono una fallacia nel ragionamento tale da pensare che la loro azione sia frutto di un ragionamento logico. Giunsero a questa argomentazione adottando un approccio di tipo filosofico e semantico, non psico-sociale, con lo scopo di analizzare il tipo di ragionamento utilizzato da chi opta per il suicidio.

Come è già stato ampiamente dimostrato (PENNACINI 2010), l'occhio del ricercatore non è mai puro ed è sempre culturalmente determinato; in questo caso reputo che le loro idee abbiano spinto i due studiosi a scoprire nella loro ricerca quello che volevano trovare. L'opinabile illazione di Shneidman e Fareberow, dunque, ci suggerisce in modo chiaro quale fosse (e quale sia) l'idea attribuita alla morte volontaria: chi la compie sbaglia nel ragionamento. Il desiderio di morire tende ad essere visto come una devianza, frutto di pensieri errati o di traumi passati, insomma un problema da curare. Così come per il suicidio, anche l'eutanasia viene colpita agli stessi pregiudizi divenendo, spesso, etichettata come un atto irrazionale frutto di menti deviate.

Le ideologie culturalmente determinate relative alla morte volontaria ne determinano le pratiche.

Kaufman sostiene che uno degli eventi principali ad aver influenzato l'attuale percezione pubblica di eutanasia e suicidio assistito è stato l'impatto, prevalentemente negativo, della creazione della ventilazione meccanica (KAUFMAN 2000). Secondo la studiosa i movimenti americani che lottano per il diritto umano di scegliere il momento della morte, *Right to Die* e la già citata *Death with Dignity*, sono stati concettualmente ispirati dalla possibilità dell'allungamento meccanico della vita. Anche in Italia le opinioni favorevoli all'eutanasia utilizzano spesso la retorica volta a negare l'allungamento artificiale dell'esistenza, ritenuta poco dignitosa se dipendente dalle macchine. Come anticipato all'inizio, è interessante notare quanto anche i contrari alla morte volontaria si dicono mossi dall'idea di voler difendere la dignità umana, ritenuta essere assente in ogni tentativo di terminare una vita.

Nonostante la biomedicina si faccia portatrice di un'analisi del corpo di tipo oggettivo, il discorso sulla morte, essendo sempre culturalmente influenzato, ne modifica le pratiche. La medicina di stampo occidentale non è esente dalle influenze socio-culturali, l'approccio alla morte viene infatti plasmato sulla base di ideologie squisitamente locali. Alcuni studi hanno fatto emergere quanto in ambiente ospedaliero prevalga una narrazione basata sulla speranza (GOOD 1990) che mette in ombra altri tipi di discorsi. Nel suo studio sull'oncologia americana Good ha notato quanto la relazione medico-paziente fosse influenzata dall'idea che la speranza del paziente potesse modificare il decorso della malattia (*ibidem*).

Si può riscontrare lo stesso tipo di retorica anche all'interno del dibattito su eutanasia e suicidio assistito. Il discorso che viene solitamente utilizzato dai detrattori del fine vita volontario pone, velatamente, al centro del ragionamento l'idea che sia sempre meglio sperare in un miglioramento delle condizioni piuttosto che "cedere" all'idea di porre fine alla propria esistenza. La narrativa della speranza tende a mettere in ombra altre possibili motivazioni, finendo con l'etichettare la scelta dell'eutanasia come una sconfitta. Quest'idea è frutto di una percezione del fenomeno culturalmente influenzata; in questo modo l'approccio che ne deriva non prende in considerazione il tema nella sua totalità con la conseguente difficoltà nell'accettazione delle pratiche eutanasiche.

Nel caso Englaro, conclusosi poco più di un decennio fa, si può notare quanto abbiano inciso sia la tecnologia biomedica evidenziata da Kaufman

(nonostante in questo caso si parli di idratazione e nutrizione artificiali invece di ventilazione artificiale), sia il potere della narrativa della speranza esaltata da Good. Eluana Englaro nel 1992 rimase vittima di un incidente stradale che la lasciò in uno stato vegetativo permanente, obbligata a ricorrere ad idratazione e nutrizione artificiali. Nei successivi 17 anni il padre, nominato tutore legale della figlia, portò avanti una battaglia mediatica e politica per poter ottenere il permesso di interrompere i trattamenti che la mantenevano in vita. Idratazione e nutrizione artificiali verranno interrotti nel febbraio del 2009; dopo essere stata sedata, Eluana si spense il 9 del mese (LUCCHETTI 2009).

Questa vicenda ebbe una grande risonanza mediatica e fece discutere tutta la popolazione. Nel susseguirsi delle vicende si può notare sia la normalizzazione di certe tecnologie biomediche che hanno reso difficile accettare l'idea di smettere di usarle, sia la speranza nel risveglio di Eluana portata avanti da chi era contrario all'interruzione. La lunga battaglia legale che è seguita fa emergere quanto l'ideologia culturalmente determinata possa avere un impatto concreto nell'impedire l'attuazione di pratiche specifiche.

La possibilità di scegliere il momento della morte pone l'individuo davanti alla necessaria riflessione rispetto a quando sia giusto compiere tale atto. A questo proposito bisogna riflettere su una proposta mossa in Olanda verso la fine del 2016². Nell'ottobre di quell'anno il ministro della salute olandese ha proposto di legalizzare l'eutanasia anche per chi usa come motivazione "vita completa", possibilità valida solo per i più anziani. Ovviamente una proposta di questo calibro ha suscitato grande dibattito pubblico: da un lato, chi si è lamentato che la legge olandese abbia già esteso la possibilità di richiedere l'eutanasia a troppe persone; dall'altro c'è chi inneggia alla libertà individuale. Questo caso è molto interessante perché permette di vedere la morte per eutanasia attraverso una lente ancora più ampia e di condurre nuove riflessioni. Solitamente la possibilità di ottenere l'eutanasia è associata, sia nella mentalità popolare che nelle leggi dei paesi che l'hanno regolamentata, alla possibilità di terminare un dolore insostenibile. In questo caso però si avanza la proposta di estendere tale possibilità anche a chi non è affetto da nessuna patologia e reputa che sia giunto il momento di cessare la propria esistenza. Sostanzialmente si sta modificando la concezione stessa di eutanasia, la quale viene solitamente distinta dal suicidio proprio per la sua natura di "cura finale", mentre quest'ultimo, come abbiamo visto sopra, viene associato ad un'azione priva di finalità "razionale". Nonostante ciò, i dati sull'accettazione dell'eutanasia in Olanda raccolti alla fine del 2019³ ci dicono che quasi il 55% della popolazione

accetterebbe come motivazione *tired life*, e mentre il 33% sarebbe in totale disaccordo, gli altri vorrebbero avere dei criteri applicativi più solidi prima di decidere (ovviamente i dati non hanno potuto raccogliere informazioni sulla totalità della popolazione olandese ma, come si fa in questi casi, è stato usato un campione rappresentativo di 3,600 individui). Legalizzare una simile possibilità rischia tuttavia di far prendere ad uno Stato una deriva pericolosa: se anche solo a livello concettuale risulterebbe difficile stabilire quale vita sia etichettabile come “completa”, come si potrebbe fare a livello legale? Sarebbe davvero possibile creare una norma universale per una cosa tanto individuale?

Gli intellettuali più contrari a questa possibilità temono lo *slippery slope*, ovvero hanno paura che estendere troppo suddetta opzione porterà alcuni ad usarla troppo alla leggera. In pratica si teme che, anche con la formazione di una commissione per giudicare la pertinenza dei richiedenti, qualcuno ne “aprofitterà” per ottenere un suicidio invece di una eutanasia. Ancora una volta si esalta una differenza che allo stesso tempo c'è e non c'è. Ancora una volta si mette in gioco una distinzione più ideologica e concettuale che concreta: l'eutanasia viene accettata come “cura” mentre il suicidio rigettato in quanto “devianza”. Ciò esalta maggiormente quale spazio culturale la morte volontaria occupa in svariate società contemporanee: in un contesto in cui la morte è un tabù, l'eutanasia, ma ancora di più il suicidio, si posiziona in controtendenza essendo una vera e propria effigie della mortalità in senso quasi letterale, una “riproduzione in rilievo” di tale fenomeno⁴.

Dalla struttura all'agency: la morte medicalmente assistita tra la legge generale e la morale individuale

La mia ricerca ha voluto indagare quale spazio culturale occupi la morte in Italia usando come *case study* il fenomeno dell'eutanasia. Le precedenti pagine hanno voluto introdurre la complessità della tematica in modo da creare una cornice dentro la quale collocare i risultati dello studio qualitativo. Dal punto di vista delle scienze sociali si potrebbero utilizzare molti approcci teorici diversi per inquadrare il fenomeno della morte volontaria: se per alcune correnti le spiegazioni si devono cercare nella struttura (approcci macro), altre preferiscono dare un peso maggiore all'agency individuale (approcci micro). Bauman sostenne che il compito della Cultura sarebbe di duplice “natura”: da un lato deve allontanare l'idea della morte,

dall'altro deve dare senso alla vita riempiendola di compiti e pratiche che la facciano apparire significativa agli occhi di chi la vive. In questo modo permette alle persone di valorizzare la vita, l'altro lato della medaglia vede una società incapace di valorizzare la morte. Se ciò fosse vero, un lavoro culturale di questo tipo creerebbe una società di presunti immortali incapaci di concettualizzare davvero il fine vita, il quale diventerebbe inconsciamente ignorato nonostante tutti sappiano che c'è (BAUMAN 1995). Il sociologo polacco ipotizza che alla base di questo atteggiamento vi sia una incapacità intellettuale di concepire la morte causata dall'impossibilità di immaginare la propria non-esistenza. Tutto ciò attribuisce alla morte uno status grigio ed indefinito: c'è ma si ignora; avviene, ma solo negli altri e mai a me. L'analisi di Bauman è particolarmente pungente e ben scritta, e può spiegare parzialmente perché la ricerca volontaria della morte faccia fatica a ritagliarsi uno spazio in una società in cui la morte stessa viene rinnegata: se la Cultura allontana l'idea della morte, ricercarla volontariamente significa eseguire un'azione anti-culturale? Ovviamente no, il sociologo polacco fornisce una teoria della situazione attuale senza dare troppo peso al processo adottando un'analisi principalmente comparativa tra la situazione odierna e quella passata piuttosto che una ricerca di campo. Il fenomeno è complesso e sarebbe limitativo fermarsi qui, bisogna adottare prospettive multiple per comprenderlo appieno. La prospettiva di Bauman risulta dare più peso alla società piuttosto che all'individuo, nell'approccio alla morte la cultura prevale sulla persona. Nonostante ciò, lui non fu uno strutturalista e il suo approccio ha sempre cercato di essere molto integrato tra i due opposti.

Uno strutturalista come Durkheim invece colloca il fulcro di ogni spiegazione nei fatti sociali (DURKHEIM 1982), da lui considerati come esterni all'individuo e carichi di potere coercitivo. Senza entrare qui nel dettaglio del suo pensiero, utilizzando questa lente concettuale il fenomeno della morte volontaria esce dalla sfera squisitamente personale per diventare spiegabile unicamente attraverso la situazione strutturale contemporanea dentro la quale l'individuo è immerso. Sarebbe soddisfacente relegare la decisione individuale di terminare la propria esistenza ad una coercizione esterna di fatti sociali indipendenti da noi?

Si potrebbe allora pensare a quale sia la funzione sociale che l'eutanasia occupa all'interno di un contesto culturale. Secondo i postulati classici del funzionalismo teorizzati da Redcliffe-Brown (REDCLIFFE-BROWN 1922) ogni società possiede degli elementi necessari a preservarne l'esistenza, integrati tra loro e dall'effetto positivo per il corretto funzionamento del tutto. Sarebbe effettivamente possibile (e lecito) comprendere l'eutanasia

utilizzando la funzione che esercita all'interno della società? Ovviamente la risposta è negativa: questa prospettiva non è in grado di capire perché un fenomeno sorga, cerca di giustificarne l'esistenza sulla base del suo funzionamento all'interno del tessuto sociale. L'eutanasia possiede una funzione particolare per alcuni individui e non serve a mantenere in piedi l'intera società, senza contare che la sua funzione è considerata positiva da alcuni ma negativa da altri. Restringendo ulteriormente la prospettiva in direzione del micro si arriva alla cornice concettuale di Weber, il quale, a differenza degli studiosi trattati fino ad ora, considera la base di partenza per lo studio della società non la struttura ma l'individuo, nello specifico ciò che lui chiama azione sociale (WEBER 1947). Secondo lo studioso tedesco, infatti, l'intera società è l'insieme delle azioni dei singoli individui e dei significati che vengono attribuiti ad esse; di conseguenza il fenomeno eutanasi non sarebbe spiegabile attraverso la situazione strutturale ed epidemiologica ma tramite le motivazioni intrinseche che spingono ogni individuo all'azione. Il problema in questo caso consiste nello stabilire da dove nascano queste motivazioni: se l'intera società è costituita dalle azioni cariche di significato da dove viene tratto suddetto significato? I singoli individui dove traggono la spinta ad agire se la struttura della società è il frutto stesso delle loro azioni? Come si può notare, gli approcci che si focalizzano unicamente da un estremo dall'altro della linea che va dalla struttura all'agency rischiano di essere riduttivi e non in grado di fornire una spiegazione efficace. Bisogna dunque provare ad utilizzare la prospettiva di quegli studiosi che hanno tentato di superare questa dicotomia tanto pressante nelle scienze sociali.

A questo proposito è doveroso citare il lavoro intellettuale di uno scienziato che ottenne il giusto riconoscimento solo verso la fine della sua vita, Norbert Elias. La teoria del processo di civilizzazione dello studioso polacco sostiene che la civiltà occidentale è il frutto del processo di incorporazione delle abitudini comportamentali tipiche della vita di corte dell'Europa settecentesca. In pratica i nuovi atteggiamenti necessari per la corretta vita cortigiana hanno causato la creazione di un *habitus* (BOURDIEU 2001) sulla forte auto-regolazione dei comportamenti, una sorta di super-ego freudiano. In pratica questa teoria cerca di superare la dicotomia sostenendo che non è l'azione degli individui a creare la struttura e non è la struttura ad influenzare l'azione degli individui ma è un mix dei due fattori: la struttura sociale crea delle condizioni specifiche che spingono gli individui a modificare il loro comportamento e successivamente incorporarlo per diventare un nuovo soggetto sociale che nel tempo modificherà la stessa struttura

(ELIAS 1982). Per quanto riguarda l'eutanasia questa teoria è stata successivamente sviluppata fino ad arrivare all'ipotesi di un processo che porta alla "civilizzazione" della stessa vita biologica (SAVOIA LANDINI 2014): la teoria di Elias contiene l'idea che il processo di civilizzazione crei in parallelo un processo di individualizzazione, il quale porta gli individui a compiere l'errore di sentirsi progressivamente più distaccati dal contesto sociale in cui sono inseriti. Dal punto di vista biologico l'idea è che tale processo col tempo porti gli individui a sentirsi distaccati non solo dalla società ma dalla stessa vita biologica sulla quale pensano di poter ottenere il pieno controllo. Questa idea riflette l'attuale situazione in cui sempre più persone pensano di poter usare la biomedicina per poter combattere sul nascere le malattie e poterle debellare prima che costituiscano un problema per la loro vita. Non è assurdo pensare che questo schema concettuale possa spiegare anche il desiderio di ottenere immediatamente la morte per non dover affrontare il processo della malattia (*slippery slope*). Ovviamente anche la teoria di Elias possiede delle falle e alcuni scienziati successivi la criticarono. In questa sede non voglio però dilungarmi troppo nei pro e nei contro di teorie specifiche, ho voluto brevemente delineare alcune prospettive delle scienze sociali e usarle per analizzare il fenomeno della morte volontaria attraverso una lente più ampia.

Notando i vari problemi che emergono sia quando si utilizza come punto di partenza la struttura, sia quando si utilizza l'agency, ho ipotizzato che la graduale affermazione della morte volontaria sia causata da un cambiamento strutturale della sofferenza individuale: l'enorme efficacia terapeutica della biomedicina ha permesso alle persone di sconfiggere molto più velocemente ogni tipo di disagio legato alla malattia. Unendo questo fattore allo stile di vita progressivamente più frenetico nato dall'aumento del benessere economico e dell'evoluzione tecnologica si ottiene una modifica della nostra esperienza di sofferenza, la quale è passata da essere una parentesi dentro la quale rallentare per poter guarire ad una incombenza da sconfiggere velocemente per poter tornare alla nostra quotidianità. Si tratta di una conseguenza inaspettata del progresso e della ossessione produttiva tipica della nostra società occidentale contemporanea. Ovviamente questo non implica che l'accettazione di suicidio assistito ed eutanasia sarà rapido e progressivo, si tratta di fenomeni che ancora faticano ad affermarsi pienamente ovunque perché toccano un profondo e storicamente determinato substrato di ideologie e credenze personali e collettive. Attualmente queste pratiche sono lungi dall'essere globalmente diffuse, tanto che ad oggi sono legali in solo otto stati:

- Paesi Bassi (2002)
- Belgio (2002)
- Lussemburgo (2009)
- Colombia (2014)
- Canada (2016)
- South Korea (2018)
- Australia [Victoria] (2019)
- Spagna (2021)

La strada è ancora lunga e la situazione molto complessa. Sebbene i Paesi Bassi, essendo stati i primi, abbiano costituito un modello giuridico per le altre nazioni, la regolamentazione e, soprattutto, la normalizzazione della morte medicalmente assistita avviene in modo squisitamente locale: ogni paese deve coordinare più ambiti (strutturale, normativo, familiare, sociale, psicologico) nel modo migliore affinché un simile evento si adatti al contesto storico e sociale locale (HAMARAT *et al.* 2021). Procedendo, quindi, nella riflessione bisogna tenere conto del fatto che la natura stratificata della morte medicalmente assistita la rende un fenomeno tanto universale nei concetti quanto locale nell'attuazione pratica

Collegando le riflessioni concettuali alla concreta situazione giuridica attuale riguardante il fine vita sorgono alcune domande: quale relazione sussiste tra ciò che è legale e ciò che le persone reputano sia giusto/sbagliato? Quale ruolo ricopre la legge all'interno di un tessuto sociale? Secondo Durkheim la legge viene creata sulla base della moralità dettata dalla coscienza collettiva e trae la sua forza dal suo enorme potere punitivo (DURKHEIM 2016). Non vi è dubbio che attualmente il nostro sistema legale sia più punitivo che retributivo ma non credo che tutto il suo potere derivi unicamente da ciò, bensì da un'unione tra moralità e punibilità. Se dunque l'apparato legislativo è uno strumento basato sulla coscienza collettiva (che per Durkheim è comunque un prodotto strutturale), perché alcuni membri della società decidono di deviare?

Mentre alcuni ritengono la devianza una conseguenza inattesa del tessuto sociale, il celebre sociologo strutturalista Merton offre una prospettiva completamente diversa: la devianza è una logica conseguenza della stessa struttura sociale. Secondo lui la società deve adempiere a due compiti: dare alle persone scopi e obiettivi da un lato; fornire i mezzi per raggiungerli dall'altro. Tuttavia, nessuna società possiede un perfetto equilibrio tra questi elementi e dunque nascono quelle che lo studioso chiama *mal-*

integrations (MERTON 1938), ovvero la prevalenza di uno dei due scopi a scapito dell'altro. Se una società non offre i mezzi adeguati o impone degli obiettivi troppo alti gli individui inizieranno a non conformarsi e adotteranno dei comportamenti che non seguiranno le norme date. Questo schema concettuale implica che il mancato rispetto delle regole sia una conseguenza logica della società che produce le norme, idea alla base della corrente di sociologia della devianza divenuta nota come *Strain Theory*.

Una prospettiva opposta è invece la *Labelling Theory* ipotizzata da Howard Becker, secondo la quale la devianza non è il prodotto strutturale della società o il risultato delle azioni di un singolo individuo che decide di non conformarsi, bensì è il risultato del processo di etichettamento (*labelling*) attuato dagli individui di un gruppo sociale (BECKER 1973). Semplificando si può dire che questa teoria nega l'idea di una concezione oggettiva di ciò che è giusto o sbagliato e sostiene che tale distinzione è il frutto di come gli individui etichettano determinate azioni. In pratica non esiste un universalmente sbagliato ma è sbagliato ciò che viene identificato come tale. Questa corrente dona maggiore importanza all'agire individuale (e collettivo) e meno al determinismo strutturale. In questo caso, dunque, l'eutanasia verrebbe vista, nella società italiana attuale, come un'azione sbagliata non tanto per un imperativo morale ma per un precedente etichettamento che l'ha definita tale. A questo punto possiamo chiederci: in una società in cui l'eutanasia è illegale dal punto di vista giuridico ma non è considerata tale un'azione dalla popolazione è ancora considerabile come deviante? Secondo la *Strain Theory* sì ma secondo la *Labelling Theory* no. Questo ci dice quanto il fenomeno del fine vita volontario esca dalle normali concettualizzazioni e teorizzazioni delle scienze sociali e richieda una prospettiva diversa e più olistica.

L'esistenza della legge all'interno di un tessuto sociale è particolarmente complessa sia per quanto riguarda le sue fondamenta ideologiche, sia per quanto concerne le sue implementazioni istituzionali. Le scienze giuridiche e alcune correnti delle scienze sociali tendono ad evidenziare da un lato l'utilità formale della legge; quindi, la sua abilità nel regolare e mantenere specifiche relazioni all'interno della società, dall'altro la sua connessione con ciò che la collettività ritiene sia giusto o sbagliato. Gli studiosi più utopistici tendono a vedere un equilibrio perfetto tra queste due caratteristiche innalzando la legge ad uno strumento di organizzazione ben radicato nella moralità collettiva, tuttavia, quasi mai suddetto bilanciamento viene mantenuto e preservato. Nel momento in cui una legge viene istituzionalizzata tende a perdere il legame iniziale con il suo contenuto moralmente

condiviso. Come già evidenziò Weber, nelle società più moderne l'apparato legale è più "formale" che "sostantivale" (WEBER 1947) – parole da lui usate per indicare due caratteristiche della legge, la sua struttura (forma) e il suo contenuto etico/morale (sostanza) – poiché è obbligato a regolare non solo rapporti interpersonali tra individui indipendenti ma anche relazioni economiche e politiche, senza contare quella tra stati e società diverse. Per questo motivo Weber notò quanto la legge moderna è obbligata ad essere più incentrata sulla sua funzione organizzativa piuttosto che sul contenuto morale: essendo diventata un'istituzione, la legge possiede ora studiosi ed esperti del settore che hanno il compito di regolarla e modificarla sulla base delle necessità pratiche, non morali. Per quanto mi trovi ad essere d'accordo con la struttura concettuale del pensiero di Weber reputo che lui non abbia fatto un passo che invece andava fatto: nonostante la legge ormai abbia una pretesa di obiettività mista ad un preciso scopo di carattere tecnico, gli individui tendono ad attribuire valori e idee anche ad una legge che invece vuole essere puramente organizzativa. Se la forma arriva dall'alto, la sostanza non viene eliminata, come sostenne Weber, ma viene attribuita dal basso e successivamente incorporata fino a formare la morale personale (WEBER 1947). Ritengo dunque che legge e morale siano in un rapporto di co-produzione eterno in cui la forma e la sostanza si intersecano a vicenda co-creandosi costantemente.

Queste riflessioni di carattere teorico servono in questa sede per esaltare le infinite complessità che entrano in gioco quando si parla di fine vita volontario e, nello specifico, danno una cornice concettuale che serve a comprendere meglio ciò che è emerso nel corso delle interviste.

Case Study: la problematizzazione della morte volontaria da parte dei medici emiliani

La ricerca, come anticipato, ha utilizzato il metodo qualitativo prediligendo, tra le varie ipotesi, l'intervista semi-strutturata. Come spiegato sopra, si è cercato di comprendere non tanto l'accettazione o meno del fenomeno eutanasi quanto piuttosto le sfaccettature che questa pratica possiede (ideologicamente e culturalmente) in Italia. Inizialmente, per reperire gli intervistati, ho proceduto contattando le varie realtà sanitarie (ospedaliere e non) della provincia di Bologna in modo da chiedere se fosse possibile organizzare degli incontri con alcuni medici. Purtroppo, questa modalità non ha sortito i risultati sperati poiché le aziende tendevano ad essere,

giustamente, restie all'idea di un estraneo che indagasse all'interno della loro struttura un tema attualmente illegale. Decisi dunque, in un secondo momento, di contattare direttamente l'Ordine dei Medici locale per proporre loro la mia ricerca. Questo secondo approccio ha ottenuto un maggior successo: l'Ordine ha fatto circolare il mio progetto e il mio contatto tra i medici spiegando che chiunque volesse partecipare avrebbe potuto scrivere direttamente a me. La risposta è stata grande ed immediata, in poco tempo sono stato contattato da numerosi medici desiderosi di organizzare un incontro con me per discutere in maniera approfondita del fine vita. È stato così reclutato un gruppo rappresentativo di 19 medici di varia specializzazione (rianimatori, medici di base, odontoiatri, un neurochirurgo, un medico legale) ed un'infermiera. Nella maggior parte dei casi (16 su 20) le interviste hanno avuto luogo nel posto di lavoro dell'intervistato (siano questi ospedali o cliniche private), una piccola percentuale (2 su 20) è stata svolta telematicamente (usando Skype) perché i medici in questione si trovavano all'estero per motivi lavorativi, nei casi rimanenti (2 su 20) gli incontri hanno avuto luogo nelle abitazioni private degli intervistati (su loro esplicita richiesta). A livello relazionale ho avuto modo di instaurare con gli intervistati un rapporto che è iniziato telematicamente per poi svilupparsi concretamente durante le interviste. Trattandosi di una tematica illegale che coinvolge dei lavoratori professionisti, agli intervistati è stato garantito il totale anonimato; qui verranno dunque identificati attraverso lettere casuali dell'alfabeto e non verrà esplicitata l'istituzione per la quale lavorano. Com'è stato anticipato, i contatti sono avvenuti attraverso l'Ordine dei Medici di Bologna e la zona analizzata è dunque quella della provincia bolognese (anche se alcuni medici sono originari di altre parti d'Italia). L'intervista è stata organizzata in modo tale da mettere a proprio agio gli interlocutori ed evitare un'eccessiva chiusura su un argomento sensibile. A questo proposito ho deciso di procedere dal generale al particolare in modo da rompere il ghiaccio con argomenti più ampi per poi restringere sempre più la prospettiva e far emergere l'opinione personale dell'interlocutore. Ho scelto di partire con domande più specifiche riguardanti un caso di suicidio assistito recente che ha avuto ampio spazio mediatico (Fabiano Antoniani e Marco Cappato⁵) così da intavolare una base comune da cui partire per fare domande più specifiche sulla morte volontaria. Un ulteriore accorgimento metodologico adottato è stato quello di utilizzare altri soggetti per le domande più sensibili che avrebbero rischiato di non ottenere una risposta: invece di chiedere "cosa faresti tu se un paziente ti chiedesse l'eutanasia?" ho preferito la formula "cosa pensi che farebbero

i tuoi colleghi davanti ad una richiesta di eutanasia?». Per quanto banale possa sembrare questa premura ha permesso di mettere meno pressione all'intervistato e farlo parlare più liberamente.

Nel corso della conversazione tutti i miei interlocutori si sono dimostrati amichevoli e aperti, desiderosi di instaurare un dialogo senza troppi formalismi. Essendo tutti volontari, il tema è risultato di loro grande interesse sia per motivi personali che professionali. Con l'avanzare della crisi pandemica è stato difficoltoso mantenere una relazione fisica con loro, ma è stato possibile mantenerne una telematica grazie alla quale abbiamo continuato a scambiarcì informazioni (alcuni di loro si sono dimostrati molto desiderosi a voler continuare e approfondire la ricerca in futuro). A ricerca conclusa ho provveduto a fornire loro i risultati dello studio ricevendo molti riscontri positivi e proposte di divulgazione all'interno dei loro luoghi di lavoro per rendere partecipi anche altri medici (anche se a causa del Covid non è stato ancora possibile organizzare suddetti incontri all'interno degli ospedali).

Nonostante la specializzazione medica dei vari interlocutori fosse differente, sono emerse tematiche ed idee comuni grazie alle quali è stato possibile delineare un quadro di pensiero condiviso.

Uno dei primi aspetti ad essere emerso in molti dialoghi riguarda l'influenza della cultura sullo status/ruolo propri dell'individuo. Nel caso del fine vita quest'influenza si è riflessa nel giudizio sulla morte volontaria propria dell'individuo singolo: se all'inizio, parlando del caso Antoniani/Cappato, tendeva ad emergere immediatamente il parere "pro eutanasia/suicidio assistito" poiché ritenuto giusto che ogni essere umano possa decidere per sé, in un secondo momento questa posizione tendeva ad essere parzialmente o totalmente ritrattata quando l'intervistato iniziava a riflettere "da medico e non da cittadino". Sicuramente per chi è medico questa riflessione sulla divisione tra il parere personale e quello professionale non è nuova, soprattutto per chi si è specializzato, come A, in anestesia e rianimazione. In questo caso ciò che è interessante sottolineare è quanto questa divisione crei anche una dicotomia morale proprio perché il tema trattato è intriso di etica.

A: Cioè è una scelta che una persona tetraplegica e cieca non ha veramente... più niente... io lo comprendo umanamente. Comprendo la scelta e concordo sul fatto che sia giusto non condannare chi aiuta...

N: Certo

A: Però se dovessi dirti "lo trovo giusto in assoluto" direi di no.

(20/12/2019)

Questa discrepanza si riflette nel desiderio contrastante di molti medici, i quali si ritrovano a desiderare la legge da un lato e a volerla evitare dall'altro. Riflettendo da pazienti nessuno ha dichiarato di essere contrario all'istituzionalizzazione della morte volontaria; da medici, invece, i pareri sono sempre stati molto contrastanti e solitamente facevano sorgere alcune problematiche.

Tra i vari dubbi sollevati da alcuni professionisti sanitari, il più interessante in questa sede è la paura di una insufficiente "preparazione culturale" della popolazione nei confronti della morte in generale. Una simile posizione conferma le teorie espresse sopra sulla presenza pressante di un tabù sulla morte che le impedisce di avere un giusto spazio sociale. In pratica vi è il timore che una legge sull'eutanasia/suicidio assistito possa rischiare di essere male utilizzata se prima non avviene una migliore preparazione diffusa su un tema tanto delicato. Suddetto timore non vuole avere toni paternalistici, i medici da me ascoltati non si escludono da questa preparazione, anzi evidenziano quanto sia pressante il bisogno di modificare gli studi di medicina in modo da aumentare il livello di preparazione su ciò che riguarda la morte. Attualmente, infatti, mi è stato riferito, anche dai medici più giovani usciti da poco dall'università, quanto sia insufficiente la formazione ricevuta nell'affrontare un paziente morente. In pratica si sono lamentati – così come già evidenziò Metchnikoff tra i suoi studenti (METCHNIKOFF 1921) – di ricevere una buona preparazione sulla morte biologica ma nessuna sulla morte umana.

A: Il problema, secondo me, è che non c'è una formazione medica tale da permetterti di arrivare alla sospensione delle cure in un modo sano, ragionevole, condiviso, ma si potrebbe fare.

(20/12/2019)

Queste parole evidenziano una carenza formativa sentita maggiormente dai medici rianimatori, i quali si devono interfacciare ogni giorno con difficili situazioni cliniche che stimolano riflessioni sul confine tra la vita e la morte.

Nel reparto di rianimazione in cui ho condotto l'intervista ad A ho avuto modo di parlare con numerosi medici che, vedendomi parlare con il loro collega di eutanasia e suicidio assistito, si sono volontariamente resi disponibili al dialogo (mentre con A avevo precedentemente preso accordi per organizzare l'incontro, gli altri rianimatori che ho intervistato si sono resi disponibili dopo che il mio interlocutore ha detto loro il motivo della mia visita). Alcuni di loro mi hanno narrato delle complesse situazioni nelle

quali dovettero rianimare pazienti che arrivarono in ospedale dopo aver tentato suicidio: se il paziente è grave a seguito della rianimazione si troverà in condizioni fisiche peggiori, potrebbe anche sopravvivere con delle disabilità, è quindi moralmente giusto imporre la vita con condizioni peggiori a chi ha tentato di privarsene?

Le riflessioni di questo tipo sono una realtà quotidiana in quel reparto, nonostante ciò, tutti i miei interlocutori di quell'ospedale hanno lamentato di non avere ricevuto una preparazione morale adeguata ad affrontare certe situazioni eticamente dense.

Queste carenze non sono accusate solamente dal personale medico ma anche da quello infermieristico; come mi ha fatto notare C, infermiera nello stesso reparto di rianimazione di A, oggi esiste in Italia il corso di bioetica, ma è più focalizzato sull'insegnamento del giusto approccio professionale piuttosto che sull'analisi dei temi sensibili:

C: [...] l'etica c'era già ai miei tempi quando queste cose venivano... l'etica era affrontata in modo diverso, l'etica era proprio come tu ti ponevi come professionista, non l'etica riferita a queste scelte.

(20/12/2019)

Questo “vuoto” culturale e formativo sul tema della morte rende sia i pazienti che i medici impreparati ad affrontare l'evento, minando ulteriormente il già problematico rapporto medico-paziente. Molti miei interlocutori hanno utilizzato come esempio di questa impreparazione culturale ciò che è successo relativamente alle DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento), generalmente conosciute come “testamento biologico”. Questa procedura permette ad un individuo in possesso delle proprie facoltà mentali di compilare un modulo (le disposizioni anticipate di trattamento) in cui dichiara di voler rinunciare alle cure se mai un giorno si dovesse trovare in una grave condizione di salute per cui non potrà esprimere la propria volontà. La legge è stata proposta dal basso e, dopo essere stata approvata nel dicembre 2017, è entrata in vigore nel gennaio 2018. Come mi fa notare I, medico legale che si occupa di ricerca presso l'università, nonostante questa opportunità sia stata fortemente voluta, una scarsissima parte della popolazione ne ha beneficiato: alla fine del 2019, a due anni dall'entrata in vigore della legge, meno dell'1% degli italiani ne ha voluto usufruire⁶.

I: [...] tu hai visto le DAT, i dati del ministero ci dicono che lo 0,01... insomma 60mila DAT depositate su 50 milioni di persone che le possono depositare... dopo due anni vuol dire che non è una cosa che interessa così tanto alle persone... come principio interessa a molti...

(08/01/2020)

Questo dato può essere interpretato come il sintomo dell'ignoranza diffusa della morte e della paura ad approcciarvisi volontariamente anche se vi è la possibilità legale. Nonostante molte persone dichiarerebbero di voler rinunciare alle cure nel caso in cui si venissero a trovare in una grave situazione di salute (ad es., tetraplegia) in pochi hanno deciso di mettere questo desiderio per iscritto usando le DAT. Sicuramente non ha aiutato la scarsa informazione che è stata fatta sulle corrette procedure da seguire, né il fatto che ognuno è libero di scrivere cosa crede nel foglio del testamento biologico creando incomprensioni concrete, in parte però vi è anche l'idea che compilare questo modulo renderebbe la possibilità "più reale" e quindi si preferisce ignorarla. Il problema dietro le DAT è dunque il fatto che la legge non è stata preceduta da una riflessione pubblica sulla morte facendo rimanere il tema ampiamente ignorato:

A: per noi che facciamo questo lavoro è una riflessione continua che tu fai con te stesso, con i tuoi colleghi sempre, tutti i giorni alla fine perché... la morte è qua tutti i giorni con noi, il problema è che non se ne parla mai, ne parli quando succede però le persone non... poche persone riflettono su quello che è il tuo futuro... e sono comunque leggi per pochi... sono leggi che... anche le direttive anticipate di trattamento chi le fa? Le fanno le persone che studiano... però non tutte, non è una seconda me una cosa che può arrivare a tutti ed è sbagliato, perché... è un po' di nicchia.

(20/12/2019)

Questa ignoranza e questa impreparazione diffusa sul tema della morte suscita nei medici un pacato timore nei confronti di una eventuale legge sull'eutanasia. Come ho anticipato sopra, la paura principale conferma la teoria di Elias della "civilizzazione" della vita stessa (SAVOIA LANDINI 2014), si teme cioè che nell'epoca del "tutto e subito" legalizzare la morte volontaria possa spingere alcune persone ad utilizzare la possibilità con troppa leggerezza o alcuni medici a proporla spesso. Emblematiche, a questo proposito, le parole di L, medico in pensione con una lunga carriera da rianimatore sulle spalle:

L: [...] la mia preoccupazione è che in un contesto in cui prevalgono nella sanità, e in generale, idee economicistiche e una mentalità consumista, questo [l'eutanasia] non possa diventare una via semplice e breve per non prendersi cura dei pazienti.

(23/12/2019)

In questo caso sono proprio i medici, spesso accusati di reificare eccessivamente la vita, a temere che suddetta reificazione venga fatta dal resto della popolazione.

Nelle *Social Health Sciences* si definisce biomedicalizzazione (CLARKE 2003) il fenomeno secondo il quale si tende a vedere come “biomedici” eventi che non necessariamente lo sono, peccando di riduzionismo ed esclusivismo. In questo caso ho definito *biomedicalizzazione inversa* la paura dei medici che la popolazione possa reificare troppo la vita, azione che tendenzialmente viene attribuita proprio alla classe medica. In un mondo in cui prevale l’idea della produttività e del consumo, sempre più medici si ritrovano ad avere pazienti che chiedono farmaci in modo da risolvere nell’immediatezza i problemi di salute, anche nei casi in cui il medicinale può essere evitato. I medici temono che una cosa simile possa avvenire anche nel caso della morte volontaria, la paura è che possa essere usata come “strada facile” per eliminare i problemi di salute. Ovviamente vi sono dei limiti a quanto leggermente una persona possa approcciarsi all’idea di porre fine alla propria vita, ma vi è comunque il timore di una possibile pressione sociale che possa pesare sui soggetti più vulnerabili: ad esempio un anziano molto malato potrebbe, nel caso in cui fosse legale, decidere di optare per l’eutanasia in modo da evitare ai familiari “il peso” di dover badare a lui. Nonostante alcuni timori, vi è comunque il desiderio di procedere verso una normalizzazione di queste pratiche in modo da dare più struttura a ciò che già oggi avviene comunque, così come mi ha espresso apertamente il neurologo G nel corso della conversazione:

G: Il motivo di una legge, a mio avviso e secondo anche molti medici, serve per un motivo, per dare legalità a qualcosa che adesso potrebbe rischiare di avvenire nell’ombra, perché comunque... avviene.

(08/01/2020)

Nel corso della sua carriera G ha dovuto affrontare situazioni eticamente complesse: se i rianimatori potrebbero dover soccorrere chi ha tentato un suicidio, un neurologo potrebbe avere dei pazienti con diagnosi degenerative che gli confessano di voler morire. La sua esperienza professionale gli ha permesso di riflettere sulla morte medicalmente assistita e sulla necessità di una cornice legale necessaria a regolare il fenomeno.

Senza una legge i medici sono costretti a scegliere individualmente come procedere se si trovano davanti a situazioni particolarmente gravi. In alcuni casi il paziente si trova nella situazione di dover sopportare dolori indicibili causati da una malattia per la quale non c’è cura, la sedazione allevierebbe le sue sofferenze ma allo stesso tempo rischierebbe di causarne la morte. Attraverso una norma condivisa si potrebbe arrivare ad una regolarizzazione grazie alla quale si tutelano sia medici sia i pazienti, togliendo ai primi la pressione giuridica e ai secondi l’obbligo di sopportare grandi

sofferenze. Un'argomentazione che viene spesso utilizzata dai detrattori della legalizzazione concerne il fatto che è preferibile attendere la morte "naturale", accusando quindi eutanasia/suicidio assistito di eccessiva "artificialità". Alcuni medici trovano tale convinzione paradossale facendo notare quanto poco naturale sia una vita preservata da macchinari o farmaci:

L: Se noi volessimo prendere alla lettera certe intemerate che ogni tanto si sentono da parte... non solo di organi religiosi ma anche di politici, o moralisti, o cose del genere... cioè che la vita va portata avanti, poi di solito si aggiunge "fino al suo termine naturale" dove quel "naturale" è veramente una contraddizione in termini perché non c'è niente di più artificiale della vita prolungata con tutti i mezzi disponibili da parte della medicina in generale e delle terapie intensive in particolare, quindi la confusione regna sovrana insomma, ci si nasconde dietro questi proclami molto altisonanti e pieni di istanze etiche e religiose ma senza avere un'idea di cosa si stia parlando.

(23/12/2019)

Senza voler qui delineare una situazione assoluta all'interno di un panorama estremamente eterogeneo, si può notare come le problematiche siano tante e le opinioni contrastanti. Non è emersa una tendenza unica, alcuni medici si sono apertamente schierati a favore mentre altri sono ancora molto titubanti, ciò che è costante è il grande livello di problematizzazione che ad oggi queste pratiche possiedono.

Dal punto di vista etnografico è emerso quanto il pensiero dei vari medici fosse influenzato dalla loro specializzazione: da un lato si nota l'approccio etico-esperienziale di chi, come A, C e G, ha dovuto affrontare direttamente casi clinici deontologicamente liminali, dall'altro emerge quello più razionale-analitico di chi, come I, ha da lungo tempo indagato il tema all'interno dell'ambito accademico piuttosto che in quello clinico.

La legge dona potere morale e coercitivo alle azioni umane, nonostante ciò, rimane uno strumento ed in quanto tale può essere utilizzato differenzialmente a seconda dei casi in cui deve essere applicato. La differenza tra la struttura legale generale di una società e i numerosi casi specifici in cui deve essere applicata, sommata all'esistenza strutturale di status e ruoli all'interno della stessa, crea il fenomeno di differenziazione che ho chiamato *schismogenesi morale*. Con questo termine identifico il processo di conflitto etico che subiscono quelle persone con status e ruoli specifici particolarmente densi di responsabilità morale. La base teorica di partenza è il concetto coniato da Gregory Bateson quasi un secolo fa, concetto che è ancora carico di possibilità scientifiche (BATESON 1936). Lo studioso britannico arriva alla sua teorizzazione dopo una lunga analisi del rito Naven

eseguito dagli Iatmul della Nuova Guinea e nel suo pensiero si rintracciano le influenze del suo maestro Haddon, dello struttural-funzionalismo di Redcliffe-Brown e delle colleghe Margaret Mead e Ruth Benedict. Nella sua analisi Bateson ha voluto analizzare il processo di differenziazione che avviene nella società: partendo dal presupposto che, secondo lui, lo *status quo* non implica la stasi, ma un equilibrio dinamico all'interno del quale avvengono continui cambiamenti, egli arriva a definire la schismogenesi «a process of differentiation in the norms of individual behaviour resulting from cumulative interaction between individuals» (BATESON 1936: 175). Attraverso questo concetto Bateson vuole porre l'accento sul fatto che il cambiamento comportamentale degli individui non avviene all'improvviso, ma è il frutto di interazioni cumulative. A livello analitico bisogna quindi concentrarsi sulla reazione delle persone all'atteggiamento degli altri: se l'individuo A si comporta nel modo X nei confronti di B, l'individuo B agirà nel modo Y influenzato dall'atteggiamento X⁷.

Con “schismogenesi morale” intendo il processo che porta all'emergere di un conflitto etico interno alla persona basato su status e ruolo della stessa. L'idea si basa sull'assunto che alcuni ruoli sono maggiormente carichi di moralità poiché devono eseguire azioni eticamente dense; ad esempio, il ruolo di medico possiede una morale propria basata su ciò che la società si aspetta da chi appartiene a questa categoria. La nascita del conflitto (la schismogenesi) avviene nel momento in cui la morale propria del ruolo entra in contrasto con quella dell'individuo generando anche opinioni opposte nella stessa persona. Suddetto conflitto è emerso più volte nel corso della mia ricerca; come ho già detto, sul tema del fine vita volontario molti dottori si esprimevano personalmente in un modo e professionalmente in un altro. La “schismogenesi morale” avviene quando la struttura normativa di una società interagisce con la divisione tra status e ruolo presente in essa creando una divisione etica interna all'individuo, il quale si trova ad essere combattuto tra la sua opinione personale e quella professionale.

Conclusioni

Il mondo medico deve affrontare tutti i giorni situazioni eticamente difficili e i professionisti del settore devono trovare autonomamente la strada giusta da seguire. In questo scenario il medico diventa un mediatore tra il micro e il macro, tra la situazione legale-strutturale e la morale personale, dovendo sempre trovare un giusto compromesso tra ciò che si può e

ciò che si ritiene giusto. La tecnica si modifica ad una velocità maggiore della società, si possono fare sempre più cose ma sempre più raramente ci chiediamo cosa è giusto fare. Spesso quando parliamo di un tema tanto ideologicamente quanto moralmente denso tendiamo a perdere la visione del quadro generale analizzandone una parte senza prendere in considerazione le altre implicazioni. In queste pagine è emerso quanto il fine vita volontario sia un tema talmente ampio da far sì che la stessa opinione individuale possa essere scissa e questo rende comprensibile quanto sia difficile giungere ad una legge nazionale.

Concludendo, perché è importante studiare questo tema? Se da un punto di vista scientifico ci permette di analizzare certi aspetti della struttura di una società e la sua relazione con le varie *agency* individuali, dal punto di vista umano ci permette di migliorare una situazione che ancora oggi non ha nessuna soluzione. Lo status controverso che il fine vita volontario possiede in molti paesi del mondo è sintomo di una situazione che va migliorata e, in quanto scienziati sociali, dobbiamo studiare e comprendere in modo da cambiare e migliorare. Se Fassin parlò di etiche della vita (FASSIN 2018), lo studio dell'eutanasia ci permette di riflettere sulle etiche della morte, ovvero sui modi attraverso cui i soggetti sociali le danno significato morale attraverso le loro pratiche. Il fine vita, essendo così simbolicamente denso, tende a presentarsi come un evento carico di una singola morale condivisa e per questo si ritiene semplice creare una norma omologata e omologante. La difficoltà in suddetta creazione è invece la prova che ci sono etiche differenti che non sono facili da riconciliare: basti pensare al fatto che la pena capitale è l'istituzionalizzazione di una morte che viene dunque accettata mentre l'eutanasia trova ancora molto ostracismo. Ciò significa che la legalizzazione di uno stesso evento, la morte, è connotata diversamente sulla base dei contesti applicativi. Il contrasto tra la pena capitale e l'eutanasia ci permette di riflettere, usando ancora le parole di Fassin, non tanto su quali economie della vita sono implementate ma su quali economie della morte sono preferite (FASSIN 2012). Durante la prima conferenza italiana di antropologia medica avvenuta nel 2013 Fassin sostenne che questa disciplina deve possedere tre caratteristiche: teoria, critica e politica (FASSIN 2014). In quanto scienziati sociali dobbiamo ipotizzare teorie con un approccio critico con l'obiettivo di avere un impatto politico sulla realtà in modo da migliorare la vita delle persone. Studiare il fine vita è dunque importante perché ci permette di protendere verso la comprensione e il cambiamento.

C'è ancora tanto da fare prima di giungere ad una regolarizzazione dell'eutanasia; studiarla ci permetterà di raggiungere condizione clinica che non solo renderà tutti più consapevoli del proprio ruolo, ma darà anche maggior chiarezza al concetto odierno di morte.

Note

⁽¹⁾ A questo proposito bisogna evidenziare che si sono raggiunte da poco le 500mila firme (<https://www.sanitainformazione.it/politica/eutanasia-raggiunte-le-500mila-firme-per-il-referendum-speranza-chiede-alle-asl-di-applicare-la-sentenza-della-consulta/>) necessarie ad attuare il referendum abrogativo volto a modificare l'art. 579 del codice penale, il quale impedisce l'introduzione dell'eutanasia legale in Italia. Il quesito referendario è il seguente: volete voi che sia abrogato l'art. 579 del codice penale (omicidio del consenziente) approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, comma 1 limitatamente alle seguenti parole «la reclusione da sei a quindici anni»; comma 2 integralmente; comma 3 limitatamente alle seguenti parole «Si applicano»? Per la prima volta nella storia dei referendum italiani si è aperta la possibilità di firmare online, facilitando l'affluenza anche a coloro che avrebbero difficoltà nel recarsi nei luoghi predisposti (<https://referendum.eutanasialegale.it/firma-digitale/>).

⁽²⁾ <https://www.theguardian.com/world/2016/oct/13/netherlands-may-allow-assisted-dying-for-those-who-feel-life-is-complete> (consultato il 20/01/2021).

⁽³⁾ <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2019/47/vast-majority-do-not-fundamentally-reject-euthanasia> (consultato il 20/01/2021).

⁽⁴⁾ Effigie: dal latino *effingĕre*, “rappresentare, riprodurre in rilievo”, composta da *ex-* e *-fingĕre*, “foggiare, plasmare”; <http://www.treccani.it/vocabolario/effigie> (consultato il 22/01/2021).

⁽⁵⁾ Il 13 giugno 2014 Fabiano Antoniani, detto dj Fabo, a seguito di un incidente stradale rimane cieco e tetraplegico. Non volendo rimanere in quelle condizioni, comincia a chiedere con insistenza al governo italiano e al presidente della Repubblica (Giorgio Napolitano al momento dell'incidente, Sergio Mattarella in seguito) di porre fine alla sua vita. Questa richiesta ha suscitato grande clamore: il governo non sapeva come comportarsi, l'opinione pubblica italiana si è spaccata in due parti, chi appoggiava la richiesta di Antoniani e chi la considerava moralmente inaccettabile. Dopo anni di richieste dj Fabo decide di prendere l'iniziativa e con l'aiuto del suo amico Marco Capato va in Svizzera dove chiede e ottiene il permesso di procedere al suicidio assistito. Muovendo solo parzialmente le dita della mano, gli viene dato un pulsante per rilasciare la dose letale del farmaco nella sua flebo. Il 27 febbraio 2017 Fabiano Antoniani muore letteralmente per mano sua.

⁽⁶⁾ <http://robertaosculati.it/2019/12/27/biotestamento-a-due-anni-dalla-legge-219/> (consultato il 27/01/2021).

⁽⁷⁾ Lo studioso continua identificando due tipi di cambiamento progressivo: la schismogenesi complementare (quando l'atteggiamento di A causa l'atteggiamento opposto in B) e la schismogenesi supplementare (quando l'atteggiamento di A causa lo stesso atteggiamento in B). Lo stesso Bateson non si limita ad applicare il concetto di schismogenesi alla cultura Iatmul, ne indica l'insorgenza anche nelle stesse relazioni tra gruppi e individui occidentali. In una piccola sezione della sua opera accenna anche alla schismogenesi che può avvenire all'interno degli individui con disturbi psichiatrici, tuttavia non approfondisce oltre. Bateson preferisce porre l'accento sul fatto che la schismogenesi tra due gruppi A e B può, in potenza, creare un conflitto che porta alla distruzione della società stessa.

Bibliografia

- BATESON G. (1936), *Naven. A Survey of the Problems Suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea Tribe Drawn from Three Points of View*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BAUMAN Z. (1995), *Il teatro dell'immortalità. Mortalità, immortalità e altre strategie di vita*, Il Mulino, Bologna.
- BECKER H.S. (1973), *Outsiders. Study in Sociology of Deviance*, The Free Press, London.
- BOURDIEU P. (2001), *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna.
- CLARKE A., SHIM J., MAMO L. et al. (2003), *Biomedicalization: Technoscientific Transformation of Health, Illness, and US Biomedicine*, "American Sociological Review", Vol. 68(2): 161-194.
- DEL VECCHIO-GOOD M.J., GOOD B.J., SCHAFFER C., LIND S.E. (1990), *American Oncology and the Discourse on Hope*, "Culture Medicine and Psychiatry", Vol. 14(1): 59-79.
- DURKHEIM E. (1982), *The Rules of Sociological Method*, The Free Press, New York.
- DURKHEIM E. (2016), *La divisione del lavoro sociale*, Il Saggiatore, Milano.
- EISENBERG L. (1977), *Disease and Illness: Distinction between Professional and Popular Ideas of Sickness*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 1(1): 9-23.
- ELIAS N. (1982), *Il processo di Civilizzazione (Vol. 1)*, Il Mulino, Bologna.
- ELIAS N. (1983), *Il processo di civilizzazione (Vol. 2)*, Il Mulino, Bologna.
- FASSIN D. (2012), *Humanitarian Reason: A Moral History of The Present*, University of California Press, Berkeley.
- FASSIN D. (2014), *Cinque tesi per un'antropologia medica critica*, "AM. Rivista della società italiana di antropologia medica", 37: 33-50.
- FASSIN D. (2018), *Life: A Critical User's Manual*, Polity Press, Cambridge/Oxford/Boston/New York.
- FEIFEL H. (1965), *The Meaning of Death*, McGraw-Hill, New York.
- HAMARAT N., PILLONEL A., BERTHOD M., DRANSART D. A. C., LEBEER G. (2021), *Exploring Contemporary Forms of Aid in Dying*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2021.1926635> (consultato il 21 agosto 2021).
- KAUFMAN S. R. (2000), *In the Shadow of "Death with Dignity": Medicine and Cultural Quandaries of the Vegetative State*, "American Anthropologist", Vol. 102(1): 69-83.

- KLEINMAN A., EISENBERG L., GOOD B. (1978), *Culture, Illness and Care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*, "Annals of Internal Medicine", Vol. 88: 251-258.
- KUHN T. (1996), *The Structure of Scientific Revolution*, The University of Chicago Press, Chicago.
- LOCK M., GORDON D. (a cura di) (1988), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.
- LOCK M., NGUYEN V.-K. (2010), *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- LUCHETTI M. (2009), *Eluana Englaro, Chronicle of a Death Foretold: Ethical Considerations on the Recent Right-To-Die Case in Italy*, "Journal of Medical Ethics", Vol. 36(6): 333-335.
- MERTON R. (1938), *Social Structure and Anomie*, "American Sociological Review", Vol. 3(5): 672-682.
- METCHNIKOFF O. (1921), *Life of Elie Metchnikoff, 1845-1916*, Constable and Company, London.
- PENNACINI C. (a cura di) (2010), *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e metodi*, Carocci, Roma.
- REDCLIFFE-BROWN A.R. (1922), *The Andaman Islanders*, Cambridge University Press, Cambridge.
- SAVOIA LANDINI T., DÉPELTAU F. (a cura di) (2014), *Norbert Elias and Empirical Research*, Palgrave Macmillan, New York.
- SINGER P. (1995), *Rethinking Life and Death*, St. Martin's Press, New York.
- STARK J. (2018), *A Death of One's Own: Literature, Law, and the Right to Die*, Northwestern University Press, Evanston.
- VEATCH R. M., ROSS L. F. (2016), *Defining Death*, Georgetown University Press, Washington.
- WEBER M. (1947), *The Theory of Social and Economic Organization*, Oxford University Press, Oxford.

Sitografia

- <https://referendum.eutanasialegale.it/firma-digitale/> (consultato il 24 agosto 2021).
- <https://www.sanitainformazione.it/politica/eutanasia-raggiunte-le-500mila-firme-per-il-referendum-speranza-chiede-alle-asl-di-applicare-la-sentenza-della-consulta/> (consultato il 24 agosto 2021).
- <https://www.theguardian.com/world/2016/oct/13/netherlands-may-allow-assisted-dying-for-those-who-feel-life-is-complete> (consultato il 20 gennaio 2021).
- <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2019/47/vast-majority-do-not-fundamentally-reject-euthanasia> (consultato il 20 gennaio 2021).
- <http://www.treccani.it/vocabolario/effigie> (consultato il 22 gennaio 2021).
- <http://robertaosculati.it/2019/12/27/biotestamento-a-due-anni-dalla-legge-219/> (consultato il 27 gennaio 2021).

Scheda sull'Autore

Niccolò Martini nasce ad Alba (Cn) nel 1994 e, dopo aver conseguito la laurea triennale a Bologna con una tesi in antropologia medica sul cancro, decide di continuare

gli studi nella stessa città. Appassionato di antropologia medica decide di studiare un anno all'estero presso la Universiteit Gent (Belgio) per avvicinarsi maggiormente al tema del fine vita ed ampliare il suo sguardo sulle *Social Health Sciences*. Tornato a Bologna si laurea *cum laude* in Antropologia Culturale ed Etnologia con una tesi sulla percezione clinica di eutanasia e suicidio assistito in Italia. I suoi interessi di ricerca spaziano dall'antropologia medica, con particolare riferimento alla morte medicalmente assistita e al suo processo di legalizzazione, all'antropologia giuridica e alla correlazione tra la struttura legale di uno Stato e le moralità individuali della popolazione locale.

Ha partecipato a workshop e conferenze in Italia e in Europa ed è stato pubblicato in una rivista internazionale di scienze sociali.

Riassunto

Effigie della mortalità. Analisi dello spazio culturale dell'eutanasia attraverso la prospettiva dei medici dell'Emilia-Romagna

Il presente articolo analizza il tema del fine vita volontario biomedicalizzato (nello specifico eutanasia e suicidio assistito) utilizzando i dati emersi nel corso di una ricerca svolta in Italia su questo tema. Nelle prime pagine verrà introdotto l'argomento e ne verrà descritta la problematica situazione attuale; si tratteggerà successivamente una cornice teorica per poi concludere con i dati emersi dalle interviste semi-strutturate somministrate ai medici nel corso dello studio.

Parole chiave: eutanasia, suicidio assistito, biomedicalizzazione, fine vita volontario, schismogenesi

Resumen

Efigie de la mortalidad. Análisis del espacio cultural de la eutanasia a través de la perspectiva de los médicos de Emilia-Romana

El siguiente artículo analiza el tema del fin de vida voluntario biomedicalizado (específico eutanasia y suicidio acompañado) gracias a los datos que emergieron durante un estudio que se ha tenido en Italia sobre este tema. En las primeras páginas se irá introduciendo el argumento y se describirá la problemática situación actual; a seguir se se mostrará un cuadro teórico para ir terminando con los datos que emergieron gracias a las entrevistas semi-estructuradas de los médicos durante el estudio.

Palabras claves: eutanasia, suicidio acompañado, biomedicalización, fin de vida voluntario, schismogenesis

Résumé

Effigie de la mortalité. Analyse de l'espace culturel de l'euthanasie du point de vue des médecins d'Émilie-Romagne

Cet article analyse le thème de la fin de vie biomédicalisée (dans les cas d'euthanasie et de suicide assisté) utilisant les données recensées au cours d'une recherche qui s'est déroulée en Italie sur ce thème. Dans les premières pages ce sujet sera introduit et la situation actuelle problématique sera décrite; nous maintiendrons ensuite un cadre théorique pour par la suite conclure avec les données issues des enquêtes semi structurées administrées aux médecins au cours de l'étude.

Mots-clés: euthanasie, suicide assisté, biomédicalisation, fin de vie volontaire, schis-mogénèse

Me Possessed? Interpreting Spirit Possession through Ethnographic Reflexivity

An Afro-Honduran Case Study

Marcela Perdomo

Post-doctoral Associate in Africana Religions, Department of Religious Studies,
University of Pittsburgh
[mmp92@pitt.edu]

Riassunto

Io posseduta? Un'interpretazione della possessione spiritica attraverso la riflessività etnografica. Un caso di studio afro-honduregno

Questo articolo esplora le condizioni della produzione di conoscenza etnografica durante il mio lavoro sul campo sulla possessione spiritica nel *Dugu*, la religione praticata dai Garifuna, una comunità afro-amerindiana dell'Honduras settentrionale. Attingendo al mio viaggio da novizia a potenziale sacerdotessa, ma anche da etnografa ad antropologa, sosterrò la validità di mettere il mio corpo e la mia soggettività a favore della piena partecipazione come potente strumento etnografico per approcciare questo fenomeno. Il tipo di indagine antropologica che difendo in questo articolo non è né una prospettiva religiosa strettamente autoctona, né una fredda analisi scientifica a distanza. Invece, presterò molta attenzione all'interazione tra la pratica della possessione spiritica dei Garifuna e la mia esperienza personale di possessione come è stata interpretata dai miei ospiti. La mia intenzione è quella di mostrare che il mio coinvolgimento personale in una religione basata sulla possessione ha funzionato come un mediatore di significato per fenomeni difficili da cogliere solo da una prospettiva intellettuale ed esterna.

Parole chiave: possessione spiritica, riflessività etnografica, iniziazione, Garifuna, Honduras

This Article explores the conditions of ethnographical knowledge production during my fieldwork on spirit possession in *Dugu*, the religion practiced by the Garifuna, an Afro-Amerindian community of northern

Honduras¹. Though there is an abundant literature on ethnographical methods available in anthropology today, there is always an important part of methodological reinvention and adaptation in the confrontation of the ethnographer and his fieldwork. Coming back from my Honduran research on *Dugu*, I realized the inherent fragility, but also the great pertinence of more exploratory and improvised ethnographical approaches. From the double perspective of an anthropologist and initiate, my aim here is to give legitimacy to my own personal experience of spirit possession as a valid methodological approach to grasp this religious phenomenon.

Unlike the majority of the Afro-Atlantic religions, the African deities do not make part of the cosmological structure of *Dugu*. Instead, the Gari-funa worship the spirits of the dead (*gubida*) and ancestor spirits (*hiuruha*) who are believed to act on the bodies of their living descendants by spirit possession (*auwehani*)². The ancestral entities appear in dreams, in hallucinatory visions and they are also the instigators of illness and misfortune. The *buyei*, also known as a medium, spiritual leader, and traditional healer is at the heart of this creed. Nevertheless, in order to achieve this position, elected candidates most undergo through an engaging initiatory procedure that will gradually transform their own personal identity into a ritual authority through the learning and practice of spirit possession.

Drawing on my journey from novice to potential *buyei* priestess, but also from an ethnographer to anthropologist, I will argue the validity of putting my own body and subjectivity in favor of full participation as a powerful ethnographical tool to approach possession-trance. The very notion of participation raises inevitably some questions as to the objectivity of the ethnographic inquiry, as well as the knowledge produced. There is always a form of suspicion that narratives of scholars possessed do not take account of how scholars' religious experiences may be very different from the religious experiences of native or expert participants. Certainly, all researchers are to some degree connected to the object of their research, and depending on the nature of these connections, problems arise as to whether the results of research are the product of the researcher's presence and influence on the research process. If we define reflexivity as a turning back on oneself, a process of self-reference, it can be clearly of central importance for issues concerning the challenging world of possession-trance phenomena, especially when the involvement of the researcher in the society of those being studied is particularly close.

Hortense Powdermaker once argued that participant observation requires both involvement and detachment achieved by developing the ethnographer's «role of stepping in and out of society» (1966: 19). In my own research experience, I sought to incorporate such insights and to develop forms of research that fully acknowledge and utilize subjective experience as an intrinsic part of research. In other words, my intention here, is to show that my personal involvement in a possession-based religion worked as a meaning mediator to phenomena difficult to grasp solely from an intellectual and outsider's perspective. Put differently, the kind of anthropological investigation that I defend in this paper is neither a strictly native religious perspective, neither a cold distant scientific analysis. Instead, I will give close attention to the interplay of the Garifuna's practice of spirit possession and my own experience of possession as it was interpreted by my hosts.

As I was conducting research in Honduras, I was well aware that it became nearly predictable that scholars writing on Afro-Atlantic religions would be themselves “possessed” at some point of their study³. A situation, that according to Paul Christopher Johnson, «by around 1990 became a frequently encountered trope on narrative device» (JOHNSON 2016: 160)⁴. While anthropologists are expected to maintain objective neutrality, simply describing experiences and the views of the subjects, some specialists in traditional beliefs have already publicly contended that genuine spirits are in effect sometimes at stake. Most notably, Edith Turner claims to have personally witnessed visible “spirit” substance during a Zambian spirit ritual in 1985⁵. Although the ethnographer might be changed by this experience, the majority of anthropologists are constrained by academic and cultural conventions that prevent them from fully engaging with it. As for my own personal experience, despite my efforts to remain on the sidelines, I became more involved in my topic of study than I had originally planned. Like many other scholars who focus on the study of spirit possession, at some point, I felt pressed to take a position in relation to spirits and their incorporation.

As very well-known by now, many approaches and disciplines such as anthropology, sociology, history, medicine, psychology, and religious studies have made significant contributions on the study of spirit possession. And yet, in spite of the array of studies and variety of approaches, the field of possession studies is mainly formulated around a few theoretical and methodological axes that often reflect mainstream scientific ideologies prevalent at the time (HALLOY 2012). This article does not attempt to retrace any of the latter, but to explore a less-developed path centered on the learning

and the emic understanding of spirit possession and ethnographical knowledge production. While most of the scholarship on spirit possession addresses the most explicit forms of possession-trance like states, I explore an understudied aspect of this phenomenon centered on the pragmatic conditions that underpin the process of becoming possessed. Based on my ethnographical material, I argue that spiritual possession is not merely a transitory “altered state of mind” but rather a constant and to some extent, “fluctuant-permanent condition” expressed through a porous relationship between personhood, humans, and non-human entities. Furthermore, in the past, some anthropologists have differentiated between trance and possession, while others have used them interchangeably (e.g., BOURGUIGNON 1973). As I will later discuss in more detail, in my approach, I suggest a unified view of spirit possession organized around different stages of psychosomatic bodily experiences. From this angle, I will argue how the cultural and psychobiological aspects of spirit possession are intertwined in a variety of experiences subsumed under the concept of possession.

Me Possessed?

I met Memo in November 2009 while conducting fieldwork on spirit possession in the village of Triunfo de la Cruz, Honduras. At the time, Memo was a young 24-year-old man undergoing through his apprenticeship to become a *buyei* (priest). But similar to the immense majority of elected individuals, before entering the universe of *Dugu* he was vehemently opposed to it. In effect, like most of the Afro-Atlantic religions, *Dugu* practice suffers from a poor reputation and is often labeled as a “diabolic cult” among the local population, especially among adherents of neo-Christian religions. It is thus not surprising that spiritual calls from the ancestors are rarely accepted by the chosen candidates. However, not attending the call of the ancestors can ultimately lead to death. As for many, Memo learned of his destiny to become a *Dugu* priest through revelatory illness and recurrent misfortune. Divination revealed that his dead maternal grandfather required him to begin initiation urgently or else he would die. The initiatory journey to *Dugu* often begins when an individual starts suffering from chronic adversity whether it is of medical, emotional, professional, or legal nature. In that case, a local religious authority can conclude via divination that the source of the annoyance lies in a bad relationship with the spirits of the dead and that they are now calling for appeasement and devotion.

After several interviews, the young apprentice suggested that my inquiry on spirit possession was not a hazardous enterprise and, like him, I would probably have to undergo through initiation myself. At the beginning I received his suggestion with skeptical eyes. «Who do you think I am?» Those were the words that went through my head. And I don't doubt that they were visible in my face. To my knowledge, I was not experimenting any of the stereotypical symptoms that usually lead a person to become a *Dugu* devotee. Except for maybe one thing, I was going through a very difficult moment of my ethnographical journey. As mentioned above, because of social stigma, *Dugu* is particularly hard to approach, even if minimally when one is not a member of the liturgic congregation, and even more so when one is not Garifuna⁶. In my case, although we came from the same country, the Garifuna still considered me to be an outsider. The least I can say, is that this difficulty led me to important states of stress and anxiety that were also combined with more personal issues. At that point, I was truly afraid that my research on spirit possession would simply fail. But in the eyes of my young interlocutor, this rough patch could only be caused by tormented spirits. He thus suggested to consult a local specialist to corroborate my candidacy for initiation.

Some factors such as neurological stress are quite common to many of the accounts on spirit possession, but the postulation of other factors often depends on the sociological, psychological, and other models of explanation employed. As for me, my hosts deducted that I was a candidate for conversion based on my mere interest to conduct fieldwork on this subject. To their eyes I could not feel attracted to their traditional creed solely by intellectual curiosity. From an emic perspective, it is believed that non-converts to *Dugu* do not approach this religion unless they don't receive a spiritual call from dead ancestors. Therefore, my interest on this matter was considered a clear call for initiation and not just a scholarly inquiry⁷.

Several days later, I was sitting in Lena's little consulting room. Lena was a well-known local medium and healer. «Oh my, little sister... your spirits are strong! (*Hereti banigu!*) You will become a *buyei* (*buyeibadibu*). The day will come when you will escalate the pole (last initiation rite in *Dugu*)». I heard these words with a disbelief that most likely had shown on my face. «Yes, this is what your spirits are saying», the *buyei* asserted in Garifuna language. In that moment hearing that I had tutelary spirits asking for devotion, I felt lost and confused. From that point on, both, Lena and Memo invited me to get initiated. Needless to say, that holding the position of a novice in the *Dugu* religious system presented me an excellent opportunity

not to be missed. What better position could have I hoped for than the one thus assigned?

By accepting to take my first steps into *Dugu*, I knew I was going to have to compromise my own subjectivity in order to investigate on the religious learning of spirit possession. At first, I was considerably surprised to learn all the deliberate associations that my initiators were making between my own subjectivity and the influence of supernatural agents. For instance, during one of my many visits to Lena's consulting room she told me that I had already been possessed by ancestor spirits without me even being aware of it. «Me, possessed?» I said to myself, «there must be something wrong». However, to prove her argument, the specialist made me recall one particular scene where I was apparently “under the influence” of the spirits. In a very hot and humid afternoon, I was sitting on Lena's backyard waiting for long hours just to see her. In that particular day I was feeling rather impatient, annoyed, uncomfortable, and melancholic. I must have had an expression of despair on my face when both Lena and Memo approached me nonchalantly. After taking an inquisitive look at me, Lena pointed out to her apprentice: «look, she is with her people (spirits)»⁸. In the eyes of my hosts, I had just experimented a “form” of spirit possession due to the ritual procedures they had been working on during the precedent days. Although I was rather skeptic about my hosts' diagnosis, one of the early lessons I learned during the process of initiation to *Dugu* was that this was not a “believe” religion, an orthodoxy *stricto sensu*, but a “do” religion (i.e., an orthopraxis) as well as a religion of “experience” or a “phenomeno-praxis” based on an experiential practice and expertise. In other words, my constant auto-reflexivity, and my desperate attempts in analyzing my personal experience of what seemed to be a spiritual possession according to my interlocutors, would usually lead me to dead ends. Local mediums mainly acquire spiritual and moral knowledge through bodily experiences and enactment rather than by attending religious lessons or other forms of explicit learning.

It was the instruction to take a ritual ablution that started my journey. Ritual cleansing is an obligated step before entering the sacred world of the ancestors. It involves getting rid of specific invisible substances that pollute the human “soul” (*afurugu*). According to the doxa, prior to ritual cleansing, novices are literally considered to look “dark” (*burigati*) or obscure in the eyes of the spirits. The special ablution, known by the vernacular term of *arani* (medicine in English) is meant to “clear up” (*aclarar*) the neophytes in order for the spirits to literally “see” them, and thus “approach” them

(*acercar a los espíritus*). Although the induction of trance-like states is not the ultimate goal of this ablution, many of my respondents report entering already into altered states of consciousness right after going through this particular procedure. Some of these states went from mild hallucinations to important mental alterations.

I tried to explain my emotional states to Memo while I was going periodically through the ritual cleansing. Strong sentiments of anxiety, depression, and mental confusion would typically invade me during the whole process. But I also wanted to emphasize to my host that what I was feeling were not unknown emotional states to me. Indeed, I did not spontaneously relate any of these states to any plausible influence of the initiation process. To the contrary, I would instead feel frustrated believing that my old personal issues were impeding me to feel the “true” effects of the ritual activity. Without really knowing what to expect, I did however imagine that I would have to go through some kind of unedited “esoteric experience”. Instead, as aforementioned, I thought I could feel absolutely nothing because of my intruding, negative and subjective mental states.

Nonetheless, for my interlocutor there was no doubt, those sentiments simply did not belong to me. In his eyes, they were the clear manifestation of an ancestor spirit. According to him, I was only experiencing one of my dead grandmother’s feelings. That degree of permeability between the manifestation of spirits and the emotional experience of a person is very representative of the relationship existing between the invisible agents and human hosts within *Dugu’s* cosmology. While most of the literature on spirit possession addresses the most explicit forms of possession-trance like states, the Garifuna ethnography shows a taxonomy of more nuanced interactions between spirit agents and humans. If from an emic point of view, affliction or integral possession-trance reveal unequivocally the manifestation of exogenous entities because of their ostensible nature, from an etic point of view, the minimal expression of these forms of interaction are much more difficult to grasp. In this case, the subtle line that divides the subjectivity of an individual and the intervention of the spirits of the dead is particularly tenuous. In this sense, I was considerably surprised that banal sentiments of anxiety and discomfort on my behalf would be interpreted as being someone else’s emotional state and not merely mine. At first, being influenced by academic literature on possession-trance, made me think that any prodrome or symptom related to this altered state of consciousness would be rather unexplored, and foremost completely unknown to me. As Katherine Dunham put it in *Island Possessed*, «Instead of feeling

the god in possession of me, the calculating scientist would take over». Another element that intrigued me was to see that possession is not simply the outcome of intense inner conflict but also tautologically the cause for it.

Transcultural elements observed in anthropological accounts of possession often include a biological element that cannot be reduced to cultural models. In fact, studies show “an altered neurophysiology” during most possession states. While many anthropologists note that neurophysiological studies may not resolve whether supernatural factors might supplement natural ones, it is however clear that neurophysiological changes, including hyperarousal, do occur (KEENER 2010). As for me, not only was I experimenting mental uneasiness, but I was also going through several biological alterations, such as loss of appetite, insomnia, dizziness, mild hallucinations, and acute nervousness. *Grosso modo*, at that time, my psychophysical condition easily resembled to a sort of an involuntary ascetic state. It is worth noting that following observations and self-reports of people suffering from ill-health attributed to harmful spirits, anthropologists have shifted their attention from social conflict and holistic approaches to analyze the lived experiences of symptoms illness and the people most affected (IGREJA 2018). For instance, following the ethnographic studies that examine the link between spirit possession and health problems, Leslie Sharp’s (1993) work in a migrant town in northwest Madagascar acknowledged the existence of “possession sickness” in the sense that people attribute the cause of various illnesses to spirit possession. Many of the symptoms of these diverse debilitating illnesses included chronic headaches, dizziness, loss of appetite, persistent stomach pains, or sore neck, back or limbs.

In what follows I will elaborate the indigenous conception of what may be perceived as possession *idioms* within the Garifuna spirituality.

Possession Idioms in Dugu

Auwehani is the vernacular term utilized by my local interlocutors to describe the introduction of a spirit ancestor into the body of an individual. It is a pronominal verb derived from the word *auweni*, which means “death”. For our purposes in this paper, it is important to stress that the Garifuna differentiate well the state of *auwehani* (i.e., the integral replacement of an identity over another) from more nuanced states of dissociation. Several linguistic expressions such as: “the spirits are near (an individual)”, “the spirits are behind (an individual)” or “being with the spirits”

are commonly employed to indicate that an individual is *under the influence* of the spirits without being necessarily entirely possessed by them. Hence, this influence may be understood as what could be called a “partial possession”, state in which a given individual incarnates only partially the identity of the spirits in addition to its own. In this form of dissociation, the individual may alternate different languages, various sonorous voices, different linguistic intonations, different emotional and behavioral states, and he or she may even express the spirits’ different identities through specific sartorial choices, all within the same moment and while keeping some sort of self-awareness. Those leaving the “integral” possession state often have no recollection of how they behaved while being possessed. Indeed, Raymond Firth notes that field experience has confronted anthropologists with:

dramatic changes of personality in men or women they were studying – startling yet evidently accustomed alterations of behavior, with trembling, sweating, groaning, speaking with strange voices, assumption of a different identity, purporting to be a spirit not a human being, giving commands or foretelling the future in a new authoritative way. Sometimes it has been hard for the anthropologist to persuade himself that it is really the same person as before whom he is watching or confronting, so marked is the personality change⁹.

Moreover, one of the most salient paradigms of Garifuna spirit possession is its interconnectedness with the notion of selfhood. The revelation of me, the ethnographer being under the influence of possessor spirits raised many questions about cross-cultural conceptions of individuality. Differently put, framing myself this way depicted me as racially and ethnically ambiguous. Despite the common neurological character of possession trance, possession behavior and beliefs vary widely among cultures. Therefore, we should allow for greater variations in expression. This diversity does not need to surprise us. Cultural conceptions shape the experience of many illnesses or mental distress, sometimes including behavior that other societies associate with possession¹⁰. Considering this diversity of experience, Erika Bourguignon remarks that despite transcultural constants stemming from «its psychobiological substrate», possession behavior «is subject to learning and by this means, it is amenable to cultural patterning». As such, it takes on a striking variety of forms. Furthermore, Keener (2010) adds that because of this culture-specific element, travelers may carry specific expressions of mediumship and possession behavior to societies without prior experience of them. Likewise, the nature of possession cults itself is subject to evolution. For instance, some societies have gradually transformed therapeutic

possession cults into group entertainment and have voluntarily allowed to accept and convert outsiders.

Although some cultures do not associate spirit possession with infirmity, one could list vast numbers of cultures that do, including the Garifuna culture. However, in my case, it was clear to me that my alleged possession was not linked to any form of illness, but rather to a “spiritual vocation” that was being manifested through a personal crisis. Positively valued spirit mediumship (*abuyehani*) is a different situation from spirit possession seen in negative terms, though in many cultures it classically arises as the resolution of a period of psychological stress or breakdown. In such cases the resolution of a period of emotional crisis is not the achievement of a “normal identity” through the exorcism of the malevolent spirits. Of course, the role of spirit medium is by no means systematically preceded by a “spiritual illness”. Selection of spirit mediums can take place on a variety of other bases, including a hereditary component. Although by that time I was well aware that people in all cultures can experience dissociation and altered states of consciousness, my sensitivity to local interpretations cautioned me against pronouncing on the meaning of these experiences. Worldviews affect how various societies describe these phenomena and under what conditions people most often experience them. Moreover, the degree of acculturation is often a common factor, and the lack of suggestibility can sometimes even render possession-trance states difficult to achieve¹¹.

Possessor Spirits, Sense of Self and Belief

Every time you feel like wearing a gown and covering your head with a headscarf, it is them (the spirits) who are asking you to do so. If you want to cook something special, it is them wanting to eat it. And if you want to make a trip somewhere, they will always leave ahead of you.

Buyei Francisca

Possession practices linked to divination among the Garifuna prove to be a significant index of senses of identity. The self in this light can be seen more as a process, not a fixed pattern. In this section I will refer to “selfhood” as a locus of experience, rather than a category of thought. As I will demonstrate it shortly, the fusional relation between spirits and individuals sustained by *Dugu* experts undeniably questions the subjectivity of the latter and the sense of self. Indeed, The dead seem to incessantly infiltrate their human hosts’ thoughts and to act on their affective and cognitive levels in a quasi-permanent way. Like Marilyn Strathern (1988) describes Melanesian

personhood not in terms of individuals – distinct actors possessing discrete emotions, awareness, and agency – but in terms of “dividuals” beings constituted by properties, goods, and substances that are exchanged with others in an ongoing manner; it is safe to assume that Garifuna personhood contains different ingredients such as a “spiritual double” (*afurugu*), the spirit of dead kin (*gubida*) and spirit ancestors (*hiuruha*). From a pragmatic standpoint, it is mainly through ritual action that this axiom becomes effective.

The mediumistic consultation (*la consulta*) constitutes a fundamental preliminary step previous to formal initiation to *Dugu*. While the main scope of consultations effectuated for ordinary individuals is to diagnose eventual illness and misfortune, consultations for medium candidates does not only reveal the etiology of the latter but are also intended to start *pre*-initiating neophytes by putting them in *direct* contact with spirit agents. In this sense, albeit the mediumistic language formally introduces the spirits at stake by revealing the main features of their identity as well as their *desiderata*, it is the concrete manifestation of psychophysical effects deliberately induced by the practitioner in patients that will ultimately legitimize the spiritual inquiry. In other terms, by acting on the consultants’ psyches and bodies senior religious authorities trigger religious belief among profane individuals. In this way, from a Lévi-Straussian theoretical angle, the “symbolical efficacy” of the mediumistic discourse will gain validity through complementary elements, namely bodily experiences, and the medium’s perlocutionary act. Hence, it would be utterly misleading to consider the mediumistic discourse as an autonomous matter (BOURDIEU 1991)¹².

Although the psychophysical effects provoked by the ritual invocation of the supernatural agents may vary among individuals, there are nevertheless several stereotypical symptoms that I collected while conducting research. During the mediumistic intervention, the majority of the interviewees reported feeling “moved”, (a sentiment usually manifested through weeping), mental alienation expressed by a current local saying: «Like feeling out of this world» (*Como si no estuviera en este mundo*) – which implies a lack of cognitive concentration and an “non ordinary” way of being in the world – sudden somnolence (*un gran sueño*), a strong shoulder pain¹³, and grand fatigue in general. In addition to these recurrent states, some candidates may also arrive to the mediumistic consultation suffering from mysterious physical illnesses, such as unbearable chest pain, belly pain, the impossibility to walk, high fever, and strange dermatological disorders,

among others. In these cases, the classical scenario is the miraculous suppression of the pathological misfortune under the condition of formally compromising to initiate oneself to *Dugu*. It is important to note that the immediate suppression of illness is another important way to engender religious belief among the skeptics. Spirit mediumship is thus an embodied relational healing practice that is grounded in the body rather than in cognitive-discursive processes (SELIGMAN 2014).

As time went by, I would be constantly surprised of Lena and Memo's comments concerning my possession, my possessor spirits, and sense of self. While conducting fieldwork in Triunfo de la Cruz, I was living in a small house near the beach, but to hear them tell it, the choice of living in that house was not mine, but my spirits' choice. Not only had my spirits chosen my home's location, but according to my initiators, they would also choose practically every activity I engaged in. My daily walks on the beach, the way I dressed, the way I danced, and even my corporeal postures were all the result of my spirits' agency. Let us now substantiate these observations by taking a closer look at what takes place in a *Dugu's* mediumistic consultation for medium candidates.

Since the beginning of my initiation, I realized that Lena was struggling to exercise as a medium because of her addiction to alcohol. Many people in the village were starting to lose faith on the effectiveness of her healing sessions. Very soon, her financial situation started decaying, and even her physical appearance was suffering from neglect, especially from a hygienical point of view. Nevertheless, in the opinion of her peers, this unfortunate situation was not solely Lena's responsibility. In their narratives, Lena had attracted "drunken and dirty spirits" that were taken possession over her. Eventually, like many of her clients, due to this inconvenience I was no longer able to rely on her services and had to find another option in order to pursue my ethnographical journey. That is how I met Basilia, a well-recognized *buyei* and the person who would later become my official *Dugu* godmother (*ebene*). I choose to go straight to the point and begin with a description of my spirit consultation experiences with my new interlocutor. Here is my account directly drawn from my ethnographic journal and audio recordings.

In order to corroborate my vocation to become a *buyei* myself, Basilia and her assistant Francisca proposed me to consult the spirits on a hot Friday afternoon. As I entered the dark little room, I sat down in front of my two hostesses. Only the light of several candles could illuminate well

Basilias's impressive altar. The ambiance was calm and quiet. As usual, before a mediumistic consultation I was feeling somewhat anxious and nervous.

Me: (talking to Basilias) Look, I brought you a small bottle of rum and a candle.

Basilias: Oh, thank you. Baba (her principal spirit helper) is not here though. He went out to take care of some stuff. They (the spirits) go out sometimes you know. They have different missions to do. Sometimes they come back early, sometimes they come back late.

Me: So, you are alone right now (without spiritual aid)?

Basilias: Oh no! It is true that Baba is the boss. But when he is not here, I call my (dead) grandmothers and other spirits, and they all reunite when I have to give consultations. But of course, if I need to address a very difficult situation, then Baba has to be here to help.

[...].

Basilias started the invocation rite *arairaguni*: "descending the spirits". She spat rum on her altar, closed her eyes, and while smoking a big cigar she suddenly entered in a different state of consciousness.

She starts speaking in Garifuna with a metallic voice.

Basilias: Listen to me, you do have spirits from Garifuna descent on behalf of your mother, they speak well the language (Garifuna). You also have Mestizo spirits coming from your father's side. These are the ones that showed up first, then the others came afterwards. They are here to take care of you. There is a little old woman here that says to be more than 150 years old. She is more or less your height. Or... maybe she is a little taller than you. She had the same body shape as you before you lost some weight.

Basilias alternates different voices pitch. Sometimes she speaks with her eyes closed.

Basilias: Your Mestizo spirits work with medicinal herbs to purify the body. They will teach you how to do this as you will join them (get initiated). But... you also have two other spirits next to you. One of them is a lean tall woman, she is pretty. She comes from India it seems... She does body massages with a lot of oil. The other woman who accompanies her looks like an Egyptian [...]. She uses folkloric clothes, very colorful. She has big earrings that hang down to her neck. She uses a bandana on her curly hair. She wears her hair in a certain way... She has golden anklets and bracelets. She wears a lot of things... This one hasn't told me yet what she does exactly. I don't know what language she speaks, but anyway, she hasn't said anything so far. The Indian girl, on the other hand, speaks Spanish. Anyway, I'm locating them...

[Silence]

Basilias: She is a gypsy! I don't know if you ever dressed like a gypsy. With your hair loose, with a lot of colors, earrings... Her bracelets make a lot of noise, they bangle. They (her spirits) say that these bracelets are amulets of protection according to the noise they make. The anklets protect the feet

from spiritual things that you can catch [...]. She is a kind of buyei. I don't know if you've seen her before. She has a lot of intuition. You'll notice that sometimes you don't need to be told this or that, because you already know it. That's what she has (intuition).

Conventionally, *hiuruha* (ancestral spirits) appear in groups of family spirits, similar to the biological family. These groups are habitually joined by other spirits that are not necessarily biologically related to the chosen individuals but who join the group according to the affinities with their mounts. For instance, unlike many Garifuna mediums, Basilia lived many years in New York, where she had the opportunity to get involved with other Afro-Atlantic religions like *Santería* and *Palo Monte*. Since then, her spiritual constellation became gradually inhabited by new spirits coming from these religions. In my case, back in the year 2010, the medium mentioned that besides my family spirits I was also accompanied by a female spirit named "Gypsy" (The spirit she mentioned again in the consultation above). What was relevant about this spirit woman was her dress code which apparently had commonalities with mine. During the consultation exposed in this paper, she saw a new female spirit from India. I must point out that before going back to Triunfo de la Cruz in 2012, I had spent a year initiating myself to Yoga and Ayurveda. Thus, in her mediumistic discourse, Basilia established a parallel between the presence of this female spirit and my affinity for these spiritual practices.

In addition to this, even though spirits possess many humanlike characteristics, they also exhibit supernatural traits like one of my spirit grandmothers who was apparently 150 years of age for example. It is important to stress at this point that the identification process of the spiritual agents during the consultation is directed by a constant *Leitmotiv* i.e., the revelation of the latter's physical traits. Indeed, the immense majority of the mediumistic consultations that I witnessed were in large part dedicated to meticulous descriptions of the physical characteristics of the consultants' spirits. Hence, the detailed description becomes a sort of hypotyposis as the medium establishes various connections between the identity and the physical aspects of the spirits and those of the consultants such as morphological details, physiological and phenotypical traits, race, sartorial style, taste, and particular abilities. Identification with the ancestors is thus through both imagery and enactment.

That being said, the whole process of identification would probably not have the same efficiency – certainly without the ritual context in which it takes place – but above all without the specialized knowledge of the post-

humorous existence of the dead mastered by the medium. This hermeneutic, but also any rhetoric about the cult is omnipresent throughout these exchanges, which tends to leave any layman hardly indifferent. As an example, we can already mention the beginning of the conversation that took place with my interlocutor during the preliminary phase of the consultation. We are dealing here with information that brings to light clues relating to the virtual life of the dead. A life, which obviously resembles under several plans, that of the humans. The existence of a parallel between the world of the dead and that of the living facilitates, in a way, the ostensive learning of this universe.

Notwithstanding, it must be said here that this tableau-vivant becomes gradually complex as the expert assembles the different physical portraits belonging to each spiritual entity and chooses several specific elements belonging to one and the other with the aim of drawing a “general portrait” of the consultant. At this point the person’s selfhood is clearly presented as a composite or a condensation of plural identities (SEVERI 2007). At the end of my consultation with Basilia, my personal image (physical and psychological) was ultimately a condensation of my spirit agents.

Let us note at this point that it is rather the sum of all the aspects that the *buyei*’s discourse puts in place, which makes it possible to build the strength of the persuasive effects of the mediumistic speech. In other words, it is plausible that the revelation of the causality of the misfortune would not have the same credibility without the presence of the hypotyposis contained in the detailed description of the invisible agents. This visual and sensory suggestion is all the more reinforced by the performative efficiency deployed by the mediumistic messages. Indeed, all the messages contained in this exchange aim to change the status of an ordinary individual to that of an individual formally elected to become *buyei*. Exhortations, recommendations, and proclamations are integrated into the ritual speech of the officiant. Moreover, the attention to detail and the specificity of the instructions all contribute to arouse belief or at least curiosity in the most seasoned skeptic.

Furthermore, as said before, the somatization in the *consulta* has also the objective of proving the veracity of the existence of the spirits and the type of influence that they are able to exert on a psychophysical level. But for Basilia, nothing is more natural than to experience these psychophysical states when the spirits decide to contact their mounts. As a medium, she is also able to feel the spirits of others through her body. After long

hours of consultation, Basilia revealed to me that my spirits “came down” (*bajaron*) with grand (physical) force. Apparently, they literally “clung” to her in order to manifest their need to be heard and recognized. It then felt appropriate to confess that I myself went through particular physical and emotional states during the whole ritual procedure. Just like many of my interviewees, I experienced somnolence to some degree, as well as mental uneasiness. «They touched you!» Basilia exclaimed. Not in figurative sense, but in a literal one.

Anthropologists have spent lengthy periods of time conducting ethnographic studies of spirit possession in various societies and have suggested that the diversity of the phenomenon makes it difficult to capture in a unique approach and definition. However, there are several points of departure that one must consider when engaging with this complex topic. Evidently, spirit possession is an embodied phenomenon which nevertheless transcends the individual and becomes part of group dynamics (STOLLER 1995). It is present in societies that cultivate the belief that a person’s body and agency may be influenced and controlled by exogenous invisible entities. Moreover, spirit possession can manifest in ritual practice and in everyday life. In these particular contexts, spiritual entities are regarded as humans (LAMBECK 1981). Thinking along these lines, individuality, sense of personhood and spirit possession should not be considered in isolation from each other. Unlike in Boddy’s example of possession (1988), in which the *zairan* spirits represent forces alien to those whom they possess, in *Dugu* a permanent link is viewed between adepts and their tutelary spirits, as their personalities tend to coincide (MCCARTHY BROWN 1991). On another note, with the concept of “embodied imagery”, Thomas Csordas (1997, 2001) does an effort to reconnect mental processes with subjective experience by means of perception, imagination, and corporeality, defending that imagination is the privileged process for experiencing the sacred. This approach offers new means for conceiving the experience of one’s embodied engagement with particular cultural worlds. In this sense, perception, embodiment, and imagination are always embedded in a cultural tapestry.

Learning to 'Feel' Possessed and Ethnographic Reflexivity

Bitterness. Resentment against ethnography which makes you take so inhuman a position, that of an observer, in situations where it would be best to let go.

Michel Leiris, August 25, 1932

In his appendix on fieldwork methods added to the 1976 edition of *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Evans-Pritchard confessed that, in studying witchcraft, he came to at least “half-believe” in it himself, and that, from the Nuer, he himself was transformed by first learning about «the nature of God»¹⁴. However, he did not mention how such a radical shift in stance might influence the «general view of the nature of phenomena being studied»¹⁵. In this last section I would like to consider the challenges and opportunities associated with doing ethnographic reflexivity in the context of religious initiation. Pressing questions await answers—such as, who do we become as narrators of culture through ethnographic practice? How may our potential social positions narrow, or to the contrary, deepen our view of the subject of study? Social position does not work in the abstract; it is irreducibly mediated by ongoing interpretation and communication in the field. As I have suggested earlier, ethnographic reflexivity can take the research’s problems of communication as interesting and valuable facts in themselves. Performing ethnographic reflexivity during my initiation to spiritual possession meant drawing a nuanced map of cultural variation and puzzles to reflect on how communication succeeded or failed. At the same time, since reflexivity comes with the weight of responsibility, my main concern consisted in resisting self-absorption to allow the effort of autoethnography to work outside of my experience to serve others. This reflexive standpoint required a particular kind of vulnerability and exposure that made me acknowledge and analyze how and why my position was a relevant marker in my own research.

Although every spiritual call is unique for every Garifuna candidate to possession, my own way of experiencing it was special, however also confusing since I was not totally convinced but neither was I totally skeptic about the diagnosis of my own spiritual vocation. The numerous mediumistic consultations and previous failed attempts of initiation had already given me the opportunity to experience some psychosomatic symptoms that my hosts would relate without hesitation to spirit possession, yet my emotional states and psychological stress did not improve. Basilia and her assistant Francisca were both well aware that I was not totally convinced about the fact that my

personal distress was due to spiritual influence. In fact, Francisca would always repeat to me: «The problem with you is that you believe, but yet you don't believe» (*Crees y no crees*). The two specialists were also convinced that my symptoms resulted from incomplete possession and even some kind of spiritual punishment because my spirits could not fully enter and make use of my body. After months of hesitation on my behalf, my two future *Dugu* godmothers finally claimed: «It is time to arrange you (initiate you)».

“Fixing the *Ebu*” is the vernacular expression that refers to initiation to spirit possession *per se*. Literally, it means that the time has come to prepare the human “mount” (*Ebu*) for the spirits. To do so, the elected individual will go through several preliminary rites of purification before he or she can incarnate the dead. Overall speaking, the neophyte's first steps of initiation concern a generalized bodily treatment which scope is to promote the identification of induced psychophysical states that the initiate will be later able to relate to spirit possession. Being ritually possessed requires fluency through sensorial stimulation, the (re)shaping of the physical body, and practice.

Contrary to many accounts by possessed people that I collected, during the whole process of initiation I never fully succumbed to total spirit possession, or to total eclipsing of the self, except for maybe one brief moment. I shall come back to this. However, I did go through many psychophysical states that transformed my consciousness as well as the outer world around me. Nevertheless, the ethnographer in me could not allow me to fully grasp this experience as I needed my rational brain to record everything that was happening to me, yet I found this counterintuitive to ethnographical common sense. Because of my double posture (initiate/ethnographer) I was afraid that I would fail the test and would simply end up not being possessed at all. I finally had to admit that the anthropological value of data provided by the ethnographer's introspective account usually remains ambiguous. I realized that the best thing I could do was to translate my own subjective experience and let the *Dugu*'s religious experts validate it. As Jeanne-Favret Saada showed in her study of witchcraft in the Bocage, the ethnographer should first allow him or herself to be “caught” (“prise”) (1997). And that is what I did.

After a period of seclusion in the ritual temple (*dabuyaba*), traditionally, a ceremonial presentation (*arufudahani*) of the new initiate in front of the local religious community takes place. For this occasion, the new *ebu* (mount) is expected to be ritually possessed in front of the entire assembly.

Neophytes are invited to play the rattles (*maracas*¹⁶) along with the drummers who play the traditional *Dugu* beat especially designed to induce possession-trance. According to religious experts, it is not really the ability to interpret the sacred rhythm that counts, rather it is the effect produced by the sound execution *per se* that is highly valued. In their narratives, there is no need to be a *buyei* to be able to play the *maracas* in this unique way given the rhythm's great simplicity. Indeed, contrary to other much more sophisticated Garifuna musical genres, *Dugu's* ritual music happens to be the most elementary rhythm of all. The drumming for instance, produces a constant homorhythmic pulsation while the *buyeis* on the other hand, play the *maracas* following a repetitive and monotonous melodic formula. Thus, from a technical point of view this instrument's execution requires little or no learning at all. From an exegetic perspective, the rattles are sacred artifacts that are intended to "call" the spirits. Once a neophyte starts playing the *maracas* he or she can be possessed at any time. A young initiate once told me, «you must really observe the *buyeis* when they begin playing their instruments. You will see a sudden change in their face, they close their eyes... That means that it is no longer them playing the *maracas*, but the spirits themselves». In other words, the main scope of playing the sacred instruments is to induce ritual spirit possession among the neophytes and to legitimate their ability to be possessed. I can place myself as an anecdotal example of this. For me, everything went very fast as I describe it on my ethnographic journal:

When the first drumming started, my godmother came to the sanctuary chamber to look for me. I was extremely nervous. I was afraid of not being able to play the maracas and looking ridiculous. But it was too late. I walked out of the sanctuary next to her. Suddenly, we started playing the maracas with grand effervescence. I felt a spontaneous intensity. I was suddenly caught by an enormous force that the limits of my body could barely handle. That is how enormous it was. As the first chant ended, I felt incredibly proud of myself, I felt so fulfilled... finally, for the first time I felt myself invaded with bliss. After all those long uncomfortable moments of seclusion, I was gladly surprised and impressed about my first performance in front of the audience. I totally abandoned myself to the experience. Francisca pointed out to me: «you had a great beginning. You sure can play those maracas!»

During the second chant, I continued playing the maracas with the same effervescence. This time it was almost too long, to the point that my wrists started hurting. But the music was so incredibly absorbing that I couldn't make myself stop. Suddenly, my initiators starting spitting rum in the back of my neck (a local technique to induce possession). They wanted me to absolutely fall (in possession trance). But I was still aware. The people behind me though, were getting possessed one by one. It was very intense! Little

after that, I lost it too! The music caught me. I couldn't stop shaking the maracas towards the ground, like the other people entranced often do. I did this gesture repeatedly without really knowing why. At the end of this music sequence, I felt extenuated and with a strange sensation of vacuity. Just like the other possessed say: «I felt as if I was out of this world». My memories of this moment remain vague.

Trance self-induction through the Garifuna sacred instruments was by far one of the most rewarding experiences I lived during the entire initiatory process. After playing the rattles I felt incredibly empowered. It was like a renaissance, as if I had achieved something very grandiose. And above all, my experience seemed to perfectly fit to what *Dugu* experts expect from the new initiated. Throughout the ceremony I experienced different states of consciousness and odd bodily sensations. From feeling completely absorbed during the intense rattling, I went to a sort of depersonalization state afterwards. I had perceptual alterations of my own physical body and the world surrounding me seemed like a vivid dream. I also felt brutal shifts of moods and emotions. For instance, I went from feeling euphoric, to feeling somewhat hypnotized and sometimes very depressed and extremely extenuated. My initiators had no doubt about my personal experience, to them, I was possessed. In parallel with Rudolf Otto's interpretation of numinous experiences (1917), undoubtedly, possession and trance seem to manifest themselves across a vast phenomenological spectrum, from experiences of calm and bliss to frenzied attacks.

The question now, is how to validate my introspective data as genuine ethnographic data? How much can my claims really represent, beyond my personal or social biases? Skepticism about knowledge claims has led many ethnographers to build into their accounts an important amount of reflexivity. Reflexivity should ideally open a dialogue with readers about the worth of the ethnographer's interpretations and explanations (LICHTERMAN 2017). For Pierre Bourdieu, the task of reflexivity is centrally about scouting out common-sense assumptions, the doxa induced by power relations which distort the sociologist's ability to demystify domination (BOURDIEU, WACQUANT 1992).

According to Schmidt and Huskinson (2010):

Unless one is able to 'go native' and interpret spirit possession and trance from an insider's perspective, one is forced to rely on observable data-such as body movements and perceived changes in personality -and on subjective accounts of those who were possessed or in trance. Both sources of information are unreliable and highly speculative.

Since I did indeed was given the opportunity to understand spirit possession and trance from the insider's point of view, I decided to first interpret my own experience through the eyes of my hosts. In fact, my entire training in spirit possession, depended mostly on the comments and reactions of my initiators to my experience. This is how I found out what possession truly meant to local religious experts, bodily and psychologically speaking. Although the ethnographer's experience is most likely to be very different because of cultural ontologies, it has to show nonetheless a sufficient set of stereotypical elements that will make religious authorities acknowledge and legitimate the experience of possession shared by a category of individuals, namely the initiates. Classic anthropological methods such as full participation, observation, and interviews with people certainly complement the ethnographic reflexivity. In fact, full participation naturally engenders an ethnographic reflexivity of experiences. It also relies on a series of "technologies of the self" as Foucault once stated (1994). All observation is perforce self-observation (CLEGG 2013).

In the same vein, Marcus and Fischer (1958: 45-76) have taken the area of the self and the expression of emotions as one of the areas in which experimental ethnographies have been most effective in developing ways of writing that transcend conventional reporting techniques. The authors suggest that «focusing on the person, the self, and the emotions – all topics difficult to probe in traditional frameworks – is a way of getting to the level at which cultural differences are most deeply rooted: in feelings and in complex indigenous reflections about the nature of persons and social relationships» (*ibid.*: 46). However, researching selves is for the self to be not just a central character in the society being researched but the principal character, so that the ethnographer is his or her own key informant (AULL DAVIS 2002). In this process of interaction between ethnographer as self and ethnographer as other, social knowledge of general interest and significance may be successfully produced.

Moreover, full acceptance of the social position that is assigned to the ethnographer by his or her hosts is essential in order to comprehend exegetic elements. In my own personal experience, I was mostly seen as a "foreign" candidate for possession by the religious community. Evidently, coming from the same country and revealing African ancestral roots in my family background through mediumistic consultations – though challenging – was absolutely determinant for the legitimacy of my candidacy. However, I was still seen mainly as an outsider, simply because I am not Garifuna, but rather *Mestiza*. Nevertheless, my case remained still somewhat ambiguous

since I became fully engaged in a spiritual practice that the Garifuna habitually protect and rarely share outside of their ethnic group. This illustrates eloquently the relational game in which the ethnographer is susceptible to be caught into. Through auto-reflexivity I could consider the different social positions with ongoing communication between ethnographer and the people researched.

As I narrated it throughout this essay, my incredulity and my role as an ethnographer impeded me on many occasions to fully give myself into the experience. My westernized conceptions of the self, of the etiology of inner conflicts, and the notion of healing were difficult to juxtapose to local cultural ontologies. While initiation in this context is expected to cause a communal healing (e.g., the neophyte, family, and ancestors), I lived the whole experience from the individualistic point of view. Concepts of sociocentric and cosmocentric selves are found in many non-Western traditional healing systems such as shamanism and spirit mediumship (KIRMAYER 2007), which do not aim to actualize one's unique inner attributes or personality, as in the case of Western psychotherapy. Rather, the aim of these traditional forms of healing focus on guiding individuals to live in harmony with other people, nonhuman entities, and the environment in general.

Functioning Garifuna spirit mediums generally are described – and present themselves – as free from all the distress and illness after initiation. In my journey, I was not able to account for such an immediate relief. This does not mean that previous troubles cannot recur or that new forms of misfortune cannot develop after becoming a local medium. Indeed, as Peters (1982) suggests «for the fully initiated shaman, “therapy” never ends. His initiations and healing rituals are his continuous therapy, functionally similar to the therapeutic benefit a therapist derives from the psychotherapy he performs» (p. 38). Similarly, Garifuna mediums' healing transformation does not happen all at once but is an evolutionary process that occurs over time and may continue long after initiation (see CSORDAS, 1994). Thus, the medium's spiritual transformation may be a lifelong process without predetermined or specific outcomes.

Ethnographers are in a good position to produce interpretive explanation of their hosts' everyday action. Ethnographic observation potentially offers an accurate view of the meanings of action *in situ*. The ethnographer's relations with the researched constitute the royal route to interpretively valid meanings. To seize those meanings, ethnographers are willing to take risks with the researched, and their reflexivity can help make that risk-taking

more transparent to readers (LICHTERMAN 2017). In this way, ethnographic research can be viewed as an attempt to solve a problem of communication (DEWEY 1922, 1927). In other words, the ethnographer must learn how to communicate with the researched to maintain an acceptable and pertinent presence in the field before any scholarly data can be produced. I believe ethnographers should communicate to their readers their experience to learn from their inevitable cluelessness. Interpretive reflexivity takes the researcher's difficulties of communication as pertinent facts in themselves since this method seems to work better with a poetics of misunderstanding. I realize now that my whole experience of learning to feel possessed was embedded not only on the privileged ethnographic positionality I was given by my hosts, but also on the acceptance of my constant skepticism and never-ending perplexity.

Notes

⁽¹⁾ The Garifuna originated in the Caribbean island of Saint-Vincent during the 17th century. In 1797, they were forced to leave their homeland by the British Crown to the Atlantic Coast of Central America, where they now live in scattered villages in countries like Honduras, Belize, Guatemala, Nicaragua, and more recently the United States.

⁽²⁾ Within the Dugu pantheon, next to *Bungiu* (the supreme god) stand the *gubida* and the *hiuruha*: the disembodied souls of the ancestors. In practice, the *gubida* constitute the spirits of the more recently deceased ancestors who have material needs and demands, and who may also afflict humans when not commemorated. The *hiuruha* are "higher" spirits who are the aids and spiritual guides to *buyeis* (the local mediums and Dugu priests).

⁽³⁾ See Halloy, Karestetzi, Karen McCarthy and others that have done research on Afro Atlantic Religions.

⁽⁴⁾ This is particularly true for the most known Afro-Atlantic religions. Since the very beginning of the nineteenth century, many if not most anthropologists of these religions are very likely to get involved one way or another in liturgical matters. For instance, let's mention some of the founders of Afro-Brazilian studies ritually committed: Edison Carneiro, Ruth Landes, Pierre 'Fatumbi' Verger, Roger Bastide, and Juana Elbein dos Santos. However, being less known to anthropologists and being less open to the public eye, it is still rare even today, to get initiated in the Garifuna Dugu as a foreigner. I shall come back to this point.

⁽⁵⁾ See especially Edith TURNER, *The Reality of Spirits*, "Shamanism", Vol. 10(1), <https://www.shamanism.org/articles/article02.html>; cfr. Edith TURNER, *The Reality of Spirits*, "Re-Vision", Vol. 15(1) 1992: 28-32; also critiquing ethnocentric Western readings in TURNER E. et al., *Experiencing Ritual. A New Interpretation of African Healing*, University

of Pennsylvania Press, Philadelphia 1992; advocating entering indigenous experience in *The Anthropology of Experience. The Way to Teach Religion and Healing*, pp. 193-205 in BARNES L.L., Talamantez I. (eds.), *Teaching Religion and Healing*, Oxford University Press, Oxford 2006; more view them as simply *psychologically* real to the patient: Michael SINGLETON, *Spirits and 'Spiritual Direction': The Pastoral Counselling of the Possessed*, pp. 471-478, spec. 477, in FASHOLÉ-LUKE E., GRAY R., HASTINGS A., TASIE G. (eds.), *Christianity in Independent Africa*, Indiana University Press, Bloomington 1978.

⁽⁶⁾ In comparison with mainstream Afro-Atlantic religions namely, Candomblé and Santería, Dugu's religious devotees are not habituated to welcome new members outside of their ethnic group.

⁽⁷⁾ However, it must be said here that it does not suffice to be interested in *Dugu* to draw that conclusion. My personal and ethnographical efforts seemed to play a preponderant role on my hosts' deduction. My eagerness and previous knowledge about their traditional religion was also fundamental in order for them to believe that my intentions were far from superficial.

⁽⁸⁾ Dugu adepts often refer to spirits with the vernacular terms of people (*gente*), *viejos* (the *old ones*), your family (*los tuyos/banigu*), which indicates the humanlike ontological condition of the latter.

⁽⁹⁾ Firth, foreword to *Spirit Mediumship* (mentioning his own astonishment).

⁽¹⁰⁾ E.g., Bert KAPLAN, Dale JOHNSON, *The Social Meaning of Navajo Psychopathology and Psychotherapy*, pp. 203-229, spec. 203, in KIEV A. (ed.), *Magic, Faith and Healing: Studies in Primitive Psychiatry Today*, Free Press, New York 1964.

⁽¹¹⁾ *Degree of acculturation: Larry PETERS, Ecstasy and Healing in Nepal An Ethnopsychiatric Study of Tamang Shamanism*, State Mutual Book & Periodical Service, New York 1999, pp. 11-16, 46-47, 50; Lisa L. FREY, Gargi ROYSIRCAR, *Effects of Acculturation and Worldview for White American, South American, South Asian, and Southeast Asian Students*, "International Journal for the Advancement of Counselling", Vol. 26(3) 2004: pp. 229-248, citing a large number of other studies for lack of suggestibility; see cases in Murray LAST, *Spirit Possession as Therapy Bon among Non-Muslims in Nigeria*, pp. 49-63, spec. pp. 52-53, in LEWIS M., AL-SAFI A., HURREIZ S. (eds.), *Women's Medicine: The Zar-Bori Cult in Africa and Beyond*, Edinburgh University Press, Edinburgh 1991.

⁽¹²⁾ See Pierre BOURDIEU in *Language and Symbolic Power*, Harvard University Press, Cambridge (MA) 1991.

⁽¹³⁾ From the emic perspective, it is believed that spirits seize humans by their shoulders.

⁽¹⁴⁾ E.E. EVANS-PRITCHARD, *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford University Press, Oxford/New York 1976, pp. 244-245.

⁽¹⁵⁾ *Ibid.*, p. 243.

⁽¹⁶⁾ The *maracas* are iconic instruments in Dugu, played exclusively by *buyeis*. Like drums, they are used as sacred possession-trance induction tools.

Bibliography

- AULL DAVIES C. (2002), *Reflexive Ethnography. A Guide to Researching Selves and Others*, Routledge, London/New York.
- BODDY J. (1988), *Spirits and Selves in Norther Sudan: The Cultural Therapeutics of Possession and Trance*, "American Ethnologist", Vol. 15(1): 4-27.
- BOURGUIGNON E. (1973), *Introduction: A Framework for the Comparative Study of Altered States of Consciousness*, pp. 165-196 in BOURGUIGNON E. (ed.), *Religion, Altered States of Consciousness and Social Change*, Ohio State University Press, Columbus.
- BROWN K. (1991[2018]), *A Vodou Priestess in Brooklyn*, University of California Press, Berkeley.
- CLEGG J.W. (2013), *Developing an Adequate Theory of Self-Observation*, pp. 3-24 in CLEGG J.W., *The Social Sciences*, Transaction, New Brunswick/London.
- CSCORDAS T. (1993), *Somatic Modes of Attention*, "Cultural Anthropology", Vol. 8(2): 135-156.
- DUNHAM K. (1969), *Island Possessed*, University of Chicago Press, Chicago.
- EVANS-PRITCHARD E.E. (1976), *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Oxford University Press, New York.
- FAVRET-SAADA J. (1980), *Deadly Words, Witchcraft in the Bocage*, Cambridge University Press, Cambridge.
- FAVRET-SAADA J. (2012), *Being Affected*, "HAU: Journal of Ethnographic Theory", Vol. 2(1): 435-445.
- FIRTH R. (1967), *Introduction*, pp. 15-16 in MALINOWSKI B., *A Diary in the Strict Sense of Term*, Routledge & Kegan Paul, London.
- FOUCAULT M. (1994), *Tome IV: 1980-1988*, in *Dits et Ecrits (1954-1988)*, édition publiée sous la direction de Daniel Defert et François Ewald avec la collaboration de Jacques Lagrange, Collection Bibliothèque des Sciences humaines, Gallimard, Paris.
- HALLOY A. (2012), *Gods in the Flesh: Learning Emotions in the Xangô Possession Cult (Brazil)*, "Ethnos. Journal of Anthropology", Vol. 77(2): 177-202.
- HALLOY A. (2013), *Percibir la Presencia de los Dioses. La Danza de Posesión en un Culto Afro-Brasileño*, "Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad", Vol. 4(10): 30-47.
- HALLOY A. (2012), *Full Participation and Ethnographic Reflexivity: An Afro-Brazilian Case Study*, "Journal for the Study of Religious Experience", Vol. 2(1): 7-24.
- IGREJA V. (2018), *Spirit Possession*, pp. 1-10 in *The International Encyclopedia of Anthropology*, John Wiley & Sons, London.
- JOHNSON P.C. (2016), *Scholars Possessed! On Writing Africana Religions with the Left Hand*, "Journal of Africana Religions", Vol. 4(2): 154-185.
- KIRMAYER L. (1994), *Pacing the Void: Social and Cultural Dimensions of Dissociation*, Chapter 5 [pp. 91-122] in SPIEGEL D. (ed.), *Dissociation: Culture, Mind and Body*, American Psychiatric Press, Washington.
- KIRMAYER L. (2007), *Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person*, "Transcultural Psychiatry", Vol. 44(2): 232-57.
- KIRMAYER L., BOON-OOI L. (2020), *Dang-ki Healing: An Embodied Relational Healing Practice in Singapore*, "Transcultural Psychiatry", Vol. 57(6): 786-800.

- LAMBECK M. (1981), *Human Spirits: A Cultural Account of Trance in Mayotte*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LEIRIS M. (1980), *Préface*, in Rouget G., *La musique et la Trance*, Gallimard, Paris.
- LICHTERMAN P. (2017), *Interpretive Reflexivity in Ethnography*, "Ethnography", Vol. 18(1): 35-45.
- SCHMIDT E., HUSKINSON L. (2010), *Spirit Possession and Trance. New Interdisciplinary Perspectives*, Continuum, London.
- SELIGMAN R. (2014), *Possessing Spirits and Healing Selves. Embodiment and Transformation in an Afro-Brazilian Religion*, Palgrave Macmillan, London.
- SEVERI C. (2015), *The Chimera Principle. An Anthropology of Memory and Imagination*, Hau Books, Chicago.
- STOLLER P. (1995), *Embodying Colonial Memories: Spirit Possession, Power, and the Hauka in West Africa*, Routledge New York.
- STRATHERN M. (1988), *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*, University of California Press, Berkeley.
- WACQUANT L. (2002), *Corpo e Alma. Notas etnográficas de um aprendiz de boxe*, Relume Dumara, Rio de Janeiro.

Scheda sull'Autrice

Marcela Perdomo è nata a Valle de Angeles (Honduras) nel 1980. È borsista di post-dottorato e docente presso il Dipartimento di Studi Religiosi dell'Università di Pittsburgh, Pennsylvania. Nel 2019, ha ricevuto il suo dottorato in etnologia e antropologia sociale presso l'EHESS di Parigi, Francia (Tutor: Carlo Severi). È stata docente e ricercatrice presso l'Universidad Autónoma de Honduras e l'Universidad Tecnológica Centroamericana di Tegucigalpa. I suoi interessi di ricerca includono l'antropologia delle società della diaspora africana nei Caraibi e in America Latina, l'antropologia delle religioni afro-atlantiche, la possessione spirituale, la coscienza storica, l'etnia e la razza e la riflessività etnografica. All'Università di Pittsburgh ha tenuto i corsi "Religione e razza", "Dal Vodou alla Santeria, le religioni della diaspora dell'Africa occidentale" e "Guarigione, sciamanesimo e possessione degli spiriti". Il suo libro *Healing the Dead. Memory and Spirit Possession in the Garifuna Dugu of Honduras* sarà pubblicato dalla serie "Afro-Latin America", Cambridge University Press, Harvard University. Attualmente è membro della Association for the Study of the Global African Diaspora (ASWAD).

Resumen

¿Yo, poseída? Interpretar la posesión espiritual a través de la reflexividad etnográfica. Un estudio de caso Afro-hondureño

Este artículo explora las condiciones de producción de conocimiento etnográfico durante mi trabajo de campo sobre la posesión de espíritus en el *Dugu*, la religión practicada por los Garífunas, una comunidad afro-amerindia del norte de Honduras. Basándome en mi viaje de novata a potencial sacerdotisa, pero también de etnógrafa a

antropóloga, argumentaré la validez de poner mi propio cuerpo y subjetividad a favor de la observación participante como una poderosa herramienta etnográfica para abordar este fenómeno. El tipo de investigación antropológica que defiendo en este trabajo no es ni una perspectiva religiosa estrictamente nativa, ni un frío análisis científico distante. Por el contrario, prestaré mucha atención a la interacción entre la práctica de la posesión de espíritus de los Garífunas y mi propia experiencia de posesión tal y como la interpretaron mis anfitriones. Mi intención aquí es mostrar que mi participación personal en una religión basada en la posesión funcionó como un mediador del significado de fenómenos difíciles de captar únicamente desde una perspectiva intelectual y externa.

Palabras claves: posesión de espíritus, reflexividad etnográfica, iniciación, Garífunas, Honduras

Résumé

Moi possédée? Comprendre la possession spirituelle à travers la réflexivité ethnographique. Une étude d'un cas Afro-hondurien

Cet article explore les conditions de la production du savoir ethnographique au cours de mon travail de terrain sur la possession spirituelle dans le *Dugu*, la religion pratiquée par les Garifunas, une communauté afro-amérindienne du nord du Honduras. En m'appuyant sur mon parcours de novice à prêtresse potentielle, mais aussi d'ethnologue à anthropologue, je soutiendrai la validité de la mise en exposition de mon propre corps et de ma subjectivité en faveur de l'observation participante comme outil ethnographique puissant pour aborder ce phénomène. Le type d'investigation anthropologique que je défends dans cet article n'est ni une perspective religieuse strictement indigène, ni une analyse scientifique froide et distante. Au contraire, j'accorderai une attention particulière à l'interaction entre la pratique de la possession par les esprits chez les Garifunas et ma propre expérience de la possession telle qu'elle a été interprétée par mes hôtes. Mon intention ici est de montrer que mon implication personnelle dans une religion basée sur la possession a fonctionné comme un médiateur de sens pour des phénomènes difficiles à saisir uniquement d'un point de vue intellectuel et extérieur.

Mots-clés: possession d'esprit, réflexivité ethnographique, initiation, Garifunas, Honduras

Abstract

Me Possessed? Interpreting Spirit Possession Through Ethnographic Reflexivity. An Afro-Honduran Case Study

This Article explores the conditions of ethnographical knowledge production during my fieldwork on spirit possession in *Dugu*, the religion practiced by the Garifuna, an

Afro-Amerindian community of northern Honduras. Drawing on my journey from novice to potential priestess, but also from an ethnographer to anthropologist, I will argue the validity of putting my own body and subjectivity in favor of full participation as a powerful ethnographical tool to approach this phenomenon. The kind of anthropological investigation that I defend in this paper is neither a strictly native religious perspective, neither a cold distant scientific analysis. Instead, I will give close attention to the interplay of the Garifuna's practice of spirit possession and my own experience of possession as it was interpreted by my hosts. My intention here, is to show that my personal involvement in a possession-based religion worked as a meaning mediator to phenomena difficult to grasp solely from an intellectual and outsider's perspective.

Keywords: spirit possession, ethnographic reflexivity, initiation, Garifuna, Honduras

È possibile migliorare i dormitori?

*Note dall'accoglienza "a bassa soglia"
durante l'emergenza pandemica*

Silvia Stefani

Università degli Studi di Torino
[silvia.stefani@unito.it]

Abstract

Can the Shelters Be Improved? Notes from "Low-Threshold" Services During the Pandemic Emergency

The article explores the pandemic impact on low-threshold services for homeless people in Turin. On one hand, in a frame of biolegitimacy, the pandemic enabled process of recognition of homeless people's needs and opened spaces for testing new management style of shelters. On the other hand, it highlighted the limits of these experimentations, due to the othering function of shelters and to the power distribution inside them.

Keywords: homeless people, shelters, Covid-19, biolegitimacy, Turin

Aprile 2021. Mi collego a una riunione online di coordinamento dei dormitori pubblici torinesi. C'è chi partecipa dall'ufficio con la mascherina, chi è all'aperto, io sono nella mia camera divenuta anche studio. Operatori delle cooperative e funzionari dell'ufficio pubblico che coordina i servizi di accoglienza dell'area *homelessness* – il Servizio Adulti in Difficoltà (SAD) – si confrontano sulla gestione della quotidianità nei dormitori. Una parte della riunione è dedicata alla presentazione dei risultati di una ricerca condotta nel sistema di servizi da una collega sociologa¹. La restituzione si concentra sulle strutture e l'organizzazione dei dormitori, punti chiave dell'accoglienza considerata a "bassa soglia". Da anni, gli attori del sistema torinese si interrogano rispetto all'organizzazione dei servizi, sollecitati dalle riflessioni sorte dalla diffusione del paradigma dell'Housing First (HF)², che propone di rispondere alla questione dell'*homelessness* partendo dalla ricollocazione della persona in un alloggio, in netto contrasto con il

tradizionale “approccio a gradini” – o *staircase approach* – basato sul passaggio in diverse strutture a soglia crescente che dovrebbero allenare la “capacità di abitare” della persona per prepararla all’ingresso in casa. A fine presentazione, diversi partecipanti condividono commenti e riflessioni. Un funzionario del servizio pubblico pone una domanda che attira la mia attenzione: «Alla luce di quanto ci hai detto, non è che ci stiamo accanendo su un malato terminale? Ha senso continuare ad accanirsi così sui dormitori?»³. Con questa metafora intendeva spendere energie economiche, umane e creative nel mantenere in funzione i dormitori e nel migliorarne gli aspetti critici.

Dal 2012, la diffusione in Italia del “terremoto HF” – come lo ha definito un’operatrice del SAD – ha messo in discussione gli assunti del precedente sistema di gestione delle persone senza casa che si rivolgono ai servizi sociali. Il principio tanto semplice quanto radicale che la casa sia un diritto e un bene essenziale, alla base dell’HF, ha messo in luce quanto invece il sistema “a gradini” concepisca la casa come qualcosa da “meritarsi” tramite un percorso lungo e faticoso in cui si viene continuamente messi alla prova, giudicati e valutati (SAHLIN 2005; PORCELLANA 2016). Alla luce di queste riflessioni circolanti a livello internazionale e nazionale, dal 2018 la Città di Torino ha creato un servizio di HF, che attualmente comprende cinquanta posti. Il “terremoto” ha inoltre accresciuto la consapevolezza dei professionisti dell’accoglienza rispetto al ruolo di potere e asimmetria detenuto nei confronti dell’utenza⁴.

È dunque in corso una transizione, sebbene proceda a un ritmo lento se consideriamo la distanza tra gli avanzamenti teorici delle sperimentazioni e i risultati conseguiti a livello di politiche (TOSI 2017). In essa è evidente il ruolo di crescente importanza dell’HF e, più in generale, di risposte basate su una dimensione abitativa, ma non è chiara invece la direzione di evoluzione futura dei dormitori. Sono un servizio imprescindibile⁵ o un “malato terminale verso cui ci stiamo accanendo”? Sono da migliorare? È possibile migliorare i dormitori? Alla luce di tali interrogativi, questo articolo intende offrire alcune riflessioni, radicate nell’osservazione empirica delle trasformazioni avvenute nei dormitori pubblici della città, per riflettere sui limiti intrinseci di questi servizi. La pandemia di Covid-19 ha attraversato queste strutture operando al loro interno trasformazioni sia temporanee sia permanenti. In quanto crisi, ha aperto alcuni spazi di sospensione di regolamenti e ruoli, dando vita a “brecce” trasformative che illuminano alcune caratteristiche dei dormitori.

L'articolo è organizzato come segue: nel prossimo paragrafo, collocherò questo contributo nella cornice dell'antropologia del welfare, presentando la metodologia di ricerca e il mio posizionamento sul campo. Successivamente, evidenzierò alcune criticità strutturali dei dormitori già analizzate nella letteratura scientifica, tra cui le relazioni di potere interne che li attraversano e l'effetto di alterizzazione dell'utenza. Nella seconda parte dell'articolo discuterò due livelli di trasformazione innescati dalla pandemia: il caso studio di uno specifico dormitorio, scenario di un esperimento unico di "immaginazione operativa" nel panorama torinese; e i mutamenti organizzativi avvenute nell'intero sistema di dormitori pubblici, che saranno analizzati in relazione al concetto di "biolegittimità" (FASSIN 2019). Queste dimensioni trasformative hanno modificato nei dormitori alcuni dei nodi critici citati. Per questo motivo, i risultati di tali "esperimenti non programmati" offrono utile materiale di riflessione per chi si interroga sul futuro di questi servizi.

Fare antropologia nei servizi di welfare

Questo articolo si inserisce nella cornice teorica dell'antropologia del welfare⁶ (SHORE, WRIGHT 1997; EDGAR, RUSSEL 2005; WEDEL *et al.* 2005; TARABUSI 2010), che in Italia sta raccogliendo un crescente interesse. In essa confluiscono riflessioni nate in ambiti da più tempo oggetto di riflessione antropologica, come la cooperazione allo sviluppo, lo Stato, le migrazioni. Si tratta di un campo interdisciplinare, in cui è frequente il confronto con altri saperi – in primis la sociologia – che da tempo si occupano di welfare, in un dialogo che vede apporti specifici da parte dell'antropologia. Tra questi, un'attitudine profondamente decostruttiva volta a denaturalizzare gli assunti alla base del welfare e delle sue declinazioni concrete, un approccio olistico nello studio dei fenomeni sociali, la capacità di costruire letture polifoniche della realtà sociale, in cui articolare i diversi punti di vista degli attori coinvolti.

L'approccio etnografico costituisce una delle cifre distintive dell'antropologia: quando applicato alla realtà quotidiana dei servizi – laddove le politiche si traducono in spazi materiali, norme di organizzazione quotidiana del tempo, relazioni tra gruppi di persone con ruoli assegnati – può mettere in luce elementi dei servizi sociali che rimangono altrimenti opachi. Non solo i servizi concreti possono essere osservati "alla lente dell'etnografia" (DUBOIS 2009), ma anche la loro definizione a livello locale, regionale,

nazionale, europeo, l'azione che potremmo chiamare di *policymaking*. Considerando le *policy* come «politiche pubbliche, in quell'insieme vasto ed eterogeneo di azioni, provvedimenti e decisioni correlate a un problema collettivo, messe in atto da soggetti di carattere pubblico e privato» (SHORE, WRIGHT 1997: 6), esse possono essere analizzate come “fenomeni antropologici” che codificano norme sociali, immaginari e valori, rappresentazioni di famiglia, genere, legalità, vita collettiva. La costruzione di queste *policy*, lungi dall'essere qualcosa di astratto o lineare, può essere osservata come un processo nel suo farsi, restituendo centralità ai soggetti che lo agiscono, alle relazioni e alle frizioni tra diversi attori, agli elementi contestuali e agli eventi che lo influenzano (TARABUSI 2016).

Con tale cornice di riferimento, questo contributo non si concentra tanto sulle persone in condizione di precarietà abitativa, che vivono in strada, nei dormitori o in sistemazioni provvisorie, e che quando si rivolgono ai servizi sociali vengono classificati – e in parte “costruiti” – come “persone senza dimora”. Il tentativo proposto è piuttosto un'analisi dei servizi, dei regolamenti e della traduzione in pratica a livello locale delle politiche che si rivolgono a queste persone, incaricandosi di definirle, trattarle, sostenerle e controllarle al tempo stesso. Quando non si sottrae dallo sperimentarsi al di là dei confini tradizionali dell'antropologia, la ricerca sui servizi di welfare spesso si traduce in rapporti di lungo periodo con gli enti e le organizzazioni implicate e in un susseguirsi di progetti, azioni, ricerche in cui vengono adottati una pluralità di metodi e posizionamenti diversi. Nel mio caso ha voluto dire partecipare attivamente prima alla creazione di un laboratorio permanente sperimentale sul territorio torinese (STEFANI 2016; PORCELLANA 2019) e, in seguito, a un percorso – tutt'ora in andamento – di riorientamento partecipativo del sistema di servizi pubblici di contrasto all'*homelessness* che ha coinvolto *policymaker*, funzionari pubblici, operatori, utenti⁷. La mia stessa permanenza sul “campo”, dunque, si avvicina alla pratica dell'antropologia applicata, in quanto è vincolata e legittimata dall'aspettativa che gli attori del campo hanno verso di me in quanto soggetto che “agisce” e partecipa alla riproduzione stessa dei servizi, a partire da un sapere che si fa applicato e che introduce l'importanza della ricerca nella quotidianità del lavoro sociale.

Questa implicazione sul campo non è esente dai rischi connessi con il lavoro “su committenza” (DECLICH 2012) o ai dilemmi etici e di responsabilità della ricerca applicata (PALMISANO 2014; BISCALDI 2016). Al tempo stesso, il mio posizionamento è quello di un attore “insolito”, una presenza difficilmente circoscrivibile ai ruoli esistenti nel sistema di servizi. Come ha

evidenziato Powell (2015), questo fatto mi ha permesso di «attraversare e complicare i confini esistenti: collaborare, discutere, lottare, negoziare, navigare e tradurre a pubblici dinamici», lavorando nel mezzo delle collaborazioni, tra le diverse relazioni che sono alla base dei servizi, secondo Ota de Leonardis (2001). È questo anche un modo per lavorare “al fianco” delle persone coinvolte nel lavoro sociale: ho sempre cercato di immaginare cosa implicasse la traduzione operativa di un’analisi critica e di porre il sapere antropologico come uno strumento per il cambiamento e il ripensamento dei servizi.

Anche questo articolo va in questa direzione e nasce dalle osservazioni che ho svolto all’emergere della pandemia. L’emergenza sanitaria ha trasformato la mia partecipazione nel campo di ricerca considerato: soprattutto durante la prima fase di pandemia nel 2020, è venuta meno per me la possibilità di incontrare direttamente le persone, frequentare i servizi di accoglienza e gli uffici comunali. Al tempo stesso, si sono aperti spazi che prima avevo visitato solo occasionalmente, come le riunioni di coordinamento dei servizi pubblici “di bassa soglia”, che durante la prima fase della pandemia si sono svolte online a cadenza settimanale. Questo articolo si basa dunque su dati eterogenei, raccolti tramite l’osservazione partecipante durante le suddette riunioni online, le telefonate, i messaggi e gli scambi informali con i singoli attori di questo sistema, basati sui rapporti di fiducia costruiti negli anni di lavoro *a fianco*, e 19 interviste qualitative svolte al telefono con operatori e operatrici che stavano lavorando nei dormitori e nei servizi di Housing First⁸. Un elemento quasi totalmente assente è stato il confronto con chi in quei servizi ha vissuto l’inizio della pandemia: ho raccolto il punto di vista di un solo utente dei servizi – Sergio⁹ – attraverso un tablet fornito dagli operatori, in una stanza del dormitorio in cui in quel momento lui, gli altri utenti del servizio e gli operatori stavano convivendo in una vicinanza forzata. Questo è il limite principale del lavoro svolto e ulteriori sviluppi di ricerca beneficerebbero senz’altro di un coinvolgimento riflessivo degli stessi utenti dei dormitori.

In questo articolo mi concentrerò unicamente sui dormitori pubblici, sebbene la rete di accoglienza torinese sia molto più articolata e l’analisi di quanto avvenuto in quest’ambito di welfare durante la pandemia richiederebbe un respiro maggiore¹⁰. Gestiti tramite gare d’appalto e concessioni da enti del terzo settore, gli otto dormitori pubblici esistenti vengono chiamati con il nome delle vie in cui si trovano, in ampia misura nelle periferie torinesi. Per la maggior parte, si tratta di strutture riconvertite (come ex-scuole) o prefabbricati. Ufficialmente definiti “Case di Ospita-

lità Notturna”, sono considerati di “bassa soglia”, nonostante per potervi accedere sia necessario rispondere ad alcuni criteri di base (come avere un permesso di soggiorno regolare) e iscriversi a lunghe liste di accesso.

Prima di entrare nel vivo dell’analisi, vorrei aggiungere due note legate al linguaggio che adotterò. Nei prossimi paragrafi parlerò spesso di “utenti” dei servizi, piuttosto che di “persone senza dimora”. Quest’ultima espressione è infatti una categoria operativa dei servizi, più che un gruppo sociale effettivamente esistente nella realtà sociale. Utilizzerò la dicitura “utenti dei dormitori”, in quanto il focus di analisi che propongo si concentra sul rapporto tra il *policymaking* locale, le strutture di accoglienza e il rapporto tra i gruppi che le attraversano, distinguibili tra operatori e utenti. Inoltre, nei report, nelle delibere comunali, nei bandi di gara e nella letteratura specialistica si parla spesso di “servizi di contrasto all’*homelessness*”. Sebbene abbia a mia volta utilizzato questo termine, oggi penso che sia più accurato parlare di “gestione dell’*homelessness*”. Anche i servizi più innovativi non cercano tanto di contrastare alla radice il fenomeno dell’*homelessness*, ma di dare una risposta a chi già vive questa condizione. Mirano a gestire questo fenomeno, considerato un problema, e i suoi effetti, anche quelli legati alle richieste dei cittadini di lotta al “degrado urbano”¹¹, che chi lavora nel sociale spesso vorrebbe non considerare come parte del proprio mandato (BARBAGLI 2013). Per diventare servizi di contrasto all’*homelessness*, essi dovrebbero rivendicare una possibilità di azione negli ambiti della vita sociale in cui si collocano le radici del fenomeno: dalla distribuzione del patrimonio abitativo alla legislazione del lavoro, dalle misure di redistribuzione del reddito all’organizzazione dei servizi sanitari.

I dormitori alla lente della pandemia

Sergio ha perso la casa pochi mesi prima dell’inizio della pandemia. È arrivato a Torino attirato dalla maggior presenza di servizi di accoglienza e dal desiderio di cambiare città per ricominciare. Nel corso dell’intervista, mi ha raccontato un episodio spiacevole accaduto poco prima dell’inizio dei contagi. Un gruppo di ragazzini del quartiere aveva fatto «un po’ di casino fuori dai cancelli del dormitorio». Si erano messi a urlare e tirare oggetti dentro il cortile, chiamando gli utenti della struttura “ubriachi” e “drogati”. «Sono cose che fanno male», mi ha detto Sergio «perché vuol dire che l’idea, la percezione che hanno *fuori*, nel quartiere... che hanno di qui, del dormitorio è che c’è gente del tutto persa».

Sergio è un “principiante dei dormitori” come ha voluto evidenziare. Forse proprio per questo nelle sue parole ricorrono alcuni elementi che sono sostanziali nell’esperienza della permanenza nella bassa soglia. Sergio parla dei “cittadini” e dei “torinesi”, come se non ne facesse parte, del quartiere come un “fuori” rispetto al “dentro” del dormitorio verso cui si concentrano pregiudizi e ostilità. La percezione di una divisione tra cittadinanza e utenti dell’accoglienza, tra il “fuori” della città e il “dentro” del dormitorio è un nodo centrale del trattamento che ricevono le persone che si rivolgono ai servizi di gestione dell’*homelessness*. Secondo Sabrina Tosi Cambini, questa rappresentazione dell’*homelessness* si rintraccia anche nel discorso pubblico, che «dicotomizza il mondo sociale in un noi/loro, dentro/fuori, mettendo in ombra [...] la generalizzazione del rischio e oscurando il peso delle politiche della casa»¹² (2009, p. 23). Se pure la gestione dell’*homelessness* in Italia sia estremamente eterogenea e frammentaria a livello locale¹³ (LANCIONE 2014; PORCELLANA 2018; CONSOLI, MEO 2021), alcuni elementi ricorrono sull’intero territorio italiano, tra cui quello che potremmo chiamare un effetto di “alterizzazione” che i dormitori producono attivamente sulle persone che ospitano.

Mary Douglas (1990) ci ricorda come il pensiero individuale sia strettamente intrecciato alle istituzioni sociali: le classificazioni stabilite al loro interno sono strumenti indispensabili per pensare noi stessi all’interno della società. Tra queste classificazioni possiamo includere l’etichetta di “persona senza dimora”, categoria operativa del welfare. È una categoria costruita per negazione, in cui rientrano le persone che decidono di rivolgersi ai servizi o che viene associata a chi, vivendo per strada, è più visibile agli occhi della collettività. Al suo interno confluiscono soggetti estremamente diversi in termini di età, genere, storia biografia, professione, aspirazioni, necessità (SCANDURRA 2012; TOSI 2017; MEO 2021). Le classificazioni utilizzate dai servizi non sono mai neutre, tramite processi ricorsivi plasmano e attingono al tempo stesso da specifiche rappresentazioni circolanti nella società. Sebbene le persone che si trovano in condizione di emergenza abitativa abbiano caratteristiche eterogenee, l’immaginario condiviso in Italia si attesta prevalentemente sulla figura «del senza dimora come uomo di mezza età, con problemi di salute mentale e possibili forme di dipendenza» (CONSOLI 2021: 236).

Questa classificazione operativa di “persona senza dimora” contribuisce a costruire questo gruppo sociale come “esterno” alla società a livello simbolico e concreto, in quanto orienta il sistema di servizi di accoglienza. Esso, infatti, pur avendo come fine dichiarato la reinclusione sociale dell’utenza,

mette in atto pratiche di alterizzazione che finiscono per esacerbare la divisione tra gli utenti del sistema di servizi e il resto della società (ROMANO 2018). Questo processo di alterizzazione inizia con l'accettazione da parte della persona dell'etichetta di "senza dimora" per poter beneficiare del sostegno. Secondo Porcellana (2018), entrare per la prima volta in un dormitorio costituisce un rito di passaggio che segna un cambiamento di status. Esso si realizza attraverso elementi materiali, che vanno a modellare l'esperienza della vita quotidiana dei soggetti e le risorse a disposizione. Accettare di far parte della categoria svalutante di "senza dimora" non è sufficiente: è necessario performare attivamente quel ruolo, iscrivendosi alle liste dei dormitori e frequentandoli, per poter beneficiare delle misure di sostegno cittadine (LEONARDI 2021). Questa prassi è volta a evitare frodi: per accedere alle liste agevolate di edilizia residenziale pubblica è necessario provare di essere senza casa. In questo caso, "provare" assume al tempo stesso più valenze: dimostrare di essere privi di alternative, disposti ad accettare le condizioni difficili imposte dal funzionamento dei dormitori, e, infine, «aderenti» – per usare un termine emico – alle richieste dei servizi¹⁴.

Le caratteristiche stesse dei servizi di accoglienza a bassa soglia contribuiscono a loro volta all'alterizzazione dell'utenza: è il caso, in particolare, dei dormitori. Insieme alla strada¹⁵, i dormitori sono stati tra i primi campi che l'antropologia ha esplorato per studiare la vita delle persone senza casa e del loro rapporto con le istituzioni¹⁶ (MARCUS 2003). Tra gli anni Ottanta e Novanta, negli Stati Uniti, è nato un filone di ricerca di ricerca sugli *shelter* ispirato all'opera di Ervin Goffman. Lavori come quello di Louisa Stark (1994) tra i dormitori di Phoenix e di Robert Desjarlais (1997) a Boston hanno prodotto analisi etnografiche di questi spazi alla luce della concezione di "istituzione totale" di Goffman (1961). Stark ha messo in luce come le regole dei dormitori ostacolassero gli utenti nel mantenere altri ruoli sociali: le famiglie venivano separate nelle strutture segregate per genere; gli orari di ingresso rigidi non erano compatibili con occupazioni lavorative serali. Desjarlais ha invece focalizzato l'attenzione sul rapporto tra i due gruppi di persone che "abitano" lo *shelter*: utenti e operatori, in una dicotomia che Goffman ha evidenziato come uno degli elementi distintivi di un'istituzione totale. In Italia, la ricerca etnografica e visuale di Giuseppe Scandurra in un dormitorio bolognese si ispira a questo filone di analisi. Secondo Scandurra è improprio definire il dormitorio un'istituzione totale, ma esso rimane comunque «uno di quei luoghi di adattamento e resistenza di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo, si trovano a dividere una situazione comune,

trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato» (2005, p. 49).

Anche i dormitori pubblici torinesi concorrono all'alterizzazione delle persone che accolgono tramite il loro funzionamento e condividono alcune delle criticità evidenziate dalle analisi ispirate alla teoria di Goffman. Alcune caratteristiche – dalla dislocazione nelle periferie cittadine, agli orari di ingresso e uscita – contribuiscono all'ulteriore diluizione dei rapporti sociali delle persone accolte, già messi a repentaglio dallo stigma dell'*homelessness*¹⁷. A questi elementi si aggiungono le peculiarità delle pratiche, dei tempi e degli spazi dell'accoglienza: la quotidianità dei soggetti è forzatamente rimodulate in base alla temporalità imposta dai servizi¹⁸ (ARAPOGLU *et al.* 2015); la città viene attraversata continuamente seguendo traiettorie diverse da quelle affrontate nella vita da "cittadini", secondo quello che Baroni e Petti hanno definito «isolamento [...] mediante la loro messa in circolazione dinamica» (2014, p. 24). Le pratiche del dormire, del lavarsi e del mangiare vengono riconfigurate: da momenti di intimità o relazione, di espressione culturale, manifestazione di gusti e desideri personali, diventano azioni vissute collettivamente, organizzate dalle regole di servizi a "bassa soglia", come mense, bagni pubblici e dormitori. Frequentare questi servizi di accoglienza contribuisce dunque a rendere le forme di vita delle persone prese in carico sempre più distanti e "altre" rispetto a quelle diffuse nel resto della collettività. L'esclusione che i servizi sociali sono teoricamente chiamati a contrastare diventa in parte un prodotto della loro stessa organizzazione: è anche frequentando i servizi a "bassa soglia" che le persone vivono un processo di avvicinamento alle caratteristiche associate nell'immaginario collettivo alla figura del "senza dimora". Con le parole di Sabrina Tosi Cambini, si può dire dunque che i dormitori rappresentino "spazi di espulsione" simbolicamente e realmente, in quanto «l'allontanamento simbolico produce l'allontanamento da quelle che sono le condizioni di vita riconosciute come diritti fondanti proprie del sistema-città» in cui questi si trovano (2010: 210).

Un'ulteriore criticità dei dormitori è costituita dalla dimensione di convivenza forzata con altre persone a cui si viene accumulati nella categoria di "senza dimora" e con il gruppo di operatori, che è nettamente distinto e messo nelle condizioni di gestire la difficile quotidianità della struttura. La convivenza in uno spazio ristretto di un ampio numero di adulti viene gestita dal gruppo dei professionisti e spesso lo spazio di negoziazione degli utenti rispetto alle regole di convivenza è nullo. Questo anche in ragione del fatto che, come già evidenziato da Scandurra (2005), difficilmente le

persone che condividono lo spazio in un dormitorio si percepiscono come una collettività capace di organizzarsi.

Durante la pandemia, proprio alcune tra queste caratteristiche dei dormitori sono state oggetto di cambiamento. Elementi da anni definiti come critici dagli utenti delle strutture e dagli stessi attori che lavorano nei servizi e negli uffici pubblici sono stati modificati per far fronte al rischio di contagio, aprendo così la strada a “esperimenti non programmati” che illuminano le potenzialità e i limiti del miglioramento dei dormitori.

Il dormitorio di via Cavallotti: sperimentare alleanze inedite

Durante le prime settimane di pandemia, Lara, un'operatrice di un dormitorio, mi ha scritto: «devi sapere cosa sta succedendo in Cavallotti». Cavallotti è un dormitorio prefabbricato collocato nella periferia sud della città, che ospita fino a un massimo di 24 persone, uomini e donne¹⁹. Il capitolato di servizio prevede la presenza di un educatore come coordinatore, mentre una percentuale degli altri operatori deve avere la qualifica oss (Operatore Socio-Sanitario) e un'ultima parte può non avere titolo di studio dedicato. A Cavallotti come in altri dormitori, accade che facciano parte di quest'ultimo gruppo persone con formazioni diverse, dalla psicologia alla sociologia. La cooperativa che ha gestito il dormitorio negli ultimi anni ha cercato di rendere più gradevole la struttura: nel 2018 alcuni *writer* hanno decorato il lungo corridoio che separa le stanze condivise da più utenti, nell'autunno del 2020, grazie a un progetto europeo, la facciata esterna è diventata un giardino verticale. Tuttavia, le criticità inerenti alla struttura prefabbricata del dormitorio permangono.

Incuriosita dalle parole di Lara, mi sono occupata personalmente delle interviste riguardanti Cavallotti, che hanno coinvolto quattro operatori ed operatrici, il coordinatore dell'équipe e Sergio, un utente del servizio. Era aprile 2020, le normative emanate a livello nazionale e regionale modificavano frequentemente la gestione quotidiana della pandemia. I dormitori si sono rivelati particolarmente esposti al rischio di contagio essendo strutture collettive, chiuse durante l'orario diurno e in cui, tra operatori e utenti, c'è un'ampia circolazione di persone. Come descriverò nel prossimo paragrafo, il SAD ha progressivamente modificato il funzionamento di questi servizi per limitare il rischio. Tra i vari cambiamenti, ha sospeso le rotazioni di utenti tra i dormitori, creando al loro interno dei gruppi relativamente stabili. Nonostante le azioni del SAD, in un primo frangente ogni

équipe ha adottato un proprio stile nell'affrontare la pandemia, alla luce di indicazioni provenienti dall'alto che sembravano lacunose.

Come anticipato, alla realtà del dormitorio partecipano due gruppi – operatori e utenti – che si muovono a una distanza ravvicinata, ma sono nettamente distinti per ruolo, potere decisionale e di azione. La distinzione netta tra chi gestisce e chi è gestito è una delle caratteristiche che più avvicinano il dormitorio all'analisi delle istituzioni totali elaborata da Goffman. Come nelle realtà indagate dal sociologo, in dormitorio è chiara la distinzione tra operatori e utenti, separati soprattutto dai ruoli reciproci. Gli operatori sovrintendono e organizzano quotidianamente la vita del dormitorio, osservano le persone e registrano informazioni, dati e impressioni che hanno un peso nei percorsi individuali dei soggetti, prendono quotidianamente decisioni – concordate con il SAD – rispetto a chi può beneficiare di un progetto, di un tirocinio o di una progressione nel percorso (LEONARDI 2019a), esercitando quella che in letteratura è stata chiamata “discrezionalità”²⁰ (LIPSKY 2010; DUBOIS 2018). Il potere quotidiano e discrezionale di cui gli operatori dispongono non sempre è messo a tema nei loro contesti di lavoro, spesso risulta opaco. Questa organizzazione crea condizioni particolarmente critiche per gli utenti, che subiscono la convivenza forzata con persone che non scelgono e la dipendenza dagli operatori – non di rado anagraficamente più giovani – rispetto a questioni di base relative alla vita quotidiana.

La pandemia ha introdotto una novità in questo campo relazionale asimmetrico: il pericolo di contagio. Anche di fronte a questo rischio operatori e utenti vivono una condizione diversa: gli operatori dispongono di abitazioni e contratti lavorativi che garantiscono forme di tutela della salute, seppur ridotte visto la precarietà contrattuale diffusa. Gli ospiti dei dormitori non hanno altre opzioni se non accettare l'accoglienza nelle strutture e le sue regole o rifiutarla. Al tempo stesso, mai come prima, la salute di questi due gruppi si è rivelata strettamente collegata. È diventato evidente come la salute dei singoli dipenda da quella degli altri, dai comportamenti adottati, ma anche dalle condizioni materiali a disposizione per proteggersi dal virus: un posto in cui stare, lo spazio per il distanziamento, i dispositivi di protezione. Questa situazione è stata sperimentata in molti contesti di fronte alla pandemia, ma nel dormitorio si è inserita in una realtà in cui convivono due gruppi nettamente distinti, il primo dei quali ha il mandato e il potere di gestire la quotidianità del secondo.

Di fronte all'emergenza pandemica, la risposta emersa dalla realtà di Cavallotti si è in parte differenziata da quella di altri dormitori. L'emergente percezione di interdipendenza ha permesso la nascita di un'inedita alleanza tra operatori e utenti. Come ha commentato Giorgio, collega di Lara: «A Cavallotti si sono fatte una serie di cose quasi spontanee, partite da noi operatori. Sembravano saltati gli schemi, è stato quasi tutto delegato a chi era sul campo, con i limiti del caso». Nell'iniziale percezione di carenza di direttive dalla committenza, l'*équipe* di Cavallotti ha improvvisato scegliendo una direzione insolita: secondo le parole di Bruna, operatrice, coinvolgendo il gruppo di utenti nel pensare a come mettere il dormitorio in sicurezza. Sono state organizzate riunioni in cortile, in cui i Dpcm venivano letti e compresi insieme agli utenti, per cercare insieme delle soluzioni operative.

Il 24 marzo, percependo il rischio costituito dai dormitori in quanto strutture collettive, il SAD ha esteso il loro funzionamento da 12 a 20 ore. Nelle quattro ore restanti, gli utenti dei dormitori circolavano per Torino sui mezzi vuoti, recandosi alle mense caritevoli che distribuivano panini, rischiando di essere multati, senza poter entrare in un bar o in una biblioteca per ripararsi dal freddo o usufruire dei servizi igienici. Dopo una settimana, il Comune ha esteso l'orario di apertura all'intera giornata per favorire il contenimento del virus. In quell'intervallo di tempo, però, nel dormitorio di Cavallotti, utenti e operatori hanno fatto un patto: durante le quattro ore di chiusura i primi sarebbero rimasti in un parcheggio a lato del dormitorio, evitando di esporsi al rischio di contagio circolando per la città, mentre operatori e operatrici, da parte loro, avrebbero garantito la presenza in struttura per ogni emergenza e preparato il pranzo per tutti. «I miei colleghi sono riusciti a organizzare questa sorta di presidio esterno a titolo volontario in cui ogni giorno siamo riusciti a fare arrivare in qualche modo un pasto e le persone hanno aderito a questa cosa», ha commentato Giorgio. Le parole di Sergio confermano questa percezione:

Gli ospiti si sono interessati, hanno capito che l'unica cosa da fare... il decreto dice: restate a casa. E in questo momento la nostra casa è il dormitorio di Cavallotti. Tutti abbiamo fatto la nostra parte. Gli operatori sono stati gentilissimi. Ci hanno messo ore di lavoro. Hanno dedicato il loro tempo per noi. Con un po' di soldini portavano il tabacco per chi fuma... Abbiamo dovuto creare una comunità che prima non c'era e devo dire che sta funzionando. Noi abbiamo messo il nostro e gli operatori il loro.

Sergio, Lara, Giorgio hanno descritto questo tentativo come uno sforzo "condiviso" tra operatori e utenti per immaginare delle strategie per pro-

teggersi dal virus. «Fare tutto insieme, in un primo momento, è stato qualcosa che ha funzionato. Soprattutto in un posto in cui di solito le scelte sono sempre un po' imposte, no? Calate dall'alto» ha commentato Lara. Le soluzioni ideate dall'immaginazione operativa, messa in funzione contemporaneamente dai due gruppi che condividono lo spazio di Cavallotti, hanno modificato alcune delle caratteristiche critiche della vita in dormitorio. Di rado in dormitorio i regolamenti di gestione e organizzazione della vita collettiva sono discussi con l'utenza, ancora più raramente vengono costruiti insieme. Per ragioni imputate alla mancanza di tempo o personale e di fronte alla difficile sfida di una convivenza tra un ampio numero di sconosciuti in difficoltà, spesso i regolamenti sono semplicemente spiegati, come dati di fatto da seguire, più che da comprendere o rimodulare collettivamente. La mancanza di direttive e informazioni chiare e il peso che il comportamento degli utenti poteva avere sulla salute degli stessi operatori ha reso evidente agli occhi dell'équipe quanto potesse essere più efficace adottare un approccio partecipativo, in cui costruire insieme la comprensione del virus e la decisione delle norme da adottare.

Questa interdipendenza "svelata" e la scelta di gestirla in maniera collaborativa costituiscono uno degli esperimenti spontanei più interessanti emersi durante l'inizio della pandemia a Torino. Le ore di lavoro gratuito messe a disposizione e la condivisione di risorse economiche personali (per comprare le sigarette agli utenti) da parte di operatori e operatrici non sono una novità: fanno parte di quei meccanismi di estrazione di valore dal lavoro sociale descritti da Busso e Lanunziata (2016). Nemmeno la rinegoziazione del potere e la condivisione sono del tutto inedite: negli anni Novanta si affrontavano queste tematiche attraverso le esperienze dei giornali di strada. Nelle decadi seguenti, tuttavia, queste tensioni sono sfumate²¹, rintracciabili oggi in parte nella diffusione del paradigma HF, processo che, tuttavia, vede un netto protagonismo dei professionisti del sociale.

Non in tutti i dormitori è avvenuto lo stesso: altre équipe hanno invece approfondito l'asimmetria nel rapporto con l'utenza in struttura, trasformandosi "in controllori", per usare le loro parole. Per l'équipe di Cavallotti, l'assenza di informazioni e certezze nel proteggersi dal virus è diventata un'occasione per aprirsi a un confronto più orizzontale con l'utenza, dichiarando le proprie insicurezze e cercando insieme delle strategie condivise. La riduzione dell'asimmetria informativa ha permesso di sperimentare modalità diverse di costruzione della relazione d'aiuto, che proprio di questa asimmetria fa invece uno dei suoi punti fondanti. Anche per questo motivo, altre équipe invece hanno invece sofferto la condizione di

incertezza, che indeboliva il loro ruolo di “esperti”, e si sono arroccate in posizioni gerarchiche.

L'esperienza di Cavallotti si è conclusa dopo un breve periodo. L'amministrazione pubblica ha stabilito dei protocolli di gestione del Covid-19 e lo spazio di sperimentazione si è ristretto. Inoltre, le ambivalenze del dormitorio sono progressivamente emerse, mettendo in discussione la legittimità del “patto” tra operatori e utenti. Come ha commentato Lara: «Siamo in una disparità grossa, di potere, di situazione, che anche volendo creare delle situazioni di maggior autonomia dobbiamo rendercene conto». La disparità maggiore ha riguardato il potere degli operatori di “sospendere” gli utenti in base alla loro condotta. La sospensione, ovvero l'allontanamento dalla struttura per un numero definito di notti, è uno strumento usato quotidianamente nel lavoro in dormitorio. Spesso gli operatori attribuiscono alle sospensioni un valore “educativo”, utile a “insegnare” alle persone le norme di comportamento accettabili, senza considerare, però che esse fanno riferimento al dormitorio, un contesto a sé stante, che pone esigenze molto diverse da quelle derivanti dal vivere in una casa. La ragione ultima delle sospensioni è in realtà quella di garantire il funzionamento del dormitorio stesso: vengono sospese soprattutto persone che creano difficoltà al lavoro degli operatori e alla convivenza tra utenti, che hanno comportamenti aggressivi, che abusano di sostanze e alcol. Come ha evidenziato Bruna: «Ieri sera parlavamo tra noi e dicevamo: strano, sono tutti ligi, non ci sono persone con dipendenze. Ragionandoci un secondo: li abbiamo sospesi tutti quelli che sgarravano».

Nella condizione di “eccezionalità” della pandemia, la comunità formata da Cavallotti ha esplorato – forse senza un'intenzionalità esplicita alla base – le possibilità e i limiti di una modalità diversa di organizzazione della quotidianità nel dormitorio. L'esperienza delle assemblee, del “patto di reciprocità” per arginare il rischio delle quattro ore di chiusura raccontano una possibile gestione alternativa di quello che in altri dormitori è stato realizzato tramite l'irrigidimento dei ruoli gerarchici e dei meccanismi di controllo. Questa immaginazione operativa ha beneficiato di alcune modifiche strutturali dei dormitori – in particolare l'aver reso il gruppo di utenti stabile – e di due elementi “inediti”, il primo dei quali riguarda la sospensione delle norme aperta dalla pandemia. Seppure in un momento di forte e progressiva regolamentazione su più livelli (Dpcm nazionali, delibere regionali, comunicati del SAD), le mutate necessità poste dalla pandemia hanno aperto uno spazio di azione e immaginazione. Il secondo elemento riguarda invece il piano di riconoscimento reciproco avvenuto

tra operatori e utenti al di là dei ruoli vissuti nella struttura di fronte al virus. Il pericolo di contagio ha permesso di abbandonare, temporaneamente, le sovrainterpretazioni e alcuni compiti di gestione degli operatori che contribuiscono a irrigidire i confini e le distanze con l'utenza. Il contagio è stato interpretato come una questione di fronte a cui porsi in maniera dialogica e cooperativa per ideare e sperimentare insieme delle soluzioni. Si è riconosciuto quanto fosse un problema comune e l'efficacia della soluzione dipendesse dal comportamento di tutti. Soprattutto, il gruppo degli operatori non ha valutato aprioristicamente che gli utenti non sarebbero stati capaci di muoversi su questo piano di cooperazione, come hanno sottolineato invece operatori di altre strutture, concentrati sulla loro presunta incapacità di seguire le regole, coerentemente con la tendenza diffusa nei servizi di relazionarsi agli utenti come portatori di una problematica e non in quanto soggetti sociali nella loro complessità (TOSI CAMBINI 2011).

Alla luce di questo esperimento ci si chiede se, a differenza di quanto accade, non sarebbe possibile affrontare la stessa convivenza forzata in dormitorio come un problema che riguarda entrambi i gruppi coinvolti e che potrebbe beneficiare di una costruzione condivisa di regole della quotidianità della struttura. Questo richiederebbe tempo e un impegno a riconoscere agli stessi utenti la possibilità di agire sugli spazi in cui vivono, riducendo il peso della "gestione" su uomini e donne adulte. Il dormitorio, come emerge da quanto descritto, rimane però un contesto limitato nella possibilità di sperimentare: fino a che punto questa redistribuzione di potere è realizzabile laddove il gruppo degli operatori mantiene il potere "finale" di decidere la sospensione dal servizio delle persone che non si conformano?

Se dunque questa alleanza è stata possibile momentaneamente di fronte a un pericolo inedito condiviso, non ha modificato la cornice di potere del dormitorio. All'interno di questa cornice immutata, il "patto" potrebbe tradursi in un meccanismo più sottile di controllo degli utenti. Coerentemente con i meccanismi di disciplinamento diffusi nel contesto neoliberale, si rischia di richiedere un'adesione "spontanea" a ciò che viene invece imposto, in quanto mancano le condizioni di scenario per proporre un patto effettivamente alternativo di funzionamento del servizio e una delle due parti detiene il potere di "espellere" chi non aderisce a quanto dovrebbero accettare spontaneamente²².

Trasformare i dormitori: la cornice della biolegittimità

La seconda breccia di “possibilità” aperta dalla pandemia riguarda il piano locale di gestione dei servizi cittadini, in cui si è aperto lo spazio per quella che possiamo definire “immaginazione organizzativa”. Il SAD ha modificato progressivamente il funzionamento dei dormitori per ridurre il rischio di contagio a cui, come già detto, queste strutture erano particolarmente esposte. Le scelte fatte sono state frutto di negoziazioni – e non di rado di conflitti – tra funzionari comunali di diversi livelli, responsabili del settore sanitario e dell’Unità di Crisi, presidenti e operatori delle cooperative. Le riunioni di bassa soglia virtuali settimanali durante la pandemia sono state una delle arene di elaborazione di questa concertazione.

Per arginare il rischio di contagio, per prima cosa è stata sospesa la rotazione tra i dormitori. Prima della pandemia, era possibile trascorrere nella stessa struttura trenta notti consecutive (sette per i residenti fuori Torino), per poi aspettare – in strada, in una struttura del privato sociale, in altre sistemazioni fortuite – il proprio turno in un altro dormitorio. Le rotazioni costituivano un meccanismo sedimentato nel funzionamento del sistema di accoglienza. In passato erano considerate una modalità per evitare che gli utenti si sentissero troppo a loro agio nei dormitori e sviluppassero tendenze assistenzialistiche (PORCELLANA, CAMPAGNARO 2013). Anche grazie alla prospettiva del diritto incondizionato all’abitare promossa dall’HF, questa finalità ha progressivamente perso legittimità agli occhi della comunità professionale ed è emersa un’altra funzione: rispondere, seppure in maniera limitata, a un numero crescente di domande di accoglienza che supera ampiamente quello dei posti letto disponibili.

Una volta sospese le rotazioni, il SAD ha ampliato il funzionamento dei dormitori prima a venti e poi a ventiquattro ore. Le persone che, con le parole di Sergio, si sono trovate «nel posto giusto al momento giusto» hanno trascorso il *lockdown* all’interno di un unico dormitorio, mentre altre sono rimaste fuori, in una città che offriva sempre meno risorse per la sopravvivenza. Infine, l’ente pubblico ha aperto due spazi aggiuntivi, per alleggerire il sovraffollamento delle strutture e garantire una maggior possibilità di distanziamento. Alcune équipes hanno adottato ulteriori stratagemmi per modificare l’ambiente interno: qualcuno ha sistemato degli armadietti tra i letti nelle camere doppie per creare spazi separati e ridurre i contatti tra chi continuava a condividere la camera.

Nelle interviste svolte poco tempo l'introduzione di questi cambiamenti, quello che colpiva era la condizione apparentemente paradossale di "benessere" che gli operatori riscontravano tra gli utenti:

Ci sono venti persone e c'è una calma che non c'è mai stata prima in dormitorio, forse perché le persone hanno cominciato a conoscersi, a darsi una mano l'un l'altro. È proprio una condizione di mutuo aiuto quella che si è generata (Alberto, operatore in dormitorio, maggio 2020).

Abbiamo riorganizzato le stanze, messo gli armadietti in modo che facessero da separé, c'è più privacy nelle stanze, loro lo apprezzano, forse lasceremo così anche dopo l'emergenza (Domenico, operatore in dormitorio, maggio 2020).

Ho visto dei miglioramenti pazzeschi per gli ospiti, non mi sarei mai sognato che sarebbero arrivati al livello in cui sono adesso di partecipazione. Abbiamo un signore che quando era arrivato era perennemente preda di attacchi di panico. Riusciva a dormire solo in stanza singola, con la porta aperta. Interagiva molto poco. [...] Ora non dico che sembra casa sua, ma è tranquillo, ha fatto amicizia con una serie di persone. La stabilità fa un sacco. Il dormitorio, questo senso perenne di emergenza, di precarietà totale... non permette tutta una serie di cose che questo sistema invece favorisce (Enrico, operatore in dormitorio, giugno 2020).

Le persone accolte in dormitorio sembravano godere di un po' di pace e stabilità nel momento stesso in cui il resto della cittadinanza viveva una condizione di estrema incertezza e precarietà, dinamica che evidenzia una volta di più l'effetto "alterizzante" che il sistema di accoglienza ha sull'utenza. Di fronte al rischio di contagio, il sovraffollamento, la coabitazione forzata, la mancanza di spazi per il distanziamento sociale, i numeri, gli orari di funzionamento, le rotazioni e l'organizzazione degli spazi hanno svelato le loro intrinseche criticità. Tuttavia, il benessere sperimentato nei dormitori "trasformati" dal Covid-19 ha radici in un tempo precedente alla pandemia: i dormitori non sono diventati "patogeni"²³, lo sono sempre stati. Da anni, le caratteristiche di cui la pandemia ha evidenziato la pericolosità sono state identificate come particolarmente critiche per il benessere delle persone accolte, anche dagli stessi professionisti del sistema. La materialità degli spazi, la convivenza imposta, gli orari e i regolamenti delle strutture contribuiscono al deterioramento delle condizioni di salute psico-fisica delle persone accolte, ostacolano la possibilità di coltivare una rete sociale e mantenere un'occupazione, mortificano l'autostima e l'immagine di sé.

Prima del Covid-19 diversi motivi ostacolavano il superamento di queste caratteristiche, non ultimi gli assunti culturali sottostanti il sistema

dell'accoglienza, tra i quali l'idea, in parte ancora radicata, secondo cui chi vive una condizione di estrema povertà dovrebbe adattarsi a quanto gli viene offerto (SCANDURRA 2007; TOSI CAMBINI 2010). La richiesta di privacy, di uno spazio dignitoso, di tempi e regolamenti che permettano una maggiore capacità di azione sono collegate a una concezione complessa di persona e di vita. A questo proposito è utile riprendere il lavoro di Didier Fassin (2006, 2018, 2019) sulle differenze tra la concezione di vita fisico/biologica e sociale/politica. Ripercorrendo il pensiero di Hanna Arendt (1963) e Walter Benjamin (1955), Fassin descrive la preoccupazione dei due autori nel riconoscere una progressiva riduzione della concezione di "vita" alla sua mera espressione fisica. Arendt e Benjamin condannarono l'importanza che stava assumendo "la vita stessa" – che Giorgio Agamben (1995) chiamerà "nuda vita" – a discapito della "vita compiuta", comprensiva delle dimensioni sociali, politiche e relazionali. Analizzando lo sviluppo delle politiche d'asilo francesi, Fassin riconosce l'avvenuto spostamento: se negli anni Settanta lo Stato francese accoglieva rifugiati politici provenienti dalle dittature sudamericane mobilitando nella collettività sentimenti di ammirazione e solidarietà, negli ultimi decenni le richieste di asilo per persecuzioni politiche tendono a essere respinte dai tribunali francesi, mentre aumentano le persone che beneficiano di permessi di soggiorno o di asilo per condizioni di salute precarie. Per spiegare questi spostamenti nelle economie morali, Fassin usa il termine "biologittimità": un paradigma morale e culturale diffuso nella contemporaneità che consiste nel riconoscimento della vita biologica come bene supremo. In nome della sua preservazione, ogni sorta di azione e scelta assume legittimità. Come scrive Fassin: «non solo la vita biologica ha una presenza materiale che s'impone a tutti con un'evidenza che manca alla vita sociale e politica, ma la sua esposizione al pericolo suscita compassione e proteste» (2019: 96).

Nei servizi di accoglienza per le persone senza dimora si rintraccia la stessa tensione: i bisogni a cui politiche, misure di intervento e servizi hanno dato storicamente risposta si riducono al piano fisico/biologico. Altrove, analizzando la questione dell'alimentazione nei servizi di accoglienza (PORCELLANA *et al.* 2020), abbiamo evidenziato come raramente le misure e i progetti di sostegno alimentare prendano in considerazione i bisogni sociali, culturali e inerenti alla condivisione del momento del pasto, alla scelta degli alimenti, alle concezioni di sacralità e impurità legate al cibo. Prima della pandemia, le critiche mosse dagli utenti ai dormitori in ragione di bisogni che rimandano a dimensioni della vita sociale/politica (privacy, personalizzazione, poter scegliere con chi dormire, avere libertà nella gestione

del tempo) venivano, a volte, riconosciute da operatori e funzionari, ma rimanevano senza risposta. Finché i dormitori apparivano come spazi inadeguati a tutelare la dimensione sociale/politica della vita delle persone, le criticità sollevate non hanno ottenuto la legittimità necessaria per portare a scelte politiche e organizzative tali da alterarne in maniera significativa il funzionamento. La pandemia ha spostato il focus di lettura: improvvisamente, le stesse caratteristiche sono diventate un pericolo per la vita fisica/biologica delle persone accolte, nonché della comunità allargata. Ciò ha permesso di realizzare rapidamente cambiamenti strutturali, in altri momenti impensabili. Queste esigenze, dunque, hanno trovato risposta solo quando si sono trovate all'interno della cornice della "biolegittimità".

Queste trasformazioni hanno rappresentato un esperimento non programmato, che è sfociato in una trasformazione strutturale del sistema di accoglienza torinese. Per mesi, operatori e utenti dei servizi hanno sperimentato dei dormitori con novità significative. Gli operatori hanno raccontato la cura maggiore degli utenti verso spazi in cui sapevano che avrebbero passato un tempo più lungo, le relazioni tra operatori e utenti si sono approfondite, così come quelle tra utenti. Il benessere crescente delle persone accolte è stato un dato che gli operatori hanno raccolto dapprima con sorpresa, per poi rimandarlo al SAD. Diverse équipes hanno riconosciuto a loro volta un miglioramento delle condizioni di lavoro createsi²⁴.

Dopo i primi mesi in cui l'apertura h24 è stata finanziata con risorse destinate ad altri progetti, la Città ha deciso di rendere strutturale questo cambiamento per i quattro anni seguenti, inserendolo nei nuovi appalti di servizio banditi a luglio 2020. Il funzionamento h24 dei dormitori appariva come irrealizzabile fino all'anno precedente in termini di risorse e organizzazione. La novità introdotta negli appalti è stata percepita come frutto di una scelta *top-down* e, nonostante le percezioni di benessere menzionate, ha sollevato numerose proteste tra le cooperative, per i termini economici stabiliti dai nuovi appalti.

Diverso è stato invece un secondo movimento di stabilizzazione del cambiamento, avvenuto più recentemente, in una riunione di coordinamento della "bassa soglia" a febbraio 2021. Febbraio è stato un mese di dibattito sull'*homelessness* a Torino, alimentato da dure dichiarazioni del capo della polizia torinese rispetto a chi fa l'elemosina nel centro storico, da un'azione comunale di sgombero delle persone accampate sotto i portici del centro e dalle quasi concomitanti morti per assideramento di due persone che dormivano all'addiaccio, Mostafà Ait Bellà e Radu Chirinbuta. In seguito

a questi avvenimenti, pur senza dichiarare alcuna connessione con essi, il SAD ha convocato una riunione dei dormitori per ragionare su come riprendere al più presto le rotazioni. Da marzo 2020, gli ospiti accolti nei dormitori erano rimasti in buona parte gli stessi: i nuovi ingressi erano vincolati alle dimissioni volontarie di alcune persone (che avevano trovato un lavoro stagionale o deciso di spostarsi altrove), ai pochi avanzamenti nel percorso a gradini che ancora caratterizza il sistema di accoglienza locale e alle sospensioni che hanno riguardato spesso le persone più “fragili”, che, a causa di dipendenze o patologie psichiatriche, non sono riuscite ad attere alle regole delle strutture. La riunione si è aperta con l’esplicitazione della necessità di riprendere le rotazioni, per poter accogliere, seppur temporaneamente, l’ampio numero di persone che da mesi non accedeva ai dormitori. Nelle due ore seguenti gli operatori hanno espresso il loro dissenso. Inizialmente hanno avanzato motivazioni legate alla pandemia, al rischio di contagio, appellandosi quindi alla “biolegittimità”. Progressivamente, gli interventi si sono ampliati a comprendere altre dimensioni: c’era chi sosteneva che la nuova modalità di lavoro era apprezzata all’interno dell’*équipe* o che la ripresa delle rotazioni sarebbe stato un trauma per gli utenti che avevano iniziato a sentirsi “a casa” nel dormitorio. Nel dialogo emerso si percepiva uno spostamento graduale di opinione da parte dei responsabili del SAD. Un funzionario ha commentato: «Sentendovi parlare mi sto chiedendo: ma perché dobbiamo fare la rotazione? Se mi metto nella prospettiva della persona: la rotazione serve alla persona, in qualche modo? Serve solo perché ne accogliamo di più». La riunione si è conclusa con la decisione condivisa di non riprendere le rotazioni. Le ragioni della scelta, come è emerso nel corso della discussione, sono legate a elementi che vanno oltre il rischio di contagio, come il benessere delle persone, la diminuzione della loro precarietà, le condizioni di lavoro degli operatori. Dalle parole di funzionari e operatori è emersa però la consapevolezza che lo spazio di “opportunità” offerto dalla pandemia si giocasse su un altro piano: sarebbe stato possibile richiedere e legittimare la sospensione delle rotazioni facendo leva in particolare sul pericolo del virus, sulla difesa della vita fisica/biologica. La pandemia ha offerto uno spazio di possibilità e “biolegittimità”, che il sistema di accoglienza torinese sta sfruttando per prolungare il funzionamento dei “dormitori trasformati” e, nel mentre, sperimentare forme diverse e complementari di risposta al problema dell’*homelessness*. Sono sfide ancora aperte, che il sistema di accoglienza locale sta cercando di affrontare.

Limiti di un esperimento non programmato

Alla luce dei cambiamenti descritti, nella comunità professionale considerata si è diffusa la percezione di un miglioramento qualitativo delle condizioni offerte dai dormitori. Al tempo stesso, come sintetizzato dal funzionario pubblico nell'episodio che apre questo articolo, circola la domanda rispetto a quanto i dormitori siano effettivamente realtà migliorabili.

Come analizzato, l'esperimento di redistribuzione di potere nella gestione della quotidianità a Cavallotti è stato rapidamente riassorbito dal funzionamento tradizionale del dormitorio. I miglioramenti organizzativi hanno assunto invece un carattere strutturale, ma è opportuno chiedersi quanto essi incidano sulle criticità di base inerenti alla natura stessa dei dormitori discusse in questo articolo: l'effetto di alterizzazione rispetto al resto della cittadinanza e il potere pervasivo sulla quotidianità esercitato dal gruppo degli operatori sugli utenti.

Per riflettere su questi due elementi è utile considerare un episodio avvenuto dopo i primi mesi di pandemia, all'iniziare della cosiddetta "fase due" a maggio 2020, quando l'Italia passava dalla prima condizione di *lockdown* serrato a una situazione di maggior libertà di circolazione. Di fronte a questo cambiamento, la funzione "alterizzante" dei dormitori è emersa in tutta la sua materialità. La convivenza forzata di un alto numero di persone continuava a renderli spazi particolarmente esposti al rischio di diventare focolai del virus. Nelle riunioni di bassa soglia è emersa la preoccupazione degli operatori e, al tempo stesso, l'impazienza dell'utenza, che iniziava allora a fare pressione per godere degli spiragli di libertà aperti dal nuovo Dpcm, come il resto della cittadinanza. Gli operatori si sono trovati di fronte a un nuovo dilemma: come affrontare la "fase due" in dormitorio? Un operatore di Cavallotti ha commentato: «Noi ci stiamo attenendo al Dpcm e facciamo leva sulla responsabilità individuale. Se qualcuno vuole andare da un congiunto stretto può andare, come da Dpcm. Per ora le persone non sentono la necessità di mentirci, ci sembra. Lasciamo che escano per necessità, sembra funzionare». Il gruppo, composto dal SAD e da tutti i coordinatori dei dormitori, tuttavia, si è indirizzato diversamente: la quasi totalità degli operatori voleva adottare un regolamento comune più rigido del Dpcm nazionale, che limitasse la durata e il numero di uscite. Il regolamento doveva essere unico tra i dormitori e portare la firma dell'ente pubblico per assumere autorevolezza. Nelle parole di un operatore lo spostamento di potere veicolato da questa scelta era particolarmente evidente: «Stiamo facendo un grande sforzo per l'apertura h24, ma funziona se

stiamo dentro. Dobbiamo pensare in fretta un regolamento. In modo che non debbano fare un'autocertificazione con i vigili, ma con me».

Una volta che il gruppo di operatori si è assestato in questa direzione, sono emersi altri dilemmi riguardanti il contenuto del regolamento. Quanto tempo poteva durare un'uscita "adeguata" al rischio? Per quante volte al giorno? Quali vincoli dare? Tra le pieghe di questa concertazione volta a disciplinare le condotte delle persone accolte, emergevano opinioni e concezioni morali personali, spesso legate anche all'esperienza individuale²⁵. Alcuni operatori, per esempio, volevano vincolare le uscite all'essere presenti in struttura al momento dei pasti. Questa possibilità, inizialmente portata senza motivazioni a supporto, ha suscitato un dibattito. Un'operatrice ha commentato: «Cerchiamo di trattarli come adulti senzienti... E poi chiediamo di rientrare a pranzo?». Le ragioni presentate a favore della proposta evidenziavano il tema del contrasto allo spreco alimentare e il riconoscimento della spesa sostenuta dall'ente pubblico nei confronti dell'utenza. Qualcuno ha aggiunto: «Tutti abbiamo rinunciato a un bel po' di libertà», sottintendendo forse che anche dagli utenti fosse plausibile aspettarsi un "sacrificio", senza considerare che esso sarebbe stato qualitativamente diverso da quello richiesto al resto della collettività. La discussione ha risvegliato in più di un operatore l'associazione con esperienze vissute in famiglia: «Nel nostro dormitorio le persone non mangiano tanto, perché è cibo italiano, non piace. Mangiano poco e poi mangiano fuori. Come facevo io con i miei genitori a casa». In questo dibattito, che in quella riunione si è spento senza arrivare a una decisione comune, è emersa l'ambivalenza del potere disciplinare che gli operatori possono esercitare in una struttura come il dormitorio. È un potere pervasivo perché influenza la vita quotidiana e in esso, soprattutto quando non sottoposto ad analisi critica, si mescolano le sensibilità personali, le disposizioni soggettive e gli assunti culturali dei singoli operatori.

Il regolamento per la "fase due" illumina due caratteristiche ineludibili del dormitorio, che gettano un'ombra sulle reali possibilità di migliorarlo: il suo effetto "alterizzante" e l'asimmetria interna di potere che ne struttura il funzionamento. Se l'apertura h24 nelle prime settimane è stata percepita da molte delle persone accolte dai dormitori come una scelta tutelante, con lo scattare della "fase due" ha assunto i contorni di un confinamento forzato. L'inclusione nel corpo biologico collettivo di fronte alla minaccia dal virus è sfumata rapidamente: le caratteristiche stesse del dormitorio contribuiscono a produrre e costruire gli utenti di queste strutture come un gruppo sociale "altro" rispetto alla cittadinanza, gravato da regolamenti

che sono sempre più stringenti e limitanti di quelli rivolti alla collettività. Abdicare a una parte consistente di libertà nell'esercizio della propria vita diventa così "la moneta di scambio" dell'utenza nel rapporto contrattuale con il welfare (ROMANO 2018).

La libertà e il potere a cui accettano di rinunciare le persone che ricevono assistenza vengono assorbite dall'organizzazione dei servizi, ma anche dalle numerose figure che operano all'interno dei servizi di accoglienza. Sono professionisti che si percepiscono, a ragione, come privi di potere e riconoscimento nella società allargata: la loro posizione subordinata si manifesta nel livello di retribuzione, nelle condizioni contrattuali, nei meccanismi di sfruttamento (BUSSO, LANUNZIATA 2016). L'assenza di potere nella società si accompagna, tuttavia, alla detenzione di un potere disciplinare e discrezionale nel rapporto con l'utenza. Il dibattito sui pasti in struttura è solo un esempio delle numerose decisioni che gli operatori prendono con conseguenze significative sulla vita degli utenti dei servizi, che sono spesso imbevute di giudizi morali personali, legati alla propria storia personale e a concezioni individuali di "educazione", raramente analizzate in ottica riflessiva. È la natura stessa del dormitorio, in quanto struttura di convivenza forzata, a richiedere una distribuzione asimmetrica del potere per garantirne la sopravvivenza. Riprendendo le parole di Franco Basaglia, ciò che caratterizza istituzioni di questo tipo è «la netta divisione tra chi ha il potere e chi non ne ha», che le rende luoghi in cui «la reciprocità non esiste» (2018 [1968]: 152).

Riflessioni conclusive

In questo articolo ho analizzato come la pandemia abbia trasformato i servizi di accoglienza di "bassa soglia" della città di Torino su due piani: il primo operativo, nell'esperienza del dormitorio di Cavallotti, in cui gli operatori hanno elaborato una gestione inedita del problema rappresentato dal contagio, creando una cooperazione effettiva con gli utenti. Consapevoli dell'interdipendenza reciproca di fronte al rischio sanitario, gli operatori hanno esplorato delle modalità in cui riconoscere gli utenti del servizio come soggetti con cui collaborare nell'ideazione delle strategie da adottare e non come persone "da gestire". Il secondo piano ha un respiro più organizzativo: l'urgenza del tempo eccezionale della pandemia e la cornice di biologicità hanno permesso a una struttura lenta e burocratica come l'ente pubblico di prendere decisioni azzardate in tempi rapidi.

Questi spazi di azione hanno dato vita a esperimenti non programmati, alcuni dei quali sono stati colti dall'ente pubblico e dagli operatori e resi strutturali. La cornice di biologicittimità assume qui un ruolo centrale: quelli che a lungo erano considerati poveri immeritevoli, i cui bisogni spesso venivano identificati come "pretese" quando non schiacciati sul piano della sopravvivenza biologica, hanno beneficiato di maggiori risorse. Considerati in termini di vite fisiche/biologiche, nonché di rischio per la vita fisica/biologica della collettività, hanno ottenuto risposte a bisogni preesistenti l'arrivo del virus. I dormitori cittadini sono stati lo scenario privilegiato di questo processo e hanno attraversato la pandemia trasformandosi progressivamente e migliorando il livello di servizi offerti.

Al tempo stesso, proprio questa esperienza di trasformazione dei dormitori solleva la domanda se sia davvero possibile migliorare queste strutture. Nell'analisi proposta, nonostante i sostanziali cambiamenti, i dormitori continuano a costituire spazi di alterizzazione di chi accolgono e di esercizio di un potere disciplinante sulla loro quotidianità e possibilità di scelta e azione. Sono servizi che si nutrono e contribuiscono a riprodurre rappresentazioni degli utenti come persone "da gestire", portatrici di problematiche, più che come soggetti di diritto. Il dormitorio, dunque, presenta criticità intrinseche che non sembrano superabili. Le esperienze di negoziazione e concertazione del regolamento della vita collettiva, come quella vissuta in Cavallotti, sono effimere, destinate a scontrarsi con il fatto che questi servizi sono "istituzioni" secondo l'accezione di Basaglia: organizzazioni in cui è impossibile ogni forma di reciprocità.

Rimane dunque aperta la domanda su come si possa superare l'esistenza dei dormitori. È possibile migliorarli progressivamente, sperimentando nel mentre altre modalità di risposta alla questione dell'*homelessness* che vadano lentamente a sostituirli, via che sembra essere intrapresa oggi dall'amministrazione torinese? Riprendendo di nuovo le riflessioni che Basaglia (1968) avanzava in una prima fase rispetto all'istituzione manicomiale, è possibile contemporaneamente negare e gestire i dormitori? L'esperienza relativa all'istituzione manicomiale ci insegna però che questa strada è percorribile solo fino a un certo punto, oltre il quale diventano ineludibili scelte più radicali.

Note

⁽¹⁾ Si veda LEONARDI 2019b, 2021.

⁽²⁾ Per approfondire il paradigma HF a livello internazionale si vedano TSEMBERIS, EISENBERG 2000; PADGETT *et al.* 2018; per la sua traduzione nel contesto italiano CORTESE 2016; MOLINARI, ZENAROLLA 2018; LANCIONE *et al.* 2018.

⁽³⁾ Questa citazione, così come le seguenti, sono trascrizioni a posteriori – quindi imprecise e parziali – di conversazioni informali a cui ho partecipato. Fanno eccezione le interviste audio-registrate a operatori e operatrici dei dormitori.

⁽⁴⁾ A queste riflessioni hanno contribuito anche percorsi locali di ricerca-azione (STEFANI 2016; PORCELLANA 2019).

⁽⁵⁾ Tosi (2017) auspica che diventino servizi a permanenza ridotta nel tempo, ma che questa tipologia di accoglienza non venga eliminata finché non divenuta superflua.

⁽⁶⁾ Nel contesto italiano sono numerosi i lavori che, non sempre riconoscendosi sempre in questa definizione disciplinare, hanno analizzato servizi, professioni e realtà di welfare. Si veda: TARABUSI 2016; PORCELLANA 2019; TOSI CAMBINI 2010, 2011; SORGONI 2012; CAPELLO 2017; SCANDURRA 2005; SALETTI SALZA 2010.

⁽⁷⁾ Si rimanda al capitolo *Società in cantiere. Note etnografiche su due processi partecipativi di costruzione di politiche sociali*, di prossima pubblicazione all'interno del testo *Antropologia e Welfare* curato da Luca Rimoldi e Giacomo Pozzi.

⁽⁸⁾ Le interviste sono state svolte insieme ai colleghi Nicolò Di Prima e Giorgia Curtabbi e organizzate in un report di ricerca interno non pubblicato, restituito a operatori e funzionari della rete di accoglienza locale.

⁽⁹⁾ I nomi delle persone citate sono fittizi.

⁽¹⁰⁾ Non analizzerò, per esempio, gli eventi che hanno riguardato gli esclusi dal sistema di bassa soglia, né il momento in cui uno dei dormitori pubblici è diventato un focolaio di contagio, il tema della quarantena fiduciaria degli utenti dei dormitorio, o l'esperienza completamente diversa vissuta invece da chi era accolto nei servizi di HF (IREF, FIO.PSD 2020). Si evidenzia, inoltre, che il sistema di accoglienza torinese comprende anche servizi *Housing First*, alloggi definiti "di autonomia", dormitori del privato sociale e un campo di accoglienza aperto durante i mesi invernali dall'amministrazione pubblica, mense, bagni pubblici, due centri diurni di associazioni.

⁽¹¹⁾ Si veda TOSI CAMBINI 2017.

⁽¹²⁾ In Italia le stesse scienze sociali – sociologia e psicologia – per anni hanno focalizzato l'attenzione sulla dimensione psicologica e morale dell'*homelessness*, tralasciando la centralità delle politiche per la casa (TOSI 2017).

⁽¹³⁾ È solo del 2015 il primo documento che fornisce delle linee guida a livello nazionale ed è con l'avviso 4/2016 che iniziano a costruirsi in maniera coerente a livello nazionale dei servizi locali.

⁽¹⁴⁾ Si può parlare di “ermeneutica del sospetto”, la stessa che FASSIN (2018) e DUBOIS (2018) rintracciano in Francia verso i beneficiari di sussidi. Sul concetto di poveri meritevoli si vedano ROMANO 2018; BUSO *et al.* 2018.

⁽¹⁵⁾ Si veda a questo proposito la ricerca di TOSI CAMBINI a Firenze (2004), BERGAMASCHI a Bologna (1999), il pionieristico lavoro di GABORIAU (1993) in Francia e di GLASSER (1988) negli Stati Uniti.

⁽¹⁶⁾ Nell’antropologia italiana si rimanda al lavoro di ricerca di SCANDURRA 2005; TOSI CAMBINI 2004, 2009, 2017; PORCELLANA 2016, 2019.

⁽¹⁷⁾ Sul sistema di accoglienza torinese si vedano LANCIONE 2014; PORCELLANA 2016; LEONARDI 2019b.

⁽¹⁸⁾ ARAPOGLU *et. al.* (2015) parlano a questo proposito di *shelterization* come una forma particolare di istituzionalizzazione delle persone homeless, che tende a colonizzare la loro routine quotidiana, riducendo progressivamente la loro capacità di considerare obiettivi e progettualità personali a lungo termine.

⁽¹⁹⁾ I nomi utilizzati in questo articolo, compreso quello del dormitorio, sono fittizi.

⁽²⁰⁾ Sulla discrezionalità nei servizi di accoglienza a Torino si veda LEONARDI 2019a, per riflessioni non necessariamente in questo settore del welfare, nate in ambito antropologico: TARABUSI 2010; SORGONI 2012; PILOTTO 2018; SALETTI SALZA 2010.

⁽²¹⁾ Non è possibile approfondire in questa sede le ragioni di questo cambiamento, che spaziano dall’aziendalizzazione di diversi attori del welfare (in primis le cooperative sociali più grandi) alla diffusione del neoliberalismo come modello culturale che ha influenzato anche il dibattito sulla povertà estrema e sull’*homelessness* in una direzione individualizzante.

⁽²²⁾ Si rimanda alle riflessioni di Tosi Cambini (2011) sulla diffusione di formule di “contratti” tra operatori e utenti, che, lasciando quasi inalterati i servizi, hanno contribuito a far ricadere la responsabilità sul percorso di inclusione sulla persona.

⁽²³⁾ Faccio riferimento a una definizione che Nolan Kline (2016) utilizza per le recenti politiche migratorie statunitensi, che l’antropologo definisce “patogene” in quando inducono nella popolazione target comportamenti nocivi per la salute e favoriscono l’emergere di un sistema sanitario parallelo.

⁽²⁴⁾ Questa esperienza non è stata l’unica emersa nel sistema torinese: alcune équipe – specialmente nelle strutture femminili – si sono sentite abbandonate nel gestire il vissuto di persone con gravi problemi psichici, in una situazione di chiusura e forte stress.

⁽²⁵⁾ Per una riflessione su come questi elementi siano spesso una parte inesplorata del lavoro sociale si veda TARABUSI 2010.

Riferimenti bibliografici

- AGAMBEN A. (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- ARAPOGLU V., GOUNIS K., SIATISTA D. (2015), *Revisiting the Concept of Shelterization: Insights from Athens, Greece*, "European Journal of Homelessness", Vol. 9(2): 137-157.
- ARENDT H. (1963), *On Revolution*, Viking Press, New York.
- BARBAGLI M. (1999), *Egregio signor sindaco: lettere dei cittadini e risposta dell'istituzione sui problemi della sicurezza*, Il Mulino, Bologna.
- BARONI W., PETTI G. (2014), *Cultura della vulnerabilità. L'homelessness e i suoi territori*, Pearson, Milano-Torino.
- BASAGLIA F. (2018 [1968]), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini e Castoldi, Milano.
- BERGAMASCHI M. (1999), *Ambiente urbano e circuito della sopravvivenza*, FrancoAngeli, Milano.
- BISCALDI A. (2016), *La responsabilità di esser-ci. I dilemmi etici della ricerca in antropologia applicata*, "Antropologia Pubblica", Vol. 2(2): 27-39.
- BENJAMIN W. (1955), *Schriften*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main; trad. it., *Angelus Novus*, Einaudi, Torino, 1997.
- BUSO S., MEO A., MORLICCHIO E. (2018), *Il buono, il brutto e il cattivo. Rappresentazioni e forme di "regolazione dei poveri" nelle misure di sostegno al reddito*, "SINAPPSI", Vol. 8(3): 69-83.
- BUSO S., LANUNZIATA S. (2016), *Il valore del lavoro sociale. Meccanismi estrattivi e rappresentazioni del non profit*, "Sociologia del lavoro", Vol. 142: 62-79.
- CAPELLO C. (2017), *Rituali neoliberali. Uno sguardo antropologico sui servizi per la ricerca attiva del lavoro*, "Etnografia e ricerca qualitativa", Vol. 2: 223-242.
- CONSOLI T. (2021), *Ripensare la dimensione "pubblica" dell'homelessness*, pp. 231-249, in CONSOLI T., MEO A. (a cura di), *Homelessness in Italia. Biografie, territori e politiche*, FrancoAngeli, Milano.
- CONSOLI T., MEO A. (a cura di) (2001), *Homelessness in Italia. Biografie, territori e politiche*, FrancoAngeli, Milano.
- CORTESE C. (2016), *Scenari e pratiche dell'Housing First. Una nuova via dell'accoglienza per la grave emarginazione adulta in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- DECLICH F. (2012), *Il mestiere dell'antropologo. Esperienze di consulenza tra istituzioni e cooperazione allo sviluppo*, Carocci, Roma.
- DE LEONARDIS O. (2001), *Le istituzioni. Come e perché parlarne*, Carocci, Roma.
- DOUGLAS M. (1990), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna.
- DUBOIS V. (2018), *Il burocrate e il povero. Amministrare la miseria*, Mimesis, Milano.
- DUBOIS V. (2009), *Le trasformazioni dello stato sociale alla lente dell'etnografia*, "Etnografia e ricerca qualitativa", Vol. 2: 163-187.
- EDGAR I.R., RUSSELL A. (2005), *The Anthropology of Welfare*, Routledge, London/New York.
- FASSIN D. (2019), *Le vite ineguali. Quanto vale un essere umano*, Feltrinelli, Milano.
- FASSIN D. (2018), *La ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, DeriveApprodi, Roma.
- FASSIN D. (2006), *La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia*, pp. 303-320 in QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Roma.

- GABORIAU P. (1993), *Clochard: l'universo d'un group de sans-abri parisiens*, Julliard, Paris.
- GLASSER I. (1988), *More than Bread: Ethnography of a Soup Kitchen*, University of Alabama Press, Tuscaloosa.
- GOFFMAN E. (2010 [1961]), *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- IREF, FIO.PSD (2020), *L'impatto della pandemia sui servizi per le persone senza dimora*, <https://www.fiopsd.org/gli-effetti-della-pandemia-sui-servizi/> [ultimo accesso 30 marzo 2021].
- KLINE N. (2016), *Pathogenic Policy: Immigrant Policing, Fear, and Parallel Medical Systems in the US South*, "Medical Anthropology", Vol. 36(4): 396-410.
- LANCIONE M. (2014), *Assemblages of Care and the Analysis of Public Policies on Homelessness in Turin, "City"*, Vol. 18(1): 25-40.
- LANCIONE M., STEFANIZZI A., GABOARDI M. (2018), *Passive Adaptation or Active Engagement? The Challenges of Housing First Internationally and in the Italian Case*, "Housing Studies", Vol. 33(3): 1-18.
- LEONARDI D. (2021), *Divenire homeless: quale ruolo assumono i servizi di accoglienza nella definizione delle identità?*, pp. 29-48, in CONSOLI T., MEO A. (a cura di), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano.
- LEONARDI D. (2019a), *Etichettare, valutare, scegliere. Spazi discrezionali in un disegno di intervento istituzionale*, "Autonomie locali e servizi sociali", Vol. 2: 305-320.
- LEONARDI D. (2019b), *Modelli di accoglienza per le persone senza dimora e ruolo degli operatori sociali. Dilemmi, tensioni, vincoli*, tesi di dottorato in Sociologia applicata e metodologia della ricerca sociale, Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- LIPSKY M. (2010 [1980]), *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*, expanded version, Russel Sage Foundation, New York.
- MARCUS A. (2003), *Shelterization Revisited: Some Methodological Dangers of Institutional Studies of the Homeless*, "Human Organization", Vol. 62(2): 134-142.
- MEO A. (2021), *Homelessness: perché e come occuparsene*, pp. 7-26, in CONSOLI T., MEO A. (a cura di), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano.
- MOLINARI P., ZENAROLLA A. (2018), *Prima la casa. La sperimentazione Housing First in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- PADGETT D.K., HENWOOD B.F., TSEMBERIS S. (2018), *Housing First. Una storia che cambia le storie*, FrancoAngeli, Milano.
- PALMISANO, A.L. (2014). *Antropologia applicata*, Pensa, Lecce.
- PILOTTO C. (2018), *Politiche dell'accoglienza. Lavoro, welfare e diritti di cittadinanza nell'Europa dell'asilo*, "Antropologia pubblica", Vol. 4(2): 157-166.
- PORCELLANA V. (2019), *Costruire Bellezza. Antropologia di un progetto partecipativo*, Meltemi, Milano.
- PORCELLANA V. (2018), *Diventare "senza dimora". Politiche e pratiche del welfare alla lente dell'etnografia*, "Antropologia", Vol. 5(1): 113-132.
- PORCELLANA V. (2016), *Dal bisogno al desiderio. Antropologia dei servizi per adulti in difficoltà e senza dimora a Torino*, FrancoAngeli, Milano.
- PORCELLANA V., STEFANI S., CAMPAGNARO C. (2020), *"A Torino non si muore di fame". Riflessioni antropologiche su cibo e povertà estrema*, "DADA", 1: 91-110.

- PORCELLANA V., CAMPAGNARO C. (2013), *Habiter le dortoir*, "Journal des anthropologues", Vol. 134-135: 267-290.
- POWELL M. (2015), *The Para-Ethnographic Trajectories of Professional Ethnography*, "Epic", <https://www.epicpeople.org/the-para-ethnographic-trajectories-of-professional-ethnography/> [ultimo accesso 15 luglio 2021].
- ROMANO S. (2018), *Moralising Poverty. The "Undeserving" Poor in the Public Gaze*, Routledge, London/ New York.
- SAHLIN I. (2005), *The Staircase of Transition: Survival through Failure*, "Innovation: The European Journal of Social Science Research", Vol. 18(2): pp. 115-136.
- SALETTI SALZA C. (2010), *Dalla tutela al genocidio? Le adozioni dei minori rom e sinti in Italia (1985-2005)*, CISU, Roma.
- SCANDURRA G. (2012), *Esiste una "cultura della povertà"?*, "Archivio antropologico mediterraneo", Vol. 14(2): 29-42.
- SCANDURRA G. (2007), *Il Carracci: memorie di un rifugio urbano*, in CALLARI GALLI M. (a cura di), *Mappe Urbane*, Guaraldi, Rimini.
- SCANDURRA G. (2005), *Tutti a casa. Il Carracci: un'etnografia dei senza fissa dimora in Italia*, Guaraldi, Rimini.
- SHORE C., WRIGHT S. (1997), *Anthropology of Public Policy: Critical Perspective on Governance and Power*, Routledge, London.
- SORGONI B. (a cura di) (2012), *Etnografie dell'accoglienza. Rifugiati e richiedenti asilo a Ravenna*, CISU, Roma.
- STARK L. R. (1994), *The Shelter as a Total Institution. An Organizational Barrier to Remediating Homelessness*, "American Behavioral Scientist", Vol. 37(4): 553-562.
- STEFANI S. (2016), *Antropologia in azione. Etnografia di un laboratorio partecipativo*, pp. 169-194 in PORCELLANA V., STEFANI S. (a cura di), *Processi partecipativi ed etnografia collaborativa nelle Alpi e altrove*, Edizioni dell'Orso, Alessandria.
- TARABUSI F. (2016), *Note sui dilemmi e le opportunità di un'antropologia applicata alle politiche pubbliche*, pp. 159-180 in SEVERI I., LANDI N. (a cura di), *Going Public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, Università degli Studi di Bologna, Bologna.
- TARABUSI F. (2010), *Dentro le politiche. Servizi, progetti, operatori: sguardi antropologici*, Guaraldi, Rimini.
- TOSI A. (2017), *Le case dei poveri. È ancora possibile un welfare abitativo?*, Mimesis, Milano.
- TOSI CAMBINI S. (2017), *La dimensione politica della mendicizia. Contributo alla ridefinizione del fenomeno in rapporto al governo della città*, "Minority Reports", 5: 113-142.
- TOSI CAMBINI S. (2011), *Le persone non sono utenti. L'originalità delle relazioni nella bassa soglia*, pp. 91-105 in BERTOLETTI S., MERINGOLO P., STAGNITTA M., ZUFFA G. (a cura di), *Terre di confine. Soggetti, modelli, esperienze dei servizi a bassa soglia*, Unicopli, Milano.
- TOSI CAMBINI S. (2010), *Le voci e il silenzio. Dialoghi di strada e riflessioni*, "Lares", Vol. 76(2): 187-219.
- TOSI CAMBINI S. (2009), *Homelessness: l'approccio critico dell'antropologia*, pp. 21-49, in GNOCCHI R. (a cura di), *Homelessness e dialogo interdisciplinare*, Carocci, Roma.
- TOSI CAMBINI S. (2004), *Gente di sentimento. Per un'antropologia delle persone che vivono in strada*, CISU, Roma.

TSEMBERIS S., EISENBERG R.F. (2000), *Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities*, "Psychiatric Services", Vol. 51(4): 487-493.

WEDEL J.R. et al. (2005), *Toward an Anthropology of Public Policy*, "The Annals of the American Academy of Political and Social Science", pp. 30-51.

Scheda sull'Autrice

Silvia Stefani, nata a Scandiano nel 1989, è PhD in Scienze Sociali. Attualmente insegna "Antropologia applicata al Design" presso il Politecnico di Torino. Ha fatto ricerca etnografica a Capo Verde e in Brasile, occupandosi di disuguaglianze urbane con un approccio intersezionale, attento all'intreccio tra oppressioni economiche, razzismo e sessismo. In Italia lavora sul tema dei servizi di contrasto all'homelessness, collaborando con équipes interdisciplinari, tra antropologia, sociologia e design dei servizi, attraverso percorsi di ricerca-azione. Fa parte della redazione della rivista di studi di genere *AG About Gender* e del comitato scientifico di fio.PSD (Federazione Italiana Organismi Persone Senza Dimora). È autrice dei libri *Sujeito Omi. Antropologia delle maschilità a Capo Verde* e *Favelas e asfalto. Disuguaglianze e lotte a Rio de Janeiro*.

Riassunto

È possibile migliorare i dormitori? Note dall'accoglienza "a bassa soglia" durante l'emergenza pandemica

L'articolo analizza come la pandemia ha attraversato i servizi di accoglienza a bassa soglia torinesi per persone senza dimora. Da una parte, in una cornice di biogittimità, la pandemia ha aperto spazi di riconoscimento dei bisogni delle persone senza dimora e sperimentazioni di gestione alternativa dei dormitori. Dall'altra, essa ha evidenziato i limiti di questi esperimenti, legati alla funzione alterizzante dei dormitori e alla gestione del potere al loro interno.

Parole chiave: homelessness, dormitori, Covid-19, biogittimità, Torino

Resumen

Se pueden mejorar los albergues? Notas de los servicios "de bajo umbral" durante la emergencia pandémica

El artículo analiza cómo la pandemia ha afectado a los servicios de bajo umbral de Turín para personas sin hogar. Por un lado, en un marco de biogittimidad, la pandemia ha abierto espacios de reconocimiento de las necesidades de las personas sin hogar y experimentos de gestión alternativa de los albergues. Por otro lado, ha destacado los límites de estos experimentos, ligados a la función de alterización de los albergues y a la gestión del poder en ellos.

Palabras claves: personas sin hogar, albergues, Covi-19, biogittimidad, Turin

Résumé

Les dortoirs peuvent-ils être améliorés? Notes sur les services “à bas seuil” pendant l’urgence pandémique

L'article analyse comment la pandémie a affecté les services à bas seuil de Turin pour les personnes sans-abri. D'une part, dans un cadre de biolégitimité, la pandémie a ouvert des espaces de reconnaissance des besoins des personnes sans-abri et des expériences de gestion alternative des dortoirs. D'autre part, elle a mis en évidence les limites de ces expériences, liées à fonction des dortoirs de marginalisation et à la gestion du pouvoir en leur sein.

Mots-clés: sans-abri, dortoirs, Covid-19, biolégitimité, Turin

Medicina babilonese e antropologia medica

Sull'efficacia delle terapie per il ripristino del desiderio sessuale maschile in Mesopotamia

Gioele Zisa

Dipartimento Culture e Società, Università degli Studi di Palermo
[gioele.zisa@unipa.it]

Abstract

Babylonian Medicine and Medical Anthropology. On the Efficacy of the Therapies for the Recovery of Male Sexual Desire in Mesopotamia

Research on the medical systems of ancient Mesopotamia has progressed considerably in recent years and has been enriched by theoretical contributions from the social sciences. This paper aims to show how theories and methodologies of Medical Anthropology can be useful to understand the internal logic of *nīš libbi* therapies, which aim to regain the male sexual desire. The article explores Mesopotamian classificatory systems related to the body and pathologies, as well as the relationship between male and female agencies in the therapeutic itinerary. Other issues are investigated: recipients of treatment; symptomatology and ideology of binding; interrelationship between incantations and prescriptions; etiological analysis; function of abracadabra and *historiolae*.

Keywords: Mesopotamian medicine, loss of sexual desire, therapeutic efficacy, *nīš libbi* therapies, ancient Near East

Introduzione

Scopo di questo saggio è di contribuire al dibattito sull'efficacia terapeutica dei sistemi medici delle società antiche a partire dall'analisi delle terapie mesopotamiche volte a ripristinare il perduto desiderio sessuale maschile¹, le quali prevedono la recitazione di incantesimi, spesso seguiti da brevi prescrizioni, o/e pratiche rituali più o meno complesse. Le prime fonti – testi in lingua accadica (più precisamente in babilonese standard) iscritti con caratteri cuneiformi su tavolette di argilla – sono datate al periodo medio-babilonese (1500-1000 a.C. circa) e provengono dalla capitale itta

Ḫattuša (attuale Boghazköy, Turchia), ma la maggior parte di esse si data no ai periodi neo-assiro e neo-babilonese (1000-500 a.C. circa). Bisogna sottolineare che molte tavolette dei periodi più tardi hanno duplicati del periodo medio-babilonese, prova di una forte tradizione di questo sapere terapeutico e della sua trasmissione (ZISA 2021: 3-5).

Il paziente descritto in questi testi è un uomo che non prova più desiderio sessuale. L'espressione *nīš libbi* in accadico (šà-zi-ga in sumerico) significa letteralmente l'“innalzamento delle ‘interiora’ (*libbu*/šà)”, e non designa solo il desiderio sessuale, ma anche l'insieme delle terapie eseguite per il suo recupero. L'espressione è stata precedentemente interpretata dagli assiriologi principalmente come “potenza sessuale” o “capacità erettile”: il paziente sarebbe incapace di raggiungere o mantenere un'erezione sufficiente per un rapporto sessuale (BIGGS 1967). Al contrario, in altri lavori ho dimostrato filologicamente quanto tale espressione non possa designare la capacità erettile, quanto piuttosto il desiderio sessuale (ZISA 2020: 459-462, 2021: 37-52). Il desiderio va inteso nella sua dimensione psico-fisica, come abbondantemente dimostrato dagli studi antropologici, etnopsichiatrici e di genere, il dualismo “mente *vs.* corpo” è strumento analitico fuorviante per comprendere le classificazioni emiche del corpo e degli stati psico-emotivi. È impossibile tracciare una netta divisione tra il modo di sentire e pensare da una parte e l'anatomia umana dall'altro nell'antropologia mesopotamica. Il termine accadico *libbu*, come il sumerico šà, presente nelle espressioni *nīš libbi*/šà-zi-ga, è centrale per la comprensione di questa unità psico-fisica. Esso indica le viscere, l'addome, il cuore (CAD L 164-175; AHW. I 549-551), ma è anche il luogo dei sentimenti e dei pensieri (OPPENHEIM 1941: 263-267; KARAHASHI 2000: 144-148; JAKUES 2006: 433-445; COUTO-FERREIRA 2009: 251-256, 263-268; STEINERT 2020; SALIN 2020: 155-160)². Il corpo in Mesopotamia è, citando Asher-Greve, «agent of thinking, feeling, experiencing and knowing» (1998: 23). Il *libbu* è il luogo di unione tra dimensione psico-emotiva e corporeità, e per questa ragione l'innalzamento del ‘cuore/interiora’ (*libbu*) deve essere inteso, a mio avviso, proprio nella concretezza fisica degli organi in movimento. Il movimento degli organi, capace di determinare emozioni o stati patologici, è stato riccamente documentato in antropologia medica e linguistica in una prospettiva transculturale (ENFIELD, WIERZBICKA 2002; SHARIFIAN *et alii* 2008; ZISA 2020, 2021: 52-53). Il movimento degli organi coinvolge sentimenti, pensieri e desideri nella loro concretezza fisica. È un desiderio sessuale esperito *con* e *dal* corpo (CSORDAS 1990, 1999).

Efficacia terapeutica e terapie antiche: i limiti di una storia della (bio)medicina

Il tema dell'efficacia terapeutica non è stato adeguatamente discusso negli studi sulla medicina mesopotamica. Le ragioni di questo mancato dibattito sono forse attribuibili, da una parte, alle enormi difficoltà epigrafiche e filologiche della ricerca assiriologica, e dall'altra, a un pregiudizio anti-teorico che caratterizza molti degli studi sulla medicina nel Vicino Oriente antico, i quali spesso si limitano a riportare i dati senza un'adeguata analisi interpretativa. Per quanto riguarda le terapie oggetto di questo contributo, Robert Biggs (1967), che ha fornito la prima completa edizione di questa tradizione testuale, pone in merito all'efficacia delle terapie le seguenti domande: «Do the texts work? Do they achieve their desired goals?» (2002: 78). Secondo lo studioso, il quale ritiene che il paziente sia affetto da disfunzione erettile, l'efficacia delle terapie si basa sul fatto che se le prescrizioni (ad esempio, massaggiare il pene con unguenti) sono dirette a una stimolazione sensoriale del paziente, gli incantesimi, con le loro immagini di animali sessualmente eccitati, mirano, invece, a una stimolazione mentale, simile a quella della pornografia moderna:

As everyone knows, erection comes about when a man receives sensory or mental stimulation. These texts – the incantations and the accompanying rituals – provide both. Surely some of mental images provided by the incantations can be compared to the stimulation modern couples may receive from pornographic films. [Biggs 2002: 72]³

Secondo questa interpretazione, la pratica terapeutica agisce sui due livelli della dicotomia cartesiana: quello corporeo e quello mentale. Come ho accennato sopra, tuttavia, se le due dimensioni non sono intese come tali dalle società mesopotamiche, come è possibile che esse abbiano concepito un sistema di cura basato su tale dicotomia? Oppure dobbiamo supporre che, nonostante l'interpretazione culturale mesopotamica, fisiologia e psiche funzionino oggettivamente e sempre “come tutti sanno” (dove questo “tutti” è il moderno ricercatore occidentale)? Il rischio è quello di scrivere una storia dell’“impotenza sessuale”, come se il contenuto di questa categoria diagnostica non fosse soggetto a variazioni storico-culturali. Biggs ritorna sul tema dell'efficacia di queste terapie utilizzando proprio categorie biomediche:

While there are physical causes such as trauma to the genital area or diabetes for some erectile dysfunction, and what is now often referred to as “male menopause” in fairly recent medical parlance, it is generally thought that the principal causes are psychological. The ability of the therapist – in our

case the *āšīpu* – to alleviate anxiety could surely contribute to the success rate. While it is unlikely that any of the plant products in the prescriptions would be an ancient Viagra, we know too little about the plants used to judge what physiological effects they might have had. After all, an alkaloid, yohimbine hydrochloride, derived from black currant trees, has been used for over a century to treat impotence and is available by prescription under the trade name Aphrodyne. [BIGGS 2002: 78]

Come gli studi di antropologia medica hanno sottolineato, lo sguardo della moderna biomedicina e delle scienze biologiche non ci fornisce una risposta adeguata alla comprensione dei fenomeni terapeutici dell'antica Mesopotamia (HEESSEL 2004: 6-7; ZISA 2020: 453-455). Come afferma l'antropologa Nina Lilian Etkin (1991), il concetto stesso di efficacia terapeutica è una costruzione culturale, e come tale è soggetto a variazioni spazio-temporali (anche KLEINMAN 1973: 210). L'interpretazione dei fenomeni medico-terapeutici di altre culture, antiche e moderne, da parte delle epistemologie moderne occidentali è fuorviante (WALDRAM 2000: 607-609), allo stesso modo, gli strumenti interpretativi delle scienze psicologiche e psicoanalitiche, come quella proposta da Mark J. Geller, per quanto stimolanti, oscurano la complessità del tema in questione:

One does not have to be particularly Freudian to grasp the point that it may be performance anxiety which caused the impotence, and in some cases the *šaziga* incantations may have been effective in being able to deal with the anxiety. This is the defence mechanism known as 'displacement,' which in this case redirects the cause of the anxiety onto a witch. Externalizing the problem in the form of a witch can potentially allow a patient to control that which is beyond control, namely his own fear. [GELLER 1999: 54]

L'efficacia terapeutica si riferisce, al contrario, a una varietà di processi articolati su più livelli, che implicano trasformazioni che coinvolgono le dimensioni fisiologica, psico-emotiva, sociale, economica e politica, profondamente interrelati nella prospettiva mesopotamica. La distinzione analitica tra aspetto biologico e sfera psicologica ancora reiterata da molti studiosi di storia della medicina rischia di offuscare la natura unitaria del processo terapeutico. A mio avviso, per comprendere l'efficacia delle terapie *nīš libbi* è necessario rispondere alle seguenti domande: chi sono i destinatari delle cure? Quali sono i sintomi e la causa prima del malessere? Come funziona la pratica terapeutica?

Destinatari delle terapie

Sebbene negli incantesimi e nei rituali *nīš libbi* sia l'uomo a essere descritto come il paziente che, perdendo il desiderio sessuale, non desidera avere rapporti sessuali con le donne, il partner femminile partecipa attivamente alla pratica rituale. Molti dei farmaci descritti nelle prescrizioni, quali le pozioni, sono infatti somministrati sia alla donna che all'uomo:

[Per] liberare il 'cuore' (*libbu*) dell'uomo e della donna: [...]

[semi] della pianta *sikillu* e olio: tu (= operatore terapeutico) pre[ndi] i (rami) verdi dell'albero *ēru* [...]

[rac]cogli, ugualmente [...]

[pre]ndi e polverizzi [...]

[l'uom]o e la donna li bevono e [...].

[*nīš libbi* P prescr. 4: 11-15]

Alcuni unguenti sono strofinati su diverse parti anatomiche dell'uomo (ombelico, pene), ma anche della donna (ombelico, vagina, area pelvica):

Suo rituale: polvere di ferro, pianta "guarisce mille (malattie)", zolfo *ru'ūtu* tu polverizzi insieme, metti in olio, reciti l'incantesimo sette volte su di esso, ungi il pene dell'uomo e la zona pelvica della donna.

[*nīš libbi* M prescr. 1: 1-3]

Un testo prevede la realizzazione di un arco in miniatura da porre sopra la testa dell'uomo e della donna mentre sono distesi: «Tu realizzi un arco di spine, / un tendine del topo *arrabu* è [la sua] corda, tu lo carichi [con una freccia], / lo po[ni] sopra le teste dell'uomo e della donna, che sono distesi [...].» (*nīš libbi* E rituale dell'arco: 57-59). L'arco rappresenta qui il vigore sessuale e il rapporto sessuale è metaforicamente descritto come una battaglia (ZISA 2021: 195-200).

La donna recita molti incantesimi che menzionano non solo il rapporto sessuale e il suo eccitamento, ma anche il suo ruolo nella pratica rituale. Un incantesimo invoca l'erezione del paziente e la capacità della donna di trattenere il suo pene durante il rapporto: «Possa il tuo pene, che soddisfa (il desiderio), essere compatto! Non [...]! / Possa la mia inforcatura divorare il tuo pene...!» (*nīš libbi* n. B.1: 10-11). In un altro la donna invita il partner a fare l'amore con lei impiegando metafore animali e venatorie:

Quello (= ariete) alla testa del mio letto, impennati, fai l'amore con me!

Quello (= caprone) ai piedi del mio letto, impennati, *bela per* me!

La mia vulva è la vulva di una cagna! Il suo pene è il pene di un cane!

Come la vulva di una cagna ha preso il pene di un cane, (così possa fare anche la mia)!

Possa il tuo pene diventare lungo come un'arma *mašgašu!*

Io sono seduta in una trappola di risa,
possa io non mancare la preda!

[*nīš libbi* n. E.1: 7-13]

Il destinatario della pratica terapeutica non è solo l'uomo, ma anche il partner femminile, come affermato esplicitamente dal testo *nīš libbi* P prescr. 4: 11 il cui scopo è «liberare il “cuore” dell'uomo e della donna» (anche B prescr. 2: 41). L'importanza attribuita all'agentività della donna nel processo terapeutico testimonia quanto non sia la singola persona ad essere sottoposta alla cura, ma al contrario, parafrasando Alessandro Lupo (2012: 134), l'azione terapeutica si rivolge alle molecole sociali, che si ritiene il malessere abbia colpito minandone i legami e l'armonia, in questo caso la relazione sessuale tra uomo e donna (WALDRAM 2000: 612). La sofferenza *si manifesta* nell'uomo, ma *non può essere ridotta* alla sua individualità. Victor Turner (1967) ha sottolineato quanto il rituale abbia il compito di risolvere le tensioni sociali, coinvolgendo non solo l'individuo in cui si manifesta il malessere ma anche coloro che sono coinvolti. Anche se coinvolge la dimensione psico-corporea dell'uomo, il malessere prevede sempre una spaccatura nella struttura sociale e di conseguenza la cura mira a risanare queste relazioni lacerate, includendo necessariamente la donna.

Eziologia e sintomatologia

Un testo descrive un rituale a scopo eziologico volto a determinare la causa prima dell'evento-malattia:

Suo rituale: tu mescoli insieme pasta di farro e argilla da vasaio; realizzi le statuette dell'uomo e della donna; le poni l'una sull'altra e le disponi sulla testa dell'uomo,

reciti sette volte [l'incantesimo]; le rimuovi e [le] poni [vicino] a un maiale.

Se il maiale si avvicina, (significa) Mano di Ištar; per le procedure rituali,
se il maiale non si avvicina, (significa che) la stregoneria ha preso l'uomo.

[*nīš libbi* D diagn.: 24-26]

Se il maiale si avvicina alle statuette, significa che la causa della sofferenza è la Mano della dea Ištar. Gli dèi in Mesopotamia sono la “causa attiva” di molti malesseri e sofferenze che affliggono l'umanità. Nils P. Heeßel (2007) ha dimostrato come l'espressione “Mano di ND” (*qāt/šv* ND) può

indicare una categoria diagnostica oppure l'agente divino che punisce il fedele arrecandogli patimenti e disgrazie. Mentre nei testi terapeutici la "Mano di Ištar", scritta facendo ricorso esclusivamente a sumerogrammi, $\check{S}U^d$ INNIN.(NA), designa una categoria diagnostica: malattia "Mano della Signora/Ištar"; al contrario, nei testi diagnostici, scritta $\check{S}U^d$ Iš-tar/ d Iš₈-tár/ d 15, indica l'agente divino della sofferenza (HEESSEL 2007: 122-123). Ovviamente, il testo *nīš libbi* citato riporta $\check{S}U^d$ Iš-tar, chiaro riferimento all'agente divino. Poiché Ištar, in quanto dea del sesso, è colei che sottrae il desiderio sessuale all'uomo, è invocata più volte negli incantesimi e a lei sono dedicate offerte e libagioni di birra.

L'altra possibile causa della perdita di desiderio sessuale è la strega, di cui è possibile identificarne l'operato:

[Se un uomo] è stregato e ha la paralisi-*mungu*, le sue ginocchia sono contratte, i suoi r[e]ni 'vanno', il suo 'cuore' [...]

[...] e non ha interesse a realizzare il (suo) desiderio, il [suo] desiderio [sessuale] è stato preso e il (suo) desiderio di andare con una donna [è ridot]to, il suo ['cuore'] ha bisogno di una donna e la trova, ma il suo 'cuore' ritorna: lo s[perma] di quell'uomo è stato sepolto con un mor[to],

il suo pene è stato sigillato e chiuso in una fossa di argilla in direzione del tramonto.

[*nīš libbi* D sint.: 42-45]

La strega ha sottratto il desiderio sessuale dell'uomo, prendendogli lo sperma e seppellendolo accanto a un morto, ma anche riproducendone il pene e chiudendolo in una fossa di argilla in direzione del tramonto. La sepoltura della statuetta, così come la sua combustione e distruzione, è una delle azioni utilizzate più di frequente per agire magicamente su una persona (ABUSCH 2002: 65-78; SCHWEMER 2007: 199-230; VERDERAME 2013: 302-313). Qui, invece di usare la statuetta d'argilla della vittima, è impiegata una riproduzione del suo pene, esempio chiaro di magia analogica. La strega agisce anche per magia contagiosa: lo sperma del paziente è sottratto e seppellito con un morto, a voler enfatizzare l'improduttività del suo seme.

L'attenzione posta sullo sperma nell'azione stregonica ci conduce a una riflessione riguardo all'istigatore dell'aggressione magica. L'uso dello sperma è chiaro segno di vicinanza tra vittima e aggressore, probabilmente riconducibile quest'ultimo a un familiare. È possibile ipotizzare che le tensioni sociali da cui scaturisce l'attacco magico siano situate all'interno della coppia e/o della famiglia allargata. Già Tzvi Abusch (2002: 79-88) aveva posto in evidenza la stretta relazione nella visione mesopotamica tra

dominio femminile da un lato e preparazione del cibo e attività sessuali dall'altro. Si afferma spesso nei testi di anti-stregoneria che la vittima ha mangiato o bevuto "la stregoneria" o che quest'ultima è stata ingerita attraverso il cibo o la birra. Molti testi riportano problemi digestivi, così come disfunzioni e problemi sessuali. La stregoneria è segno di disordine sociale, pertanto, come nota Marc Augé (1994), uno dei primi obiettivi della terapia è quello di ristabilire l'ordine risolvendo le tensioni tra i membri della comunità, considerate all'origine del malessere. Questo spiegherebbe anche il ruolo delle donne nel processo terapeutico. Gli studi antropologici hanno fornito molti esempi a livello transculturale sulla famiglia come sede di tensioni e conflitti, che si manifestano nel ricorso alla stregoneria (GLUCKMAN 1970 [1956]: 54-80).

Se il senso del male, "il perché della sofferenza", riguardante l'assenza di desiderio sessuale, è attribuibile principalmente all'ira divina o alla stregoneria, ciò prevede due atteggiamenti divergenti da parte del paziente e della comunità di fronte all'evento-malattia. Infatti, come scrive Elsa Gugino (2006: 35), il "perché" implica l'espressione di un giudizio morale, richiama una visione del mondo e della vita, sposta l'attenzione dall'evento in sé all'evento *rispetto al sé*, in sostanza ad una relazione⁴. Se la perdita del desiderio sessuale è conseguenza dell'ira divina suscitata dall'errore e dalla trasgressione, il malessere potrebbe essere vissuto come una punizione, un castigo e/o un abbandono da parte del dio. Al contrario, se la stregoneria è la causa, esso potrebbe essere inteso come un'aggressione, una debilitazione e una demaschilizzazione. In entrambi i casi l'assenza di desiderio sessuale minaccia l'integrità di genere dell'uomo mesopotamico (ZISA 2021: 58-59) e allo stesso tempo la capacità generativa del paziente e della collettività (DI NOLA 1983: 100-101)⁵.

Ci sono diverse espressioni nelle sezioni sintomatologiche dei testi che definiscono esplicitamente l'assenza di desiderio sessuale, tra le più frequenti: "se un uomo non desidera la sua donna"; "se un uomo desidera la sua donna, ma non ne desidera un'altra"; "se un uomo non desidera né la sua donna né un'altra"; "se il (desiderio) di un uomo di andare con una donna è ridotto". In altri il riferimento alla strega è implicito: "Il desiderio sessuale è stato preso/sottratto".

Va precisato che la mancanza di desiderio sessuale è un sintomo tra i tanti che caratterizzano l'uomo stregato nei testi di anti-stregoneria (*ana pišerti kišpi*, lett. "per annullare la stregoneria"). I sintomi variano molto, ma è possibile tracciare una *semantic illness network*, per usare le parole dell'antro-

pologo Byron Good (1977), che collega all'interno della categoria diagnostica "attacco stregonico" (*amēlu kašpu*, lett. "uomo stregato") l'assenza di desiderio con altri sintomi: debolezza e fatica; immobilità e paralisi; rabbia; stati melanconici e depressivi; febbre; paura e ansia; tremori; indebolimento dei cinque sensi; problemi epigastrici e digestivi.

Tra i sintomi che caratterizzano la perdita del desiderio come categoria diagnostica emica (terapie *nīš libbi*), oltre alla paura e all'ansia, emergono anche debolezza e stanchezza, immobilità e rigidità. Questi sintomi, segno evidente dell'azione della strega, sono espressi negli incantesimi attraverso un articolato linguaggio poetico-metaforico. Gli assiriologi hanno sottolineato l'importanza del linguaggio metaforico negli incantesimi mesopotamici per descrivere e comunicare dolore e sofferenza (ZISA 2012: 13-15; BÖCK 2014: 115-128; VERDERAME 2021). Le figure retoriche, espresse negli incantesimi, sottolineano una unione inscindibile tra sfera individuale, nella sua dimensione tanto corporea quanto emotiva, e contesto socio-culturale (PIZZA 2005: 103). Il dolore necessita di essere reso pensabile e immaginabile per sé e per gli altri (GOOD 2003 [1994]) e in questo le narrazioni mitico-rituali e le metafore culturalmente codificate sono fondamentali (LÉVI-STRAUSS 1958 [1949]: 217). Impiegare metafore per rappresentare il dolore significa costruire un racconto "poetico" della sofferenza, che, oltre ad avere una funzione comunicativa e rappresentazionale, va inteso come atto intenzionale e pragmatico. Per non cadere nelle trappole retoriche e stilistiche, dobbiamo ricordare che queste metafore non solo esprimono la sofferenza del paziente da un punto di vista letterario-poetico, ma che esse sono anche realtà concrete, basate sull'esperienza corporea (CSORDAS 1997). Se il paziente ha bisogno di "dar forma e voce" al dolore e di comunicarlo alla propria famiglia e all'operatore terapeutico, deve impiegare "metafore della sofferenza" che hanno la loro fonte concettuale in un codice culturale socialmente condiviso (KIRMAYER 1992: 340). Dobbiamo ricordare, infatti, che tali incantesimi non descrivono la *illness* (come concetto antropologico) di uno specifico paziente, ma, in quanto codificati dalla tradizione esorcistica mesopotamica (*āšipūtu*) per millenni, essi si riferiscono piuttosto alla *sickness*, cioè alla costruzione socioculturale del malessere. In altre parole, le similitudini impiegate in questi incantesimi rappresentano modelli standard con cui dare forma alla sofferenza umana.

L'incantesimo *nīš libbi* n. A.2: 42 descrive l'azione della strega attraverso l'immagine del *legamento*: «Cavallo impetuoso (= paziente), il cui innalzamento è (come una) devastazione, [c]hi ha legato le tue membra?». Anche

in n. L.2: 21 leggiamo: «[...] lei (= strega) ha praticato la magia dell'odio contro di me [tutt]o il giorno, mi ha stregato tutta la notte, mi ha legato come un pr[igioniero]». L'immagine del legamento è menzionata anche nel catalogo degli incantesimi *nīš libbi*: «Incantesimo: “Esse (= streghe) legarono, ma lui liberò!” / Incantesimo: “Esse mi legarono, ma lui mi liberò!”» (LKA 94: 10-11). È noto che la strega (ma in generale gli aggressori malefici) agisce spesso legando (*kasû*) il corpo del paziente, rendendogli impossibile qualsiasi movimento (SCHWEMER 2007: 85-86; SALLABERGER 2007: 296; SALIN 2020: 104-105). L'immagine del “legare” e del “legamento” (*kasû*, *rakâsu*, *riksu*) è piuttosto diffusa nella letteratura anti-stregonica del primo millennio, tanto che l'operatore malefico è spesso definito “anodatore” (*kâsû*, ad esempio *Maqlû* IV 106, 122, ABUSCH 2016: 94, 97)⁶, mentre il dio è il solo che può sciogliere i “legamenti” della strega⁷. Tale immagine non costituisce però una semplice figura retorica che esprime l'idea di immobilità, ma al contrario manifesta una particolare visione del malessere: l'attacco della strega è una condizione in cui il paziente è privato della possibilità di agire secondo la propria volontà.

È interessante notare che sia nell'azione concreta della strega che nella sua descrizione poetica negli incantesimi si afferma che gli arti (*mešrêtu*) sono “legati”, riferimento alla incapacità fisica del paziente di muoversi e agire. Essi, come sineddoche, rappresentano l'intero corpo della vittima interamente sotto il controllo della strega. Nel seguente passo, tratto dalla serie *Maqlû*, sia gli arti (*mešrêtu*) che le membra (*miniātu*) sono associati all'azione di legamento: «(Chiunque tu sia, oh strega,) colei che ha legato il mio corpo, / legato le mie membra, attorcigliato i tendini» (*Maqlû* VII 60-61, ABUSCH 2016: 130).

Associato all'immagine del legare nei testi *nīš libbi* è l'allentamento e allungamento dei tendini. Il verbo *ramû* “allentare” (CAD R 128-133; AHw. II 953-954) si riferisce soprattutto a parti del corpo come il collo, le braccia, i tendini, e ha il senso di “diventare debole” e incapace di svolgere le proprie funzioni. In *nīš libbi* n. A.2: 43 sono i tendini ad essere allentati: «Chi ha allentato i tuoi tendini?»; mentre in altri incantesimi è il paziente nella sua interezza a sperimentare lo stato di debolezza e incapacità di movimento e azione: «Chi ha allentato (il tuo corpo) come corde tese?» (*nīš libbi* n. A.3: 49-50); «[Lei (= strega)] mi ha allentato come corde te[se]!» (*nīš libbi* n. A.4: 8); «Chi ti ha allentato come corde allentate?» (*nīš libbi* n. D.2: 12). L'altro verbo usato per descrivere questo stato di assenza di agentività è il verbo *šadādu* “allungare” (CAD Š/I 20-32; AHw. III 1121-1122) come nel testo *nīš libbi* n. A.4: 77-78: «(Chi sei tu che), come (il filo del) sacchetto di cuoio

del mercante (*kīsu*), tutti i miei tendini / hai allungato (*ildudam*) e legato saldamente?»⁸.

Legare gli arti e le membra, così come allungare o allentare i tendini, indica non solo l'immobilità fisica ma anche una percezione psicologica, usando la terminologia di Ernesto de Martino, di *essere agiti da* una forza esterna (cioè la strega)⁹. Il "legamento" indica una condizione psichica di impedimento o inibizione, un senso di dominio, un essere agito da una forza indomabile, minacciosa e misteriosa (si vedano le domande circa l'anonimia dell'operatore malefico), che toglie del tutto l'autonomia della persona e la sua capacità di decisione e di scelta (DE MARTINO 2015 [1959]: 15). Il "legamento" magico prevede dunque, non solo assenza di desiderio, ma anche mal di testa, sonnolenza, debolezza, rilassamento dei muscoli e ipocondria.

Poeticità degli incantesimi

Gli incantesimi sono caratterizzati da una certa qualità poetica (SEPPILLI A. 1962). Uso i termini "poesia" e "poeticità" nella prospettiva teorica proposta da Roman Jakobson. Tra le varie funzioni descritte dal linguista in relazione ai diversi fattori che compongono l'evento comunicativo, vorrei concentrarmi su quella conativa e quella poetica. La funzione conativa è l'orientamento verso il destinatario ed è caratterizzata dall'uso dell'imperativo e del precativo, mentre quella poetica si concentra sul messaggio stesso. La funzione poetica non è, pertanto, esclusiva della poesia, ma di tutti quei tipi di comunicazione che mettono al centro il messaggio stesso (JAKOBSON 1960: 357). Il linguaggio magico dell'esorcista ha una struttura poetica, poiché caratterizzato da diverse figure retoriche come ripetizione, chiasmo, allitterazione, climax, ecc. Il linguaggio incantatorio è, infatti, come gli studi antropologici hanno dimostrato a livello transculturale, diverso da quello ordinario, si tratta di un linguaggio speciale ricco di figure retoriche, arcaismi, immagini simboliche, riferimenti letterari, neologismi, espressioni senza significato (abracadabra) e ridondanza (ТАМБІАН 1968: 181-182; ONG 2002: 36-57). In altre parole, come afferma Jurij M. Lotman, in una composizione «it is its internal organization, which transforms it (the syntagmatic level) in a structural complex. That is why, as a certain sequence of phrases in natural language can be recognized as an artistic text, one recognizes that such sentences build up a certain type of secondary structure that match the artistic level of organization» (1976 [1971]: 68-69).

Il linguaggio metaforico è l'aspetto più evidente del linguaggio poetico usato negli incantesimi. Similitudini, antinomie, metafore sono strumenti comunemente usati in questo tipo di testi. La loro funzione è di stabilire somiglianze tra due domini, istituendo analogie (LAKOFF, JOHNSON 1980): metafora e analogia sono pertanto strettamente correlate (TAMBIAH 1985: 60-61).

Un altro aspetto da sottolineare è che incantesimi e rituali, parola e azione, sono strettamente connessi ed è pertanto impossibile separare i due aspetti nella pratica terapeutica. Come sottolinea Edmund Leach (1966: 497), il "rituale" è un complesso di parole e azioni: l'enunciazione delle parole è essa stessa il rituale. Per la comprensione di quanto siano inseparabili le parole recitate nell'incantesimo e il rituale con la sua prescrizione farmaceutica, analizziamo il rituale e l'incantesimo *nīš libbi* n. E.2. L'azione rituale prende avvio con l'organizzazione dello spazio performativo: un altare *pāṭiru* portatile è allestito davanti a Ištar delle stelle, a lei è sacrificata una pecora, è bruciato ginepro e infine le si versano libagioni di birra come offerta. Vengono realizzate le statuette delle streghe e successivamente bruciate. Il paziente declama il seguente incantesimo, il quale comincia con un'invocazione alla dea Ištar, seguita dal tipico linguaggio supplicatorio:

Possa il mio corpo diventare puro come lapislazzuli!

Possano i [miei] tratti del volto (lett. testa) essere brillanti come alabastro!

Come argento splendente (e) oro rosso possa io non avere paura!

Possano le piante *tarmuš*, "guarisce mille (malattie)", "guarisce venti (malattie)", *ardadillu*, / *usikillu*, *nīnū*, legno-*bukānu* (var.: "legno della libera[zione]") / "allontanare la mia fascinazione!" Egli (=paziente) declama ciò tre volte.

Suo rituale: tu (= operatore terapeutico) legni argento, oro, lapislazzuli, alabastro, / le piante *tarmuš*, "guarisce mille (malattie)", "guarisce venti (malattie)", *ardadillu*, / *usikillu*, *nīnū*, legno *bukānu* (var.: "legno della liberazione") a (una corda) di lino,

(che) poni attorno al suo collo. Un ariete (è legato) alla testa del suo letto,

(mentre) [una pecora svez]zata ai piedi del suo letto.

Dalla fronte dell'ariete e da quella della pecora svezzata

estrai della lana e intrecci (due) fili separati.

Reciti [questo] incantesimo [sette] volte sopra (di essi) (var.: sopra il let[to]), legni (loro) intorno alla sua vita, ed (egli riavrà) il desiderio sessuale.

[*nīš libbi* n. E.2: 32-45]

Nella sezione dell'incantesimo citato sono presenti interessanti similitudini: possa il corpo del paziente essere puro come lapislazzuli; possano i suoi tratti del volto (lett. testa) essere brillanti come alabastro; possa egli non avere paura come argento brillante e oro rosso. Segue l'invocazione ad alcune piante affinché possano allontanare la fascinazione. Il rituale che segue prevede la realizzazione di un amuleto contenente tutti gli ingredienti sia minerali che vegetali menzionati. Alla base di tale pratica rituale, vi è un principio analogico: purezza, lucentezza e assenza di paura sono considerate qualità umane, caratteristiche di uno stato di benessere mentale e fisico. Queste qualità sono venute meno a causa dell'attacco della strega. Per ripristinarle, è necessario impiegare nel rituale quelle piante ritenute capaci di sradicare la stregoneria, così come le sostanze caratterizzate da quelle qualità che il paziente ha perduto. Per attivare questo processo, bisogna recitare l'incantesimo sopra il "farmaco". Grazie all'incantesimo, per mezzo dell'invocazione alla dea, è possibile trasferire nel paziente le stesse qualità possedute dalle sostanze (lapislazzuli, alabastro, argento e oro). Si tratta di un chiaro esempio di ciò che Stanley J. Tambiah chiama "trasferimento analogico di qualità". La prescrizione e la recitazione dell'incantesimo sono interconnesse proprio per mezzo del principio analogico. L'antropologo ha coniato l'espressione "analogia persuasiva", che ricorda la funzione conativa di Jakobson volta a modificare l'azione del destinatario. Una prima fase di questo processo prevede il rinvenimento di somiglianze tra due domini, in questo caso, il corpo e la personalità umana da una parte e i minerali e i metalli dall'altra. Per permettere tale processo, da un lato è necessario il linguaggio poetico degli incantesimi che ha la funzione di rendere esplicite le somiglianze tra i due domini attraverso metafore o similitudini, e dall'altro il "farmaco", attraverso il quale queste stesse qualità vengono concretamente trasferite. Alcuni degli ingredienti menzionati nell'incantesimo n. E.2 (lapislazzuli, alabastro, argento e oro) sono usati pertanto metonimicamente come "processori", ovvero permettono un effettivo trasferimento per contatto (= amuleto) di analogie stabilite, attraverso la funzione poetica (oltre che conativa), nell'incantesimo. Si tratta di "un trasferimento imperativo" (TAMBIAH 1968: 193, 1985: 78), reso possibile, seguendo la teoria degli atti linguistici avanzata da John L. Austin (1962), dal carattere illocutivo o performativo del rito (TAMBIAH 1981: 119, 1985: 80).

Ingredienti e prescrizioni

Come si è visto, oltre agli incantesimi, il corpus *nīš libbi* contiene una serie di rituali e prescrizioni. Alcuni di questi trattamenti sono piuttosto semplici, consistendo in una miscela di ingredienti (piante, (parti di) animali e/o minerali) per la produzione di un “farmaco” (SCHIRRIPA 2015: 21)¹⁰: pozione; unguento; amuleto. Non è possibile, dati i limiti di spazio, ricostruire *la vita sociale dei farmaci*, per parafrasare il titolo di un noto lavoro degli antropologi Susan R. Whyte, Sjaak van der Geest e Anita Hardon (2002), per cui mi limiterò a sottolineare il fatto che i farmaci, per essere resi efficaci, devono essere sottoposti, come già accennato, al “potere delle parole” (TAMBAIAH 1985). I testi, infatti, prescrivono, dopo la preparazione del farmaco, che l’operatore terapeutico debba recitare l’incantesimo sul preparato prima della sua somministrazione, secondo la tipica formula: “Tu reciti l’incantesimo sette/tre volte su di esso”. È quindi chiaro che il farmaco veicola una serie di significati ideologici e convoglia tutti gli elementi del processo terapeutico attraverso la sua materialità.

Le prescrizioni mediche semplici, come quelle del corpus in questione, sono molto diffuse nella terapeutica mesopotamica. La specificità di queste ultime è pertanto da ricercare non tanto nelle tecniche impiegate per la produzione di questi farmaci, quanto piuttosto nella scelta degli ingredienti. Molti studiosi hanno già sottolineato le difficoltà nell’associare specifiche categorie diagnostiche a specifici ingredienti (HERRERO 1984: 43-47; GELLER 2005: 3-6; SCURLOCK 2006: 67-71). Tuttavia, è possibile rintracciare nei testi medici indicazioni precise a tal proposito. Il testo BAM I, noto come *Vademecum terapeutico*, ad esempio, è composto da tre colonne: la prima si riferisce all’ingrediente; la seconda alla categoria diagnostica; la terza alle tecniche di utilizzo. Le informazioni si riferiscono a un solo ingrediente utilizzato per debellare una specifica patologia. Questo testo menziona due piante ritenute utili per il recupero di desiderio sessuale:

Tu mangi la pianta *šumuttu* : per (l’assenza di) desiderio sessuale : questo diminuirà.
 Pianta *azallû* : per *idem* : egli non avrà alcun affanno.

[BAM I iii 34-35, ATTIA, BUISSON 2012: 29]

Nel testo *Šammu šikinšu* (“La pianta il cui aspetto”) troviamo altre piante indicate per il desiderio sessuale:

La pianta, il cui aspetto è simile a quello della pianta “lingua di cane” (*lišān kalbi*), le cui foglie sono molto ampie e di colore rosso, è resistente alle acque (delle inondazioni), (infatti) dopo che l’acqua (si ritira), essa riappare sulla riva del fiume. Il suo nome è *amuzinnu*, è buona per il desiderio sessuale e per rimuovere la de[bolezza]. La polverizzi e con essa in olio [lo (= paziente)] un[gi].

[*Šammu šikinšu*, testo 2, § 28': 1-4, STADHOUDERS 2011: 22]

La pianta *amuzinnu* in BAM 1 (iii 32, ATTIA, BUISSON 2012: 29) è ritenuta essere un ingrediente terapeutico anche contro la debolezza fisica, la quale, come mostrato, è uno dei sintomi caratteristici della perdita di desiderio sessuale. In KADP 2 troviamo un'altra pianta adatta al desiderio sessuale, la “lingua di cane”:

La pianta su cui il gecko

si posa: *ḥaṭṭi rē'î* (“bastone del pastore”) il suo nome è *lišān kalbi* (“lingua di cane”).

È utile per il desiderio sessuale (var.: per una donna che non riesce a partorire). La polverizzi e con essa in olio lo (= paziente) ungi.

[KADP 2 v 40-41, STADHOUDERS 2011: 38]

Nel testo BAM 380, che elenca diverse piante e il loro uso terapeutico, il desiderio sessuale è incluso in una breve lista che comprende le piante “lingua di cane” e *ḥašḥūr api*:

[Pianta “lingua di cane”]	pianta per il desiderio sessuale	[tu bevi] in birra;
Pianta [<i>ḥašḥūr</i>] <i>api</i>	pianta per <i>idem</i>	tu be[vi] in birra;
Pianta [...]	pianta per <i>idem</i>	tu bevi in vino.

[BAM 380 r. 42-44, dupl. BAM 381 iii 37-40]

Alcuni ingredienti vegetali, pertanto, sono esplicitamente ritenuti efficaci per la perdita di desiderio sessuale, come *lišān kalbi*, *azallû*, *šumuttu* e *ḥašḥūr api*. Le prescrizioni, tuttavia, menzionano molti altri ingredienti, la cui funzione, a mio parere, può essere compresa solo *in contesto*, cioè analizzando l’insieme degli ingredienti menzionati. Anche la causa della sofferenza è un elemento fondamentale per comprendere la scelta dei preparati medici. Come si è visto, spesso la sofferenza è riconducibile a un attacco stregonico, per questa ragione è bene produrre un farmaco che contenga quegli ingredienti considerati particolarmente efficaci contro l’azione della strega. Alcune sostanze vegetali hanno esplicitamente un potere anti-stregonico: *ardadillu*, *bukānu*, *ḥašû*, *imḥur lîm* (“guarisce mille (malattie)”), *imḥur ešrâ* (“guarisce venti (malattie)”), *lišān kalbi* (“lingua di cane”), *nuḥurtu*, *sikillu*, *tarmuš*. Un chiaro esempio è dato dall’incantesimo *nîš libbi* n. E.2: 35-37: «Possano le piante *tarmuš*, “guarisce mille (malattie)”, “guarisce venti

(malattie)”, *ardadillu*, / *usikillu*, *nînû*, legno *bukānu* (var.: “legno della libe[razione]”) / allontanare la mia fascinazione!». Il potere anti-stregonico di alcuni di questi ingredienti è confermato da altri testi. Per esempio, la pianta “guarisce mille (malattie)” è definita in *Maqlû* «la pianta che libera» (VI 102, ABUSCH 2016: 161). Il legno *bukānu* ha la medesima funzione in un testo *ušburruda*: «Mi sono attrezzato contro di voi (= streghe) con il legno *bukānu* che disfa la stregoneria» (KAL 2, 36, rev. v 40’, ABUSCH, SCHWEMER 2011: 166, n. 7.8.1: 23’), così come nello stesso testo la pianta “guarisce venti (malattie)”: «Possa non permettere alla magia di avvicinarsi (var. aggiunge: al corpo)» (ABUSCH, SCHWEMER 2011: 166, n. 7.8.1: 24’).

Altre sostanze invece sono associate alla purezza, la cui assenza è correlata alla stregoneria: alabastro, lapislazzuli, oro, *bīnu* (tamarisco), *ēru*, *sassatu*, *maštakal*, e *sikillu* (MAUL 1994: 6). Questi ingredienti, quindi, pur non essendo specifici del problema della perdita del desiderio sessuale, sono tuttavia fondamentali in una visione della sofferenza causata dalla stregoneria e associabile a uno stato di impurità. Nel testo *nīš libbi K* prescr. 3, l’assenza di desiderio sessuale è associata, infatti, tra altri sintomi, a una condizione di impurità:

Se un uomo è stregato e la sua carne è debole, (e) né quando cammina, né quando sta in piedi
 né quando è sul letto, né quando urina,
 il suo sperma esce, come (quella di) una donna (la sua) ‘secrezione genitale’
 è impura,
 lo sperma di quest’uomo è stato sepolto sottoterra con un uomo morto.
 [*nīš libbi K* prescr. 3: 26-29]

È bene precisare, tuttavia, che molte sostanze menzionate nelle prescrizioni *nīš libbi* compaiono anche nel corpus riguardante le malattie del tratto renale e urinario (GELLER 2005), per esempio, *ḥašû*, *imḥur līm* (“guarisce mille (malattie)”), *nuḥurtu*, *urnû*. È possibile forse rintracciare un legame tra le prescrizioni e i loro ingredienti nei due corpora? Il testo chiamato *Tassonomia di Uruk* (SpTU 1, 43; GELLER 2014: 3-9; STEINERT 2016: 230-242) ci viene in aiuto. Esso consiste in una sola colonna ed è suddiviso in quattro parti, ognuna delle quali riporta un elenco di categorie diagnostiche associate a una regione del corpo e ai suoi organi. Le quattro parti del nostro corpo menzionate sono: *libbu* (mente/cuore), *pî karši* (“bocca dello stomaco”), *ḥašû* (polmoni), *kalâti* (reni). La quarta sezione, che riguarda i reni, elenca le seguenti categorie diagnostiche:

Dai reni	contrazione (della vescica)
<i>idem</i>	(assenza di) desiderio sessuale
<i>idem</i>	malattia anale
<i>idem</i>	malessere <i>sagallu</i>
<i>idem</i>	infertilità
<i>idem</i>	utero contorto
<i>idem</i>	mantenimento di “gas”.

[*Tassonomia di Uruk*, SpTU 1, 43 ll. 25-31]

In questa sezione troviamo, oltre all'assenza di desiderio sessuale, le categorie diagnostiche associate all'area intorno ai reni, relative principalmente all'apparato urogenitale maschile e femminile: la “contrazione” (della vescica), l'infertilità, l'utero contorto, i gas (intestinali), i problemi anali, e un poco chiaro malessere *sagallu*. Forse – resta un'ipotesi – è possibile rintracciare una visione medica secondo cui queste categorie diagnostiche, tra cui la perdita di desiderio sessuale, possono essere sradicate facendo uso degli stessi ingredienti vegetali.

Le prescrizioni *nīš libbi* sono ricche anche di ingredienti di origine animale, tra cui il pelo o la lana, oltre alla saliva, di animali maschi sessualmente eccitati. Ad eccezione del leone e del cervo, si tratta di animali addomesticati, come il toro, il cane, il maiale, l'asino e l'ariete, spesso qualificati come “impennati” pronti per l'accoppiamento. Si afferma spesso che il pelo dell'animale deve essere strappato dal perineo o dalla coda dopo che questi ha montato la femmina: il pelo è così carico di potenza sessuale animale e può essere trasferito, attraverso il farmaco (amuleto o pozione), al paziente. Un esempio è dato dal testo *nīš libbi A* prescr. 2 in cui i peli degli animali domestici sono utilizzati per realizzare un amuleto di lana rossa con sette legature da allacciare intorno alla vita del paziente:

Suo rituale: quando un toro da riproduzione ha montato la vacca
t[u strappi] del pelo della sua gamba,
quando un ariete, un asino, un cane, un maiale ha montato [...] tu
fili con lana rossa, fai sette legamenti (e) [metti (ciò) intorno alla sua vita
ed egli guarirà].

[*nīš libbi A* prescr. 2: 6-9]

Tra le sostanze a base animale, il *rikibtu* del pipistrello *arkabu* e quello del cervo sono utilizzati frequentemente e unicamente in questo corpus terapeutico. Il significato della parola *rikibtu* è tuttora oggetto di un grande dibattito tra gli assiriologi, tutte le identificazioni, tuttavia, rimangono incerte (CHALENDAR 2018: 24-28). Sembra chiaro che il termine *rikibtu* indichi una

parte o una sostanza ricavata dai due animali, il cervo e il pipistrello *arkabu*, ma le differenze morfologiche tra questi animali rendono difficile la sua identificazione. Il fatto che il termine contenga le radici consonantiche **rkb* del verbo *rakābu* “montare sessualmente” rivela l’importanza di questo ingrediente in contesti sessuali. Infatti, il verbo è frequentemente usato negli incantesimi *nīš libbi* in riferimento all’attività sessuale degli animali. Quel che è certo è che si tratta di una sostanza considerata afrodisiaca o capace di agire sulla sessualità umana, come testimoniato dalla sua etimologia. Il *rikibtu* è associato al cervo perché è l’animale, insieme all’uro, dotato di vigore sessuale *par excellence* (ZISA 2021: 168-173). Per quanto riguarda il *rikibtu* del pipistrello *arkabu*, va notato che anche il nome di questa specie condivide la radice consonantica del verbo *rakābu*. La corrispondenza tra le consonanti del nome del pipistrello e la pratica sessuale spiega le ragioni della scelta dell’animale nelle prescrizioni. È attraverso il nome che la forza sessuale viene magicamente inviata al paziente: il nome stesso trasmette le qualità sessuali di cui l’uomo ha bisogno.

Alcune prescrizioni prevedono, come accennato sopra, la produzione di unguenti da applicare su certe parti anatomiche del paziente e della donna, alcuni dei quali sono composti da solo due ingredienti: ferro e polvere di magnetite:

Suo rituale: polvere di magnetite (e) polvere di ferro
 mescoli con olio da alabastro, reciti l’incantesimo [su di esso] sette volte;
 l’uomo [unge] (con esso) il suo pene, la donna la sua vulva [ed egli (potrà)
 avere ripetutamente rapporti sessuali].
 [*nīš libbi* n. B.2: 28-40]¹¹

L’uso di questi ingredienti ha un evidente significato magico, in quanto stabilisce un’analogia tra l’attrazione del magnete per il ferro con quella sessuale umana. Per tale ragione nel rituale *nīš libbi* n. B.1: 14-17 la polvere di magnetite è applicata sull’ombelico dell’uomo, mentre il ferro su quello della donna: gli ombelichi indicano proprio il *libbu*, la zona anatomica colpita dal malessere. Ungere i due ombelichi con tali sostanze permette il ripristino dell’attrazione magica tra il “cuore” dell’uomo e quello della donna:

Suo rituale: tu polverizzi magnetite, la mescoli con olio da alabastro,
 reciti l’incantesimo sette volte su di essa; tu (la) applichi al suo ombelico;
 tu polverizzi ferro, lo mescoli con olio da alabastro, reciti l’incantesimo sette volte su di esso,
 lo applichi all’ombelico della donna; l’uomo e la donna [troveranno sollievo] insieme.
 [*nīš libbi* n. B.1: 14-17]

Come si è visto, il pensiero analogico è al centro delle pratiche terapeutiche *nīš libbi*. Un ulteriore esempio riguarda la preparazione dello scricciolo (*diqdiqqu*) nelle prescrizioni medio-babilonesi da Ḫattuša: sale *amānu* e pianta *nīnû* sono applicati al corpo dell'uccello essiccato e polverizzato. Si noti la relazione grafica tra l'uccello e la pianta *nīnû*: il nome dello scricciolo può essere scritto NI.NI-qu, omofono del nome della pianta; un altro nome del volatile è *iššūr samēdi* “uccello della pianta *samēdu*”, il cui logogramma ^uKUR.ZI è simile a quello della pianta *nīnû* (^uKUR.RA.(SAR)) (JIMÉNEZ 2017: 342)

Come mostrato, per quanto riguarda le ragioni che stanno alla base della produzione dei farmaci e alla scelta degli ingredienti, è necessario considerare la causa della sofferenza. Se la strega è considerata l'agente è ovvio che la terapia deve contemplare gli strumenti capaci di annientarne l'operato magico. Per questo motivo, alcune prescrizioni prevedono la creazione di pozioni o amuleti con sostanze, spesso di origine vegetale, considerate in grado di agire direttamente contro l'attacco magico, e con altre capaci di ripristinare uno stato di purezza. Sebbene molti ingredienti figurino in altri testi medici per varie categorie diagnostiche, è bene precisare che molti di essi sono utilizzati, sia pure in complessi farmacologici, nel corpus testuale relativo alle patologie del tratto renale e urinario (*Tassonomia di Uruk*), mentre altri sono specifici per l'assenza di desiderio sessuale (BAM I e *Šumma šikinšu*). Alcuni ingredienti sono adoperati perché dotati di caratteristiche che il paziente ha perso (assenza di paura, purezza e brillantezza), come è il caso dell'oro e dell'argento, del lapislazzuli e dell'alabastro. Le sostanze animali, invece, cariche di vigore sessuale attraverso il contatto fisico, sono utilizzate nelle pozioni e negli amuleti, permettendo al paziente di acquisire le caratteristiche sessuali dell'animale stesso.

Lungi dal voler stabilire una relazione di causa-effetto tra ingrediente, funzione e patologia, è evidente, pertanto, che interpretare gli ingredienti delle prescrizioni dal punto di vista della farmacologia moderna riduce la complessità delle scelte fatte dai professionisti terapeutici mesopotamici nella produzione farmaceutica (ETKIN 1991: 303-319).

Formule di legittimazione divina e historiologiae

Un'altra caratteristica degli incantesimi del corpus è la presentazione della performance rituale come voluta dagli dèi. La formula che ricorre più frequentemente è “al comando di ND” (*ina qibīt ND*). Un esempio è fornito

dall'incantesimo *nīš libbi* n. D.4 in cui tale formula è in combinazione con un'altra, "l'incantesimo non è mio, è di ND" (*šiptu ul yuttun šipat* ND):

Al comando di Ištar, Šamaš, Ea e Asalluḫi;
 l'incantesimo non è mio; è l'incantesimo di Ea e Asalluḫi,
 l'incantesimo di Ištar, [patro]na dell'amore.
 [*nīš libbi* n. D.4: 58-60]

Falkenstein (1931: 19-35) sostiene, in riferimento agli incantesimi sumerici, che lo scopo di questo tipo di formule è la legittimazione dell'esorcista. Ma agli occhi di chi egli acquisirebbe tale legittimazione? Come è noto nella letteratura antropologica, l'operatore terapeutico, prima ancora di poter agire, necessita di legittimazione sociale. Come ricordano Marcel Mauss e Henri Hubert (1902-1903) la sua immagine è istituita da un'infinità di "si dice" ed egli deve solo assomigliare al suo ritratto. Tale legittimazione si articola su due livelli: quello sociale, cioè il percorso formativo intrapreso dall'operatore per acquisire il titolo ufficiale ed essere riconosciuto come tale dalla società; e quello divino, collegato al primo, che garantisce il potere curativo e il successo della performance terapeutica. Quest'ultimo è chiamato da Alan Lenzi (2010: 139) "legittimità di successione" e si fonda sul fatto che i membri della classe degli operatori rituali fanno risalire l'origine del loro potere e autorità al dio Ea. Come è evidente, la legittimità sociale si basa anche su quella divina, funzionale quest'ultima all'efficacia terapeutica. Pertanto, al momento del processo terapeutico, l'operatore, in virtù della sua carriera professionale, possiede già una legittimazione sociale, e di conseguenza la menzione delle divinità nelle formule rituali mira a enfatizzare, ai fini dell'efficacia terapeutica, quanto egli agisca per mezzo del potere divino, in quanto semplice esecutore del volere degli dèi. L'incantesimo è efficace perché appartiene al mondo divino, di cui l'esorcista si fa portavoce. La menzione delle divinità in n. D.4 è chiara: Ea e Asalluḫi sono i patroni del sapere esorcistico, Ištar è invece la dea del sesso. Mentre Ea e il figlio Asalluḫi sono frequentemente evocati, insieme ad altri dèi (Damu e Ninkarrak, Ningirim) in vari incantesimi e testi medici, l'invocazione di Ištar sembra essere peculiare di questo corpus.

Alcuni incantesimi presentano una *historiola*, racconto mitico che rievoca le gesta di entità extra-umane compiute nel tempo storico. L'incantesimo *nīš libbi* n. M.1 narra della preparazione *illo tempore* di un letto per il desiderio sessuale, metonimia dell'atto sessuale, da parte delle dee Ištar, Nanāya e Išḫara per Dumuzi, suo marito, e *Almānu*/amante, rispettivamente. Allo stesso modo, la donna che declama l'incantesimo prepara un letto per il

suo amante affinché egli possa recuperare il desiderio. Nell'incantesimo *nīš libbi* n. K.1 è descritta, invece, la creazione del genere umano da parte della coppia divina Enlil e Bēlet-ili, che determinano inoltre il suo desiderio sessuale e "sollevano il suo 'cuore'". Lo scopo di questo racconto mitico è di ricordare l'istituzione del desiderio sessuale all'origine della creazione umana come componente psicofisica essenziale dell'integrità dell'essere umano, uomini e donne.

Come è noto, secondo Ernesto de Martino, le *historiolae* hanno lo scopo di attivare un processo di destorificazione: nei momenti critici della vita, quale una malattia, la destorificazione può aiutare a superare le difficoltà momentanee ricollegandole ad un evento simile già avvenuto nel passato mitico, *illo tempore*, al di fuori della storia. Ciò significa che l'evento negativo che affligge l'uomo e la sua comunità è affrontato e risolto perché pensato come il ripetersi di un evento già accaduto e quindi suscettibile di essere superato. Il principio della *historiola* è quello del "così come", il *simila similibus*: l'evento negativo che affligge la comunità è pensato come superabile grazie al modello paradigmatico del mito (DE MARTINO 2007 [1959]: 104-108). Lo storico delle religioni David Frankfurter, riprendendo l'indagine di Tambiah, ha esaminato il potere delle parole nell'atto narrativo. Egli usa l'espressione "potere narrante" per riferirsi a «a "power" intrinsic to any narrative, any story, uttered in a ritual context, and the idea that the mere recounting of certain stories situates or directs their "narrative" power into this world» (1995: 457). Secondo lo studioso, il "potere narrante" consiste sul fatto che parola recitata conferisce un potere "mitico" al mondo storico-umano. La *historiola* comporta la predisposizione di una crisi risolta, utilizzando efficacemente le componenti autoriali del mito (FRANKFURTER 2016: 102).

Abracadabra

Il corpus *nīš libbi* comprende anche degli abracadabra pseudo-sumerici¹², le cui caratteristiche sono la ripetizione di suoni e l'alternanza di passaggi nonsense con altri che sembrano dotati di significato. Come osservato da Niek Veldhuis (1999: 48), l'assenza di regolarità a livello sintattico e grammaticale è compensata da altri mezzi linguistici, quali la ripetizione regolare di una parola, volta ad accentuare il "ritmo" del testo. Riporto di seguito due esempi del corpus¹³:

[ÉN x x] aḥ lu up pa di ra aḥ an ki nu sum nu sum
 [...] x ni kab mu bu bu **a ḥ a** **an til la ke₄**
 [...] x ti an **a ḥ a** **an ti la ke₄**
 x na ḥ a an ub bi **a ḥ a** **an ti** áb bu uk
 [nīš libbi n. F.1: 1-4]¹⁴

giš te giš te **da ga an ni**
 da-zi **da an ni** {...}
 gá-an-ga **da ga an ni** maḥ ḥ a
 [nīš libbi n. O.1: 21-23]

L'abracadabra sembra essere una combinazione di suoni priva di significato, eppure, questi “rumori” sono strutturati entro un’*organizzazione sonora* stabilita dalla ripetizione in una linea e tra le linee di certi suoni sillabici o gruppi di suoni. Si tratta di *configurazioni sonore regolari*. Ciò che il paziente percepisce è una sequenza organizzata di suoni, codificata dalla tradizione esorcistica, che benché priva di significato, è pur sempre significativa (SEVERI 2004: 229). Il paziente, pur non essendo in grado di decodificare il significato dell’abracadabra, riconosce l’autorità e la legittimazione dell’esorcista e del suo operato. L’uso di una lingua sconosciuta al paziente, inoltre, conferisce autorità alla performance terapeutica (BÖCK 2014: 191).

L’abracadabra, tuttavia, non è totalmente privo di significato. Si può osservare, infatti, un’alternanza tra suoni privi di significato e altri che sembrano invece possederlo (almeno in sumerico, già nel secondo millennio lingua morta). In n. F.1, alla fine della linea 1, la ripetuta formula nu sum è forse da leggere come nu sî “porre lo sperma” indicando probabilmente l’azione della strega sullo sperma del paziente. Nelle linee 2-4, invece, l’espressione an-ti(l-la-ke₄) richiama il “cielo” (an) e la “fine” (til). In n. O.1: 21-23 il segno UŠ può essere interpretato come giš “pene” o nita “uomo”; TE come *tehe* “avvicinarsi (sessualmente)”; da-ga-an-ni come grafia fonetica di da-gán “la sua camera da letto, dimora”; da-zi-da-an-ni “il suo lato destro”; gá-an-ga infinito del verbo ḡá-ḡá “porre” o grafia fonetica di ga-na “venire”; maḥ-ḥa forma infinitiva da maḥ+a “essere superiore, amato”. Si potrebbe, pertanto, tradurre l’abracadabra: «Pene! Avvicinati! Pene! Avvicinati alla sua(fem.) camera da letto! / (Avvicinati) al suo(fem.) lato destro! / Andiamo! (Avvicinati) alla sua(fem.) amata camera da letto!» (WASSERMAN 2016: 237-238).

La sequenza ritmica di questi suoni, insieme alla percezione di segmenti dotati di significato, interpretati in relazione all'evento comunicativo pragmatico, cioè la performance rituale, in cui il paziente riconosce l'autorità dell'esorcista, offre al paziente un'*illusione percettiva guidata* (SEVERI 2004: 236), una *proiezione*, che segna l'inizio della sua fase di guarigione. È il paziente che *dà senso* a ciò che viene pronunciato dall'esorcista (SEVERI 2004: 232) ed è attraverso la sua proiezione l'autore dell'efficacia terapeutica.

Conclusioni: ritornando sull'efficacia

Per rispondere alle domande di Biggs (2002: 78) riguardo all'efficacia di questi testi occorre chiarire i termini della discussione. Già Claude Lévi-Strauss (1958 [1949]), nel suo studio sul processo terapeutico condotto da uno sciamano kuna (Repubblica di Panama) per aiutare una donna in un parto difficile, aveva rivelato quanto il successo della terapia fosse attribuibile al linguaggio simbolico, *socialmente condiviso*, offerto al paziente, affinché possa superare la sofferenza *rappresentandola* e *pensandola*, e capace di indurre processi di guarigione endogeni a livello neurofisiologico e biochimico (LÉVI-STRAUSS 1958 [1949]: 211-218, 223). Non voglio addentrarmi nella questione di come la manipolazione dei simboli durante l'itinerario terapeutico possa agire organicamente, perché la ricerca è *in fieri* e molto dibattuta, e perché una discussione attenta delle varie teorie ci porterebbe lontano dallo scopo di questo contributo (PRINCE 1982; BIBEAU 1998 [1983]: 138-139). Il mio scopo è piuttosto quello di rintracciare la *logica* alla base delle terapie *nīš libbi*. Vi è una stretta relazione tra concezione del malessere, senso della sofferenza, teorie della persona e del sé, classificazioni etnoanatomiche e modelli di relazioni interpersonali, senza la comprensione di questa interrelazione la terapia e la sua efficacia non sarebbero comprensibili (BENEDUCE 2005: 11). Di conseguenza, non è possibile distinguere tra "efficacia simbolica" ed "efficacia reale", come sembra postulare Lévi-Strauss (LE BRETON 1991), sul modello di una nota dicotomia tra *curare* e *guarire* (WALDRAM 2000: 604-607). Questa terminologia oscura, da un lato, la componente simbolica presente anche nella biomedicina moderna, e dall'altra la capacità delle "altre" medicine di agire organicamente (LUPO 2012: 131, 149; MOERMAN 1979: 60, 2002: 14-15). Le risposte di Biggs sull'efficacia delle terapie *nīš libbi* non tengono adeguato conto della dimensione simbolico-culturale, ma al contrario riducono le strategie mediche mesopotamiche ai solo termini empirico-razionalistici della moderna biomedicina. C'è ancora una forte tendenza

in alcuni studi sulla medicina del Vicino Oriente antico a ridurla in schemi interpretativi delle moderne scienze occidentali, volte a enfatizzare solo la dimensione dell'efficacia delle proprietà chimiche delle sostanze utilizzate nelle prescrizioni, escludendo quella del significato (LUPO 2009: 169-171). L'analisi di ispirazione psicanalitica avanzata da Geller altresì non tiene conto dei diversi livelli del processo terapeutico e delle epistemologie emiche (NATHAN 1996: 17-18).

La recitazione di incantesimi è parte centrale della performance rituale, in quanto permette, grazie al suo carattere illocutorio e perlocutorio, di agire sul mondo trasformando la condizione del paziente e dei destinatari della terapia (MANNELLA 2015: 59-60). Il linguaggio poetico incantatorio contribuisce principalmente a questo scopo, stabilendo analogie tra domini come il mondo minerale, animale, vegetale da un lato, e quello del corpo pensante e della sessualità umana dall'altro. Tali metafore assicurano i processi trasformativi attuati nel rituale e nel "farmaco". La funzione poetica degli incantesimi è associata a quella conativa (usando la terminologia di Jakobson), o perlocutoria (usando quella di Austin), la quale permette ciò che Tambiah definisce "analogia persuasiva", cioè l'attuazione delle analogie stabilite dalla funzione poetica. Inoltre, la recitazione dell'incantesimo sul "farmaco" permette l'attivazione del potere terapeutico insito nel farmaco stesso.

L'assenza di desiderio sessuale si manifesta nell'uomo, ma egli non è l'unico destinatario della terapia, la donna è, infatti, un attore rituale di grande importanza, in quanto la pratica rituale deve coinvolgere tutti i membri della comunità direttamente chiamati in causa. Ciò ha lo scopo di annullare le tensioni sociali all'origine del malessere, laddove la stregoneria è considerata la causa della sofferenza.

Per quanto riguarda la causa prima, sia essa la mano divina o la strega, la pratica terapeutica agisce su più livelli: quello psicofisiologico e quello legato al senso della sofferenza. Alcuni ingredienti sembrano, infatti, agire direttamente sulla causa prima della sofferenza, per esempio la stregoneria. In questo senso, come sostenuto da Thomas J. Csordas e Arthur Kleinmann (1998 [1990]: 110), l'analisi diagnostica ed eziologica descritta non può essere considerata solo un passo verso la terapia vera e propria, ma al contrario una parte fondamentale del processo terapeutico stesso. Le *historiolae* altresì contribuiscono all'efficacia terapeutica: esse hanno la funzione di attivare un processo di destorificazione e pertanto di annullare il malessere ricollocandolo a un modello mitico paradigmatico.

Lévi-Strauss ha sottolineato nel suo studio sul canto kuna l'importanza della condivisione del linguaggio tra paziente e operatore terapeutico. Questa ipotesi interpretativa ha ricevuto molte critiche per il fatto che le indagini etnografiche successive hanno rilevato che il canto sciamanico fosse in una lingua oscura, incomprensibile alla partoriente (LADERMAN 1987; SEVERI 2004). L'uso di un linguaggio sconosciuto al paziente non è estraneo alle pratiche terapeutiche mesopotamiche, come mostrato per la recitazione di abracadabra. Tuttavia, l'esorcista e il paziente, pur non condividendo lo stesso contenuto linguistico (= significato), condividono lo stesso *orizzonte di senso*. Inoltre, l'uso di un linguaggio oscuro conferisce autorità all'esorcista, così come le formule "al comando di ND" o "l'incantesimo non è mio, è di ND".

In conclusione, ogni considerazione sulla "verità" dell'efficacia delle pratiche mediche mesopotamiche a partire dalle prospettive della biomedicina, delle scienze biologiche e di quelle psicologiche e psicoanalitiche è inappropriata. Una terapia è efficace contestualmente, quando fornisce le risposte ai problemi posti dall'evento-malattia, che variano a seconda dei vari contesti storico-culturali (SEPPILLI T. 1996: 21). E pare che tali terapie per il recupero di desiderio sessuale lo facciano.

Note

⁽¹⁾ Per una nuova edizione dei testi si veda ZISA 2021, a cui si fa riferimento in questa sede per i testi citati. Per la trascrizione dei testi si sono seguite le convenzioni tipografiche vigenti in assiriologia: sumerico (sum.) in carattere espanso, accadico (acc.) in corsivo, i sumerogrammi utilizzati in accadico in maiuscoletto e i segni cuneiformi in maiuscolo. Per le abbreviazioni assiriologiche si veda l'elenco fornito dalla *Cuneiform Digital Library Initiative* (CDLI) al seguente link: https://cdli.ox.ac.uk/wiki/abbreviations_for_assyriology [consultato il 13/05/2021].

⁽²⁾ In questo articolo traduco il termine come 'cuore' per indicare, come in molte lingue occidentali moderne, sia la dimensione organica che quella psico-emotiva.

⁽³⁾ L'equazione "incantesimo (= magia) : psiche = prescrizioni mediche (= (bio)medicina) : malattia fisica" è proposta anche da GELLER 2015: 9, secondo cui gli incantesimi essenzialmente agiscono a livello psicologico, mentre le prescrizioni mediche sugli aspetti fisici della malattia. Per la stessa idea si veda BÖCK 2014: 192, secondo la quale gli incantesimi medici *accompagnano* la cura.

⁽⁴⁾ Si vedano anche EVANS-PRITCHARD 1937 [1976]: 25; BIBEAU 1982; SINDZINGRE, ZEMPLÉNI 1981; LUPO 2012: 138-142. Per la Mesopotamia MAUL 2004.

⁽⁵⁾ A livello comparativo si veda la terapia dell'ernia infantile eseguita a Pescopagano (provincia di Potenza) ogni 25 marzo per la festività dell'Annunciazione di Maria

(DI NOLA 1983: 13-101), la quale fino al secolo scorso aveva molti paralleli in altre località italiane così come in molti paesi europei. Il rituale prevede la realizzazione di un arco a partire da un lungo taglio longitudinale su un ramo di rovo (*Rubus*) privato di foglie e aculei. Nell'arco viene fatto "passare" tre volte con i piedi in avanti un neonato o un bambino maschio nudo di età inferiore a un anno. A occuparsi della "passata" rituale sono gli uomini, dei quali l'ultimo che riceve il bambino diventerà il suo compare effettivo extra-liturgico. Il rituale ha la funzione di prevenire nei maschi l'ernia infantile, più precisamente il prollasso o l'ernia dello scroto (o forme di ernia inguinale non scrotale che in qualche modo coinvolgono lo scroto o la zona genitale). Il successo della terapia è correlato alla sorte del ramo-arco di rovo che dopo la cerimonia è ripiantato nel terreno: se esso germoglierà la terapia preventiva avrà avuto successo, in caso contrario bisognerà ripetere la performance rituale. Come rivelato da Alfonso M. Di Nola, nella diagnostica emica l'ernia infantile dello scroto può mettere in crisi le funzioni generative future del bambino e pertanto è possibile rintracciare un nesso semantico tra *Sesso-ernia-potere generativo*: «L'eventualità dell'impotenza sessuale è ancora avvertita come demartiniana esposizione al rischio del non-essere storico, e allora i santi locali, che hanno sostituito i grandi dèi, vengono coinvolti in un'operazione collettiva che garantisce all'infante e al gruppo il *vigor* futuro, perché le generazioni si moltiplichino» (DI NOLA 1983: 101). Si noti che l'antropologo italiano (1983: 37) confronta tali terapie con il rituale ittita di Paškuwatti dove un ruolo centrale tra gli oggetti rituali è giocato proprio dall'arco, il quale è simbolo di vigore sessuale e maschilità anche nelle terapie mesopotamiche in questione (si veda il rito dell'arco in ZISA 2021: 195-200). Tuttavia, quale sia la funzione di questo complesso rituale ittita – tra alcune proposte: ripristino della potenza sessuale, antidoto contro l'omosessualità ed effeminatezza – è oggetto di un acceso dibattito tra gli ittitologi ancora *in fieri* e lontano dal giungere a una conclusione.

⁽⁶⁾ Si vedano ABUSCH, SCHWEMER 2011: n. 7.8.1: 18'; 8.5: 131"-132"; 9.1: 20, 24; 10.4.1: 29ss; 12.1: 31-32; *Maqlû* (ABUSCH 2016): III 110: 76; IV 116-118.

⁽⁷⁾ Si vedano ABUSCH, SCHWEMER 2011: n. 7.8.3: 24'; 7.8.4: 6', 8'; 7.8.6: 31'; *Maqlû* (ABUSCH 2016): IV 112; V 31; VI 22; VI 28.

⁽⁸⁾ In questo passaggio i tendini allungati e quelli saldamente legati sono paragonati, attraverso una similitudine, alla borsa di cuoio del mercante. Il paragone è possibile per mezzo dell'assonanza fonetica tra la borsa (*kīsu*) e il verbo "legare" (*kasû*). Si noti che il termine *kīsu* ha due significati: borsa di cuoio del mercante; legamento (CAD K 430-433, A-B; AHw. II 487, II-III).

⁽⁹⁾ Il legamento del corpo è altresì un esempio di "oggettivazione" del dolore: esso è descritto come un oggetto esterno (una corda), materializzazione del male che immobilizza la vittima (SALLABERGER 2007: 297). Come scrive Elaine Scarry (1985: 172), descrivere il dolore usando l'immagine di un oggetto significa pensarlo come un qualcosa che per la sua distanza dal corpo può essere rimosso, portando via alcuni degli attributi del dolore. Il legamento può così essere sciolto e la sofferenza allontanata.

⁽¹⁰⁾ Uso qui il termine "farmaco" piuttosto che "medicina" perché, come molti antropologi hanno sottolineato, non è possibile distinguere tra biomedicina (farmaco) e "medicina tradizionale e popolare" (medicina), a dimostrazione dell'artificialità di

categorie analitiche come “tradizionale” e “popolare” (DOZON 1987; SCHIRRIPIA 1996, 2015: 22-33; PIZZA 2005: 155-161, 2012).

⁽¹⁾ Si vedano anche *nīš libbi* n. D.2: 21-23; n. E.1: 15-17; L prescr. 6: 16-18.

⁽²⁾ Il sumerico non è l'unica lingua da cui questi testi sembrano derivare: alcuni sono scritti in pseudo-elamico o pseudo-hurrita (FINKEL 1976: 58-59; EDZARD, KAMMENHUBER 1976-1980: 509-510; LAMBERT 1983; VAN DIJK, GOETZE, HUSSEY 1985: 3-4; VELDHUIS 1999: 46-48; PRECHEL, RICHTER 2001; BÖCK 2014: 187-190; KREBERNIK 2018).

⁽³⁾ Ripetizione nella stessa riga in corsivo, ripetizione tra righe in grassetto.

⁽⁴⁾ Si noti inoltre la ripetizione delle occlusive bilabiali sorda e sonora /p/ e /b/: 1. lu up pa; 2. mu bu bu; 4. ub bi; áb bu uk. Si vedano anche le varianti sonore di / a ḫa / (ll. 2-4): 1. aḫ; ra aḫ; 4. na ḫa an. Le linee 1 e 4 condividono una struttura sonora-vocale simile: 1. aḫ/na aḫ an; 2. lu up pa di/ub bi; 3. ra aḫ/a aḫ; 4. an ki/an ti; nu sum nu sum/áb bu uk.

Bibliografia

ABUSCH Tz. (2002), *Mesopotamian Witchcraft. Toward a History and Understanding of Babylonian Witchcraft Beliefs and Literature*, Ancient Magic and Divination 5, Brill Styx, Leiden/Boston/Köln.

ABUSCH Tz. (2016), *The Magical Ceremony Maqlû. A Critical Edition*, Ancient Magic and Divination 10, Brill, Leiden/Boston.

ABUSCH Tz., SCHWEMER D. (2011), *Corpus of Mesopotamian Anti-Witchcraft Rituals, vol 1*, Ancient Magic and Divination 8.1, Brill, Leiden-Boston.

ASHER-GREVE J.M. (1998), *The Essential Body: Mesopotamian Conceptions of the Gendered Body*, pp. 8-37 in WYKE M. (a cura di), *Gender and the Body in the Ancient Mediterranean*, Blackwell Publishers, Oxford.

ATTIA A., BUISSON G. (2012), *BAM 1 et consorts en transcription*, “Journal des Médecines Cunéiformes”, Vol. 19: 22-50.

AUGÉ M. (1994), *Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement*, pp. 35-92 in AUGÉ M., HERZLICH C. (a cura di), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris.

AUSTIN J. (1962), *How to Do Things with Words. The William James Lectures delivered at Harvard University in 1955*, Clarendon Press, Oxford.

BENEDEUCE R. (2005), *Dall'efficacia simbolica alle politiche del sé*, pp. 7-27 in BENEDEUCE R., ROUDINESCO E. (a cura di), *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri, Torino.

BIBEAU G. (1982), *A Systems Approach to Ngbandi Medicine*, pp. 43-84 in YODER P.S. (a cura di), *African Health and Healing Systems: Proceedings of a Symposium*, Crossroads Press, Los Angeles.

BIBEAU G. (1998 [1983]), *L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi*, pp. 131-158 in LANTERNARI V., CIMINELLI M.L. (a cura di), *Medicina, Magia, Religione, Valori. II. Dall'antropologia medica all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.

BIGGS R. (1967), *ŠÀ.ZI.GA. Ancient Mesopotamian Potency Incantations*, Texts from Cuneiform Sources 2, J.J. Augustin Publishers, Locust Valley, New York.

- BIGGS R. (2002), *The Babylonian Sexual Potency Texts*, pp. 71-78 in PARPOLA S., WHITING R.M. (a cura di), *Sex and Gender in the Ancient Near East. Proceedings of the 47th Rencontre Assyriologique Internationale, Helsinki, July 2-6, 2001*, Neo-Assyrian Text Corpus Project, Helsinki.
- BÖCK B. (2014), *The Healing Goddess Gula. Towards an Understanding of Ancient Babylonian Medicine, Culture and History of the Ancient Near East 67*, Brill, Leiden-Boston.
- CHALENDAR V. (2018), *Éléments de pharmacopée mésopotamienne : retour sur l'ingrédient rikibtu*, "Journal des Médecines Cunéiformes", Vol. 32: 24-55.
- COUTO-FERREIR M.É. (2009), *Etnoanatomía y paronomía del cuerpo humano en sumerio y acadio. El léxico Ugu-mu*, tesi di dottorato, Universitat Pompeu Fabra, Barcellona.
- CSORDAS T.J., KLEINMAN A. (1998 [1990]), *Il processo terapeutico*, pp. 109-129 in LANTERNARI V., CIMINELLI M.L. (a cura di), *Medicina, Magia, Religione, Valori. II. Dall'Antropologia medica all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.
- CSORDAS T.J. (1990), *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, "Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 18(1): 5-47.
- CSORDAS T.J. (1997), *Prophecy and the Performance of Metaphor*, "American Anthropologist New Series", Vol. 99(2): 321-332.
- CSORDAS T.J. (1999), *Embodiment and Cultural Phenomenology*, pp. 143-162 in WEISS G., HABER F. (a cura di), *Perspectives on Embodiment: The Intersection of Nature and Culture*, Taylor and Francis, New York/London.
- DE MARTINO E. (2007 [1959]), *Sud e Magia*, Feltrinelli, Milano.
- DI NOLA A.M. (1983), *L'arco di rovo. Impotenza e aggressività in due rituali del Sud*, Boringhieri, Torino.
- DOZON J.-P. (1987), *Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire*, "Politique Africaine", Vol. 28: 9-20.
- EDZARD D.O., KAMMENHUBER A. (1976-1980), *Hurriter*, in *Reallexikon der Assyriologie und vorderasiatischen Archäologie*, V, De Gruyter, Berlin/New York, 509-510.
- ENFIELD N.J., WIERZBICKA A. (2002), *The Body in Description of Emotion*, "Pragmatics & Cognition", Vol. 10(1-2): 1-25.
- ETKIN N.L. (1991), *Cultural Construction of Efficacy*, pp. 299-236 in VAN DER GEEST S., REYNOLDS WHITE S. (a cura di), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Het Spinhuis Publishers, Amsterdam.
- EVANS-PRITCHARD E.E. (1937 [1976]), *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, Clarendon Press, Oxford.
- FALKENSTEIN A. (1931), *Die Haupttypen der sumerischen Beschwörung*, Leipziger semitistische Studien 1, Hinrichs, Leipzig.
- FINKEL I.L. (1976), *HUL.BA.ZI.ZI. Ancient Mesopotamian Exorcistic Incantations*, tesi di dottorato, University of Birmingham, Birmingham.
- FRANKFURTER D. (1995), *Narrating Power: The Theory and Practice of the Magical Historiola in Ritual Spells*, pp. 457-476 in MEYER M., MIRECKI P. (a cura di), *Ancient Magic and Ritual Power*, Brill, Leiden.
- FRANKFURTER D. (2016), *Narratives That Do Things*, pp. 96-106 in JOHNSTON S.I. (a cura di), *Religion: Narrating Religion*, Gale, Cengage Learning, Farmington Hills.

- GELLER M.J. (1999), *Freud and Mesopotamian Magic*, pp. 49-55 in ABUSCH Tz., VAN DER TOORN K. (a cura di), *Mesopotamian Magic: Textual, Historical, and Interpretative Perspectives*, Ancient Magic and Divination I, Styx Publications, Groningen.
- GELLER M.J. (2005), *Renal and Rectal Disease Texts*, Die babylonisch-assyrische Medizin in Texten und Untersuchungen 7, De Gruyter, Berlin/New York.
- GELLER M.J. (2014), *Melothesia in Babylonia: Medicine, Magic, and Astrology in the Ancient Near East*, Science, Technology, and Medicine in Ancient Cultures 2, De Gruyter, Berlin/Boston.
- GELLER M.J. (2015), *Ancient Babylonian Medicine. Theory and Practice*, John Wiley & Sons, New York.
- GLUCKMAN M. (1970 [1956]), *Custom and Conflict in Africa*, Basil Blackwell, Oxford.
- GOOD B.J. (1977), *The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 1(1): 25-58.
- GOOD B.J. (2003 [1994]), *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GUGGINO E. (2006), *Fate, sibille e altre strane donne*, Sellerio, Palermo.
- HEESSEL N.P. (2004), *Reading and Interpreting Medical Cuneiform Texts – Methods and Problems*, "Journal des Médecines Cunéiformes", Vol. 3: 2-9.
- HEESSEL N.P. (2007), *The Hands of the Gods: Disease Names, and Divine Anger*, pp. 120-130 in GELLER M.J., FINKEL I.L. (a cura di), *Disease in Babylon*, Cuneiform Monographs 36, Brill, Leiden/Boston.
- HERRERO P. (1984), *La thérapeutique mésopotamienne*, Éditions Recherche sur les civilisations, Paris.
- JAKOBSON R. (1960), *Closing Statements: Linguistics and Poetics*, pp. 350-377 in SEBEOK T.A. (a cura di), *Style in Language*, The M.I.T. Press, Cambridge MA.
- JAQUES M. (2006), *Le vocabulaire des sentiments dans les textes sumériens: recherche sur le lexique sumérien et akkadien*, Alter Orient und Altes Testament 332, Ugarit-Verlag, Münster.
- JIMÉNEZ E. (2017), *The Babylonian Disputation Poems. With Editions of the Series of the Poplar, Palm and Vine, the Series of the Spider, and the Story of the Poor, Forlorn Wren*, Culture and History of the Ancient Near East 87, Brill, Leiden/Boston.
- KARAHASHI F. (2000), *Sumerian Compound Verbs with Body-Part Terms*, tesi di dottorato, University of Chicago, Chicago.
- KIRMAYER L.J. (1992), *The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience*, "Medical Anthropology Quarterly, New Series", Vol. 6(4): 323-346.
- KLEINMAN A. (1973), *Medicine's Symbolic Reality. On a Central Problem in the Philosophy of Medicine*, "Inquiry", Vol. 16: 206-213.
- KREBERNIK M. (2018), *Eine neue elamische Beschwörung aus der Hilprecht-Sammlung (HS 2338) im Kontext alloglotter Texte der altbabylonischen Zeit*, pp. 13-48 in MOFIDI-NASRABADI B., PRECHEL D., PRUSS A. (a cura di), *Elam and its Neighbors. Recent Research and New Perspectives. Proceedings of the International Congress Held at Johannes Gutenberg University Mainz, September 21-23, 2016*, Elamica 8, Hildesheim.
- LADERMAN C. (1987), *The Ambiguity of Symbols in the Structure of Healing*, "Social Science and Medicine", Vol. 24: 293-301.

- LAKOFF G., JOHNSON M. (1980), *Metaphors we live by*, The University Of Chicago Press, Chicago/London.
- LAMBERT W.G. (1983), *Exorcistic Mumbo Jumbo*, "Revue d'Assyriologie et d'Archéologie Orientale", Vol. 77: 94-95.
- LE BRETON D. (1991), *Corps et anthropologie. De l'efficacité symbolique*, "Diogenè", Vol. 153: 92-107.
- LEACH E.R. (1966), *Ritualization in Man in Relation to Conceptual and Social Development, A Discussion on Ritualization of Behaviour in Animals and Man*, Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences, Vol. 251(772): 403-408.
- LENZI A. (2010), Šiptu ul yuttum. *Some Reflections on a Closing Formula in Akkadian Incantations*, pp. 131-166, in STACKERT, J., NEVLING PORTER B., WRIGHT D.P. (a cura di), *Gazing on the Deep. Ancient Near Eastern and Other Studies in Honor of Tzvi Abusch*, CDL Press, Bethesda, MD.
- LÉVI-STRAUSS C. (1958 [1949]), *L'efficacité symbolique*, pp. 205-226 in LÉVI-STRAUSS C., *Anthropologie structurale*, Plon, Paris.
- LOTMAN J. (1976 [1971]), *Analysis of the Poetic Text*, Ardis, Ann Arbor, Michigan.
- LUPO A. (2009), *Il mais nella croce. Pratiche e dinamiche religiose nel Messico indigeno*, CISU, Roma.
- LUPO A. (2012), *Malattia ed efficacia terapeutica*, pp. 127-155 in COZZI D. (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- MANNELLA P.L.J. (2015), *Il sussurro magico. Scongiuri, malessere e orizzonti cerimoniali in Sicilia*, Edizioni Museo Pasqualino, Palermo.
- MAUL S.M. (1994), *Zukunftsbewältigung. Eine Untersuchung altorientalischen Denkens anhand der babylonisch-assyrischen Löserituale (Namburbi)*, Baghdader Forschungen 18, P. von Zabern, Mainz am Rhein.
- MAUL S.M. (2004), *Die Lösung vom Bann: Überlegungen zu altorientalischen Konzeptionen von Krankheit und Heilkunst*, pp. 79-95 in HORSTMANSHOFF H.F., STOL M. (a cura di), *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine*, Studies in Ancient Medicine 27, Brill, Leiden.
- MAUSS M., HUBERT H. (1902-1903), *Esquisse d'une théorie générale de la magie*, "L'Année sociologique", Vol. 7: 1-146.
- MOERMAN D.E. (1979), *Anthropology of Symbolic Healing*, "Current Anthropology", Vol. 20(1): 59-66.
- NATHAN T. (1996), *Manifesto per una psicopatologia scientifica*, pp. 14-101 in NATHAN T., STENGERI I., *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- ONG W.J. (1990), *Orality and Literacy. The Technologizing of the World*, Routledge, London.
- OPPENHEIM A.L. (1941), *Idiomatic Accadian (Lexicographical Researches)*, "Journal of the American Oriental Society", Vol. 61(4): 251-271.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Firenze.
- PIZZA G. (2012), *La medicina popolare – una riflessione*, pp. 181-204 in COZZI D. (a cura di) *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- PRECHEL D., RICHTER T. (2001), *Abrakadabra oder Althurratisch. Betrachtungen zu einigen altbabylonischen Beschwörungstexten*, pp. 333-372 in RICHTER T., PRECHEL D., KLINGER J. (a cura di), *Kulturgeschichten. Altorientalische Studien für Volkert Haas zum 65 Geburtstag*, Harrassowitz, Saarbrücken.
- PRINCE R. (1982), *Shamans and Endorphins: Hypotheses for a Synthesis*, "Ethos", Vol. 10(4): 409-423.
- SALIN S. (2020), *Le espressioni della sofferenza individuale nei testi assiro-babilonesi*, Alteritas, Verona.

- SALLABERGER W. (2007), *Reinheit. A. Mesopotamien*, in *Reallexikon der Assyriologie und vorderasiatischen Archäologie*, XI, De Gruyter, Berlin-New York, pp. 295-299.
- SCARRY E. (1985), *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*, Oxford University Press, Oxford-New York.
- SCHIRRIPA P. (1996), *Promesse e minacce della medicina tradizionale africana*, "AM. Rivista della società italiana di antropologia medica", Vol. 1-2: 155-178.
- SCHIRRIPA P. (2015), *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, Argo, Lecce.
- SCHWEMER D. (2007), *Abwehrzauber und Behexung. Studien Zum Schadenzauberglauben im alten Mesopotamien*, Harrassowitz, Wiesbaden.
- SCURLOCK J.A. (2006), *Magico-medical Means of Treating Ghost-induced Illnesses in Ancient Mesopotamia*, *Ancient Magic and Divination* 3, Brill, Leiden/Boston.
- SEPPILLI A. (1962), *Poesia e magia*, Einaudi, Torino.
- SEPPILLI T. (1996), *Antropologia medica: i fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", Vol. 1-2: 7-22.
- SEVERI C. (2004), *Il percorso e la voce. Un'antropologia della memoria*, Einaudi, Torino.
- SHARIFIAN F. et alii (a cura di) (2008), *Culture, Body, and Language Conceptualizations of Internal Body Organs across Cultures and Languages*, De Gruyter Mouton, Berlin/Boston.
- SINDZINGRE N., ZEMPLÉNI N. (1981), *Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire*, "Social Science & Medicine", Vol. 15(3): 279-293.
- STADHOUDERS H. (2011), *The Pharmacopoeia Handbook Šammu šikinšu – An Edition*, "Journal des Médecines Cunéiformes", Vol. 18: 1-55.
- STEINERT U. (2016), *Körperwissen, Tradition und Innovation in der babylonischen Medizin*, pp. 195-254, in RENGER A.-B., WULF C. (a cura di), *Körperwissen: Transfer und Innovation*, "Paragrana. Internationale Zeitschrift für Historische Anthropologie", Vol. 25(1), De Gruyter, Berlin.
- STEINERT U. (2020), *Pounding Hearts and Burning Livers: The 'Sentimental Body' in Mesopotamian Medicine and Literature*, pp. 410-469 in HSU D., LLOP RAUDÀ J. (a cura di), *The Expression of Emotions in Ancient Egypt and Mesopotamia*, *Culture and History of the Ancient Near East*, Brill, Leiden/Boston.
- TAMBAH S.J. (1968), *The Magical Power of Words*, "Man New Series", Vol. 3(2): 175-208.
- TAMBAH S.J. (1981), *A Performative Approach to Ritual*, "Proceedings of British Academy 1979", Vol. 65: 113-169.
- TAMBAH S.J. (1985), *Form and Meaning of Magical Acts*, pp. 60-86 in TAMBAH S.J., *Culture, Thought, and Social Action. An Anthropological Perspective*, Harvard University Press, Cambridge.
- TURNER V.W. (1967), *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*, NY Cornell Univ. Press, Ithaca.
- VAN DIJK J.J., GOETZE A., HUSSEY M.I. (1985), *Early Mesopotamian Incantations and Rituals*, Yale Oriental Series II, Yale University Press, New Haven.
- VELDHUIS N. (1999), *Poetry of Magic*, pp. 35-48 in ABUSCH TZ., VAN DER TOORN K. (a cura di), *Mesopotamian Magic, Textual, Historical, and Interpretative Perspective*, *Ancient Magic and Divination* 1, Styx Publications, Groningen.
- VERDERAME L. (2013), *Means of Substitution. The Use of Figurines, Animals, and Human Beings as Substitutes in Assyrian Rituals*, pp. 301-323 in AMBOS C., VERDERAME L. (a cura di), *Approaching Rituals*

in *Ancient Cultures. Questioni di rito: Rituali come fonte di conoscenza delle religioni e delle concezioni del mondo nelle culture antiche*, Rivista di Studi Orientali Nuova Serie LXXXVI, Suppl. 2, Pisa/Roma.

VERDERAME L. (2021), *Il motivo del "giusto sofferente" nell'antica Mesopotamia*, "Studi e materiali di storia delle religioni", Vol. 87(1): 222-241.

WALDRAM J.B. (2000), *The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues*, "Medical Anthropology Quarterly, New Series", Theme Issue: Ritual Healing in Navajo Society, Vol. 14(4): 603-625.

WASSERMAN N. (2016), *Akkadian Love Literature of the Third and Second Millennium BCE*, Leipziger Altorientalistische Studien 4, Harrassowitz Verlag, Wiesbaden.

WHYTE S.R., VAN DER GEEST S., HARDON A. (2002), *The Social Life of Medicines*, Cambridge University Press, Cambridge.

ZISA G. (2012), *Sofferenza, malessere e disgrazia. Metafore del dolore e senso del male nell'opera paleobabilonese 'Un uomo e il suo dio': un approccio interdisciplinare*, "Historiae", Vol. 9: 1-30.

ZISA G. (2020), *Going, Returning, Rising. The Movement of the Organs in the Mesopotamian Anatomy*, "Kaskal. Rivista di storia, ambienti e culture del Vicino Oriente antico", Vol. 16: 453-476.

ZISA G. (2021), *The Loss of Male Sexual Desire in Ancient Mesopotamia. Niš Libbi Therapies*, Medical Traditions 5, De Gruyter, Berlin-Boston.

Scheda sull'Autore

Gioele Zisa (Palermo 1988) è iscritto al dottorato in Patrimonio culturale presso l'Università di Palermo per cui svolge una ricerca etnografica sull'arte di narrazione persiana *naqqāli*. Ha discusso il dottorato di ricerca in assiriologia presso la Ludwig-Maximilians-Universität di Monaco di Baviera con una tesi sulle terapie per il recupero del desiderio sessuale in Mesopotamia. Ha condotto periodi di ricerca anche a Venezia (VIU), Germania (FU Berlino e JMU Würzburg), Regno Unito (British Museum) e Iran (University of Teheran). Ha pubblicato la monografia *The Loss of Male Sexual Desire in Ancient Mesopotamia. Niš libbi Therapies* (De Gruyter), e co-curato i volumi *Chances and Problems of Cultural Anthropological Prospective in Ancient Studies* (DWJ 4, 2020), *Miti, culti, saperi. Per un'antropologia religiosa della Mesopotamia antica* (2021) e *Dendrolatrie. Miti pratici dell'immaginario arboreo* (2021). I suoi temi di ricerca riguardano la terapeutica e la religiosità mesopotamica e gli studi folklorici in Iran, con particolare riguardo alle forme di narrazione tradizionale e ai fenomeni di religiosità popolare. I suoi lavori sono dedicati a promuovere un proficuo scambio interdisciplinare tra antropologia culturale, studi di genere e studi sul Vicino Oriente antico.

Riassunto

Medicina babilonese e antropologia medica. Sull'efficacia delle terapie per il ripristino del desiderio sessuale maschile in Mesopotamia.

La ricerca sui sistemi medici dell'antica Mesopotamia ha registrato notevoli progressi negli ultimi anni e si è arricchita dei contributi teorici delle scienze sociali. Questo contributo mostra come gli approcci teorico-metodologici dell'antropologia medica

possano essere utili alla comprensione della logica interna alle terapie *nīš libbi*, volte al recupero del desiderio sessuale maschile. L'articolo esplora i sistemi classificatori mesopotamici relativi al corpo e alle patologie, così come la relazione tra *agency* maschili e femminili nell'itinerario terapeutico. Altre questioni sono indagate: i destinatari della cura; la sintomatologia e l'ideologia del legamento; l'interrelazione tra incantesimi e prescrizioni; l'analisi eziologica; la funzione di abracadabra e *historiolae*.

Parole chiave: medicina mesopotamica, perdita di desiderio sessuale, efficacia terapeutica, *nīš libbi* terapie, Vicino Oriente antico

Resumen

Medicina babilónica y antropología médica. Sobre la eficacia de las terapias para el restablecimiento del deseo sexual masculino en Mesopotamia.

La investigación sobre los sistemas médicos de la antigua Mesopotamia ha progresado considerablemente en los últimos años y se ha enriquecido con las aportaciones teóricas de las ciencias sociales. Este artículo pretende mostrar cómo las teorías y metodologías de la antropología médica pueden ser útiles para entender la lógica interna de las terapias *nīš libbi*, destinadas a restablecer el deseo sexual masculino. El artículo explora los sistemas clasificatorios mesopotámicos relacionados con el cuerpo y las patologías, así como la relación entre las *agencias* masculina y femenina en el itinerario terapéutico. Se investigan otras cuestiones como los destinatarios del tratamiento, la sintomatología e ideología de la ligadura, la interrelación entre encantamientos y prescripciones, el análisis etiológico y la función del abracadabra y las *historiolae*.

Palabras claves: medicina mesopotámica, pérdida de deseo sexual, eficacia terapéutica, terapias *nīš libbi*, Oriente Próximo antiguo

Résumé

Médecine babylonienne et anthropologie médicale. Sur l'efficacité des thérapies pour la récupération du désir sexuel masculin en Mésopotamie.

Les recherches les plus récentes sur les systèmes médicaux de la Mésopotamie antique ont révélé des progrès considérables par suite aussi des contributions théoriques des sciences sociales. Le présent article vise à illustrer la portée des approches théoriques et méthodologiques de l'anthropologie médicale permettant la compréhension des logiques internes des thérapies *nīš libbi* dont l'objectif est de rétablir le désir sexuel masculin. Cette étude est également consacrée aux systèmes classificatoires mésopotamiens relatifs au corps et aux pathologies, ainsi qu'au rapport entre l'agentivité masculine et féminine au sein de l'itinéraire thérapeutique. Enfin, il a été possible de traiter des questions supplémentaires et notamment: les destinataires du traitement; la symptomatologie et l'idéologie de la liaison; l'interrelation entre les sortilèges et les prescriptions; l'analyse étiologique; la fonction des abracadabra et des *historiolae*.

Mots-clés: médecine mésopotamienne, perte du désir sexuel, efficacité thérapeutique, thérapies *nīš libbi*, Proche-Orient ancien

Il paziente accompagnatore: Dante incontra Virgilio

Paolo Zuppi

UOSD endocrinologia San Camillo-Roma. [pzuppi@scamilloforlanini.rm.it]

Junia Klein

volontaria ANIPI Lazio Onlus [jklein7557@gmail.com]

Carlo Resti

responsabile URP San Camillo-Roma [cresti@scamilloforlanini.rm.it]

Elisabetta Rossi

cardiologa e psicoterapeuta [eliros@libero.it]

Marta Casini

antropologa, volontaria AIMAC [martacasini93@gmail.com]

Abstract

The Accompanying Patient: Dante Meets Virgil

Illness changes personal and social identity. Biomedicine offers only a technical response without meeting the needs of the sick man. Dialogue with a person who has already gone through the same difficulties is profoundly beneficial. Effective care must be intertwined with different skills, roles and contributions in a network of threads / friendships, dynamic, trans-actional, inter-active, multidimensional intersubjective, ontonomic, which reflects human complexity; a network that can support an in-firm in its arduous path of realization.

Keywords: care, biomedicine, complexity, volunteering, intersubjectivity

Solo insieme possiamo raggiungere ciò che
ciascuno di noi cerca di raggiungere
(JASPERS 2009: 527).

Questo articolo è composto da tre differenti contributi: il primo narrativo esperienziale di una paziente-accompagnatrice, il secondo di un medico e il terzo di una antropologa.

Ogni disciplina ha una sua propria epistemologia, metodologia, gergo, finalità, riferimenti. Idiomi e codici scientifici a volte sembrano espressioni di lingue lontanissime e non dialetti della stessa famiglia linguistica. Le differenze potrebbero ostacolare la comprensione e la collaborazione fra gli esperti di scienze diverse. Ogni contributo è un frammento, un sapere parziale, un filo chiamato alla umile tessitura della rete che è la possibile sapienza. La Vita non è altrimenti rappresentabile, la sua unica rappresentazione è sé stessa, unità inscindibile di simbolo e significato.

Una paziente accompagnatrice: dantevirgilio bifronte

Arrivai in neurochirurgia puntuale alle ore 15, come mi fu detto la mattina stessa alle 9, una telefonata inaspettata che per me fu come una fucilata. Ricordo solo che presi il trenino da sola (perché io sono una wonder woman che vuole fare tutto da sola), ma si sentiva perfettamente il rumore del battere dei miei denti, che non riuscivo a fermare. Capii che siamo animali, con un istinto animale al di là di ogni possibile controllo. Mi diedero il letto 30 e sotto le ascelle avevo una chiazza di sudore che arrivava al punto vita, ma il battere dei denti iniziava a scemare. Fu poco dopo che l'infermiera mi disse: «Ah, lei deve fare una transfenoidale? Vada a vedere il paziente al 27 che l'ha fatta ieri...». Timidamente e con un senso di nausea allo stomaco mi affacciai alla stanza di fronte. Ero Dante, e avrei incontrato un inconsapevole Virgilio che ebbe il potere di sgonfiare il mio terrore come un soufflé aprendo il forno. Vidi un uomo più o meno della mia età, IN PIEDI, SULLE SUE GAMBE! Aveva il naso tamponato e mi sorrise interrogativo. Gli chiesi, incredula: «Ma lei è stato operato IERI???» E lui, calmo e gentile, mi disse: «Sì! Anche lei adenoma ipofosario? Stia tranquilla, vede? Sono già in piedi! Domani mi tolgono i tamponi». Sorrideva, calmo e rassicurante. Non ero più all'inferno nel mezzo del cammino della mia vita.

Tornai al mio letto che il mio pilota automatico mi aveva abbandonato. Ero tornata in me, sentivo le mie mani in modalità defrost.

Dopo molti mesi, associatami alla ANIPI e aderendo al progetto Paziente Accompagnatore, volli essere anche io quel Virgilio così balsamico, cercando di imitare al meglio quel paziente del Letto 27 che aveva avuto l'immenso potere di scaldare le mie mani pur senza sfiorarle.

Il dottor Zuppi mi chiamava quando c'era qualche paziente a cui, fresco di diagnosi, era arrivata quella fucilata che innescava il meccanismo del terrore, dell'istinto di fuga, o del fingersi morto, dipende dal nostro istinto

animale. E allora eccomi. Calma, sorridente, rassicurante. «Non devi preoccuparti, è una cosa fattibilissima!» e spiegando che non si sentirà dolore, che i tamponi si sopportano, che è una avventura percorribile, necessaria per la guarigione, mostro i selfie che io e la mia vicina di letto ci facevamo, tappate entrambe, sorridendo abbracciate.

Dico che per me è alla fine stato semplice, come dover tuffarmi in una piscina per raggiungere la sponda opposta a nuoto. Devi solo tuffarti, e nuotare. Prima che te lo aspetti, sentirai con la mano il bordo del muro opposto della vasca.

Un medico: l'accompagnatore paziente/ il paziente accompagnatore

La malattia ci strappa alle nostre abitudini, sovverte la routine della nostra vita, i nostri valori, gli affetti, modifica la nostra identità personale e il ruolo sociale, ci costringe a un pellegrinaggio indesiderato in un territorio sconosciuto. La malattia, con i suoi sintomi, le sue terapie, speranze e delusioni, invade e riempie la quotidianità diventando l'unico centro di gravità dell'esistenza.

La medicina biologica, tuttora basata sui paradigmi teorici della scienza lineare ottocentesca, approccia il reale frammentandolo, scomponendolo in eventi semplici, isolati, non influenzati da altre variabili, ripetibili e quindi prevedibili. Il riduzionismo scompone il malato in rappresentazioni parziali, in numeri isolati, in quantità manipolabili, nel tentativo di riparare il meccanismo di una "macchina" che si assume essere unicamente la somma delle parti. La vita sfugge alla semplificazione poiché è un sistema complesso, non frammentabile, in cui il totale è diverso dalla somma delle parti. La medicina biologica non è ancora riuscita a incarnare in pratica clinica la rivoluzione paradigmatica della complessità sistemica.

La medicina biologica separa la malattia dal malato, definisce il malato dalla malattia, riducendo la persona a oggetto, al campo di battaglia su cui la tecnica combatte la sua guerra contro il patologico. Non "vede" la complessità, trascura la persona abbandonandola nel deserto stretto e schiacciato della sola dimensione organica in cui agisce. Neanche alla malattia è riconosciuta la complessità sistemica, è semplificata a un accidente estraneo, senza relazioni profonde, un fastidioso frammento, distaccato, da ricercare in pezzi separati sempre più piccoli: organi, tessuti, cellule, geni, proteine.

L'identità fra salute e normalità, definisce la malattia come una devianza, una anormalità estranea alla vita, un accidente senza senso.

Il medico e tutto il sistema sanitario, si occupano di un essere umano in quanto portatore di patologia. La malattia diventa l'identità del paziente che è accolto, riconosciuto, assistito in quanto malato. L'azione medica si esaurisce nello sguardo tecnico sulla malattia, manca il ri-guardo alla persona. Il *cursus studiorum* del medico, carente di insegnamenti di antropologia e filosofia medica, manchevole di una sollecitazione alla meta-cognizione dell'agire medico, non prevede alcuna preparazione alla relazione comunicativa. La comunicazione della diagnosi e della prognosi è ridotta alla notificazione delle percentuali statistiche di rischi e possibilità.

La focalizzazione sulla malattia porta i medici a sovrastimare l'impatto delle patologie sulla qualità della vita dei pazienti e a sottostimare la capacità personale di adattamento alla nuova situazione determinata dalla patologia. I clinici, agiti dalle motivazioni profonde che li hanno spinti alla scelta professionale di una relazione di aiuto, vivono come un fallimento personale la mancata guarigione. Per i curanti è incomprensibile che la qualità della vita sia buona nonostante la patologia, *Disability Paradox* (ALBRECHT, DEVLIEGER 1999).

Anche il paziente (Dante) è vittima di queste distorsioni e focalizza la sua immaginazione sulle difficoltà che saranno provocate dalla malattia, trascurando le possibili risorse e capacità di adattamento (VLAEYEN, LINTON 2000). L'incontro con una persona, non professionista, che abbia già attraversato la stessa difficoltà e che offre la propria esperienza in una relazione alla pari (Virgilio) è profondamente benefico (COLLOCA, BENEDETTI 2009). Il dialogo aiuta il neo-malato ad affrontare le incertezze della nuova situazione, rendendo meno sconosciuto e spaventoso il futuro. La relazione con chi ha già vissuto e superato il cambiamento rasserena, dissipando le opprimenti fantasie sui mutamenti coatti dovuti alla malattia (SIAS, BARTOO 2007). La persona può ri-immaginare la propria vita futura confortato da chi ha già sperimentato lo stesso travaglio, gli stessi stati mentali, sensazioni, credenze, sentimenti, disagi. Il supporto, la protezione e la sicurezza derivanti dal colloquio, permettono di concepire e di attuare l'adattamento emotivo alla nuova condizione (LEPORE, HELGESON 1998).

L'incontro è vantaggioso sia per Dante che per Virgilio (*win-win solution*): il paziente è alleviato, l'accompagnatore è profondamente gratificato dall'aiuto che può offrire e insieme trovano un ulteriore senso alle loro esperienze (PENNER *et al.* 2005). Questa relazione amichevole di aiuto,

semplice e profonda, si moltiplica spontaneamente perché chi è stato sostenuto spesso offre la sua disponibilità a sostenere.

La letteratura medica sull'argomento è limitata sia per le difficoltà di valutare e quantizzare gli effetti delle relazioni amicali sia perché non vi è interesse economico di sponsor che finanzino le ricerche. Le indagini hanno riguardato in particolare gli effetti sulla percezione del dolore, dimostrando come sia fortemente influenzata dallo stato emozionale (HANSEN *et al.* 2017).

Diversi reparti dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, da tempo, hanno offerto ospitalità e collaborazione alle associazioni dei malati, per gli incontri. La numerosità delle iniziative simili, sorte spontaneamente e autonomamente, ne testimonia l'evidente utilità ed efficacia. Le caratteristiche delle diverse patologie (croniche o acute, più o meno invalidanti etc.), richiedono modalità differenti di intervento. Per sostenere i volontari, la loro formazione e la loro attività, si è costituito un gruppo di lavoro di medici, infermieri, psicologi, rappresentanti delle associazioni dei pazienti, educatori, antropologi, pazienti esperti.

La relazione amicale e l'intervento tecnico, così diversi, si intrecciano e collaborano a sostenere la complessa unità inscindibile della Vita.

Una antropologa: com-prendere l'infermo; reti di "filia"

La parola infermo deriva da in-firmus, non stabile, non fermo (TRECCANI). L'etimologia ben rappresenta come l'infermità sia l'inizio obbligato di un faticoso spostamento, di un doloroso adeguamento alle nuove condizioni imposte dalla vita.

La bio-medicina analizza il malato oggettivizzandolo sotto le abbaglianti lenti di ingrandimento degli strumenti diagnostici e, lasciando offuscata la visione dell'esperienza del corpo nel mondo, lo abbandona nella piattezza monodimensionale della osservazione tecnica (PIZZA 2005). La riduzione della unità complessa a frammenti misurabili, impedisce l'emergere della comprensione profonda della realtà. La biomedicina tecnica con i suoi continui rinvii e con la millantata promessa che il progresso scientifico sia in grado di farci sfuggire alla nostra condizione umana di precarietà e di morte, ostacola l'epifania della Vita (JASPERS 1991). La malattia non può più essere, come Heidegger descriveva l'angoscia, «l'accesso privilegiato all'autoconoscenza» (RUSSO 2006).

L'infermo in cerca di una risposta di senso, rimbalza dal deserto di una medicina ridotta alla tecnica, medicina di patologie senza malato e senza medico, ai labirinti anonimi degli spazi virtuali. Il tentativo di padroneggiare lo stravolgimento della propria condizione con l'acquisizione di informazioni, inevitabilmente inadeguate e confuse, ingenera ulteriore disperazione (CARR 2011). L'autocura, distorto farsi carico della propria vita, malintesa risposta alla necessità di elaborare i mutamenti, conduce e abbandona in una opprimente solitudine. I labirinti virtuali, in cui si vagabonda girovagando fra risposte manchevoli e contraddittorie, diventano delle trappole reali.

Nel mito, il centauro Chirone, il saggio che ha trasmesso agli uomini, tramite Asclepio, l'arte della medicina, era affetto da una ferita incurabile, memoria sempre presente della sua fragilità e della limitatezza della medicina. La coscienza della debolezza è il fondamento della cura (Russo 2006).

Il San Camillo – Forlanini ha incoraggiato la partecipazione dell'associazionismo e del volontariato ospedaliero sin dai primi anni 2000 con la istituzione di una Rete della Solidarietà che annovera diversi Enti del Terzo Settore (Volontari in Ospedale-Rete della Solidarietà 2019), alcune presenze storiche come i volontari della CRI, altre nuove e con presenza non solo ospedaliera ma anche in progetti internazionali, come l'ONG Voci di Popoli nel Mondo e la Comunità di Sant'Egidio ACAP. In particolare una associazione di volontari al letto dei malati – Arvas Lazio – è presente nei reparti da 40 anni. Esiste un coordinamento di questo associazionismo che fa capo alla struttura semplice a valenza dipartimentale "Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) Comunicazioni Istituzionali e Rapporto con le Associazioni", che cura anche i rapporti con il Servizio Civile Volontario e con la Cooperazione Internazionale. Il diritto di partecipazione dei cittadini e delle associazioni non profit è disciplinato dalle delibere n. 856 del 17 giugno 2019 e n. 1161 del 19 agosto 2019 (URP).

Negli ultimi due anni il San Camillo-Forlanini valorizza al massimo la figura del Paziente Attivo e Coinvolto (PAC), basandosi sulle esperienze già avviate da pazienti e professionisti in alleanza terapeutica, attraverso un progetto di formazione per pazienti e operatori sanitari. La proposta che si fonda sul coinvolgimento attivo di persone con malattia cronica e di *care givers*, ha come obiettivo generale quello di migliorare la presa in carico e la umanizzazione delle cure presso i servizi ambulatoriali e di degenza rafforzando l'alleanza terapeutica tra team professionale (clinico, infermieristico e psicologico) e paziente. Un gruppo di esperti che fa capo allo

staff della Direzione Generale, sta lavorando anche sui modelli di Consenso Informato e sui Percorsi Narrativi in medicina per la qualificazione del tempo di Ascolto. Questo progetto fa parte di una fase sperimentale ed innovativa che l'azienda ospedaliera intende implementare dal 2020 al 2022, al fine di proporre un modello di *good practice* nel campo della Umanizzazione delle Cure e nel quadro del Piano Cronicità della Regione Lazio. Il coinvolgimento delle Associazioni della rete ospedaliera è un indicatore di processo e faciliterà la trasferibilità del progetto. Obiettivo più ambizioso è quello di esportare il modello ad altri contesti di continuità assistenziale sul territorio del malato cronico.

Al momento sono in corso alcune esperienze consolidate e altre in via di sviluppo: “Paziente Tutor per persone con sclerosi multipla” presso la uoc Neurologia; “Il Paziente Accompagnatore: Dante incontra Virgilio”, presso la uosd Endocrinologia; “Sportello Diabete” presso la uosd Diabetologia; “Un respiro di speranza Onlus” per pazienti con fibrosi polmonare idiopatica e malattie rare del polmone presso la uoc Malattie Respiratorie; “Per una medicina più centrata sui bisogni del malato”, Centro di Cure Palliative e Dolore Oncologico, presso uoc Oncologia.

Nel progetto della uosd Endocrinologia che ho frequentato nel 2019, abbiamo voluto chiamare Dante il paziente che, ricevuta la diagnosi, si ritrova nella selva oscura e Virgilio il volontario che ha già vissuto in prima persona il percorso di malattia e di cura.

Fra i due si genera una relazione non schermata da saperi scientifici, che utilizza un linguaggio comune e condiviso. Diversamente, la comunicazione tra sanitari e pazienti all'interno di un ospedale risponde solo in apparenza alle necessità e alle aspettative degli attori (LE BRETON 2014). Lo scambio di significati, oggetto di interpretazione da parte dei protagonisti, è sempre parziale e spesso distorto. La comunicazione tra medico e paziente è necessariamente complementare, ma quando diventa “complementare rigida” esprime e costituisce la relazione disfunzionale (WATZLAWICK 1978). Per una comunicazione efficace sarebbe necessario attuare un'intermediazione tra linguaggi diversi, attraverso la comprensione e condivisione di significato in uno specifico contesto, dove ogni individuo acquisisce la capacità di passare dal generale al particolare. Il modello della scelta condivisa aiuta a garantire il diritto al significato (QUARANTA, RICCA 2012).

La comunicazione tecnica unidirezionale del sanitario che mette a disposizione la propria competenza, lascia il posto, fra Dante e Virgilio, a uno stile bidirezionale grazie al quale è possibile poter esplicitare difficoltà, conflitti e operare una mediazione autogestita nel contesto dei pari (BODA 2006).

Per poter colmare la differenza fra udire e ascoltare, Virgilio deve offrire attenzione. Solo l'attenzione permette la reale comprensione empatica e quindi un efficace "prendersi cura". Così Eraclito: «Odo e non intendo simili a sordi: per loro vale quel detto: sono qui e sono altrove» (DIANO, SERRA 2009). Non si può ascoltare senza fare silenzio, sospendendo i propri pensieri e preoccupazioni, spostando l'interesse da sé all'altro: «motivational displacement» (NODDINGS 1986). La cura diventa, come sottolinea la filosofa e pedagogista Mortari una «pratica relazionale» (MORTARI 2012). Apertura, attenzione, rispetto, considerazione, prossimità sono le caratteristiche dell'amicizia che cura «φιλία ιατρική» (LAIN ENTRALGO 2002). Amicizia che ha il coraggio della compassione che allevia la sofferenza con-dividendola. Anche il solo ascoltare già trasforma il volontario in Virgilio, attivo passaggio da spettatore ad attore: l'ascolto permette la narrazione che aiuta il paziente a ritrovare un senso al suo vissuto (GOOD 2006). Vi è finalmente uno spazio per far uscire dalla clandestinità, alla coscienza del racconto, l'esperienza di malattia ed il suo peso nell'esistenza. Il dia-logo è polifonia di racconti, incontro di vissuti che sostiene la progettazione della nuova vita possibile.

Il paziente accompagnatore è un nuovo (?) filo del tessuto di "amicizie" che compone, con le altre competenze (medica, familiare, psicologica etc.), la rete di salvataggio dalla sofferenza senza consolazione. La complessità multidimensionale della biografia (emotiva, familiare, sociale, lavorativa etc.) può essere accolta solo in una rete di cooperazioni fra i diversi livelli e attori affinché la cura sia capace (vasta) di intercettare tutti i disagi e rispondere ai bisogni (INGROSSO 2011, 2016).

Il volontariato è atto esemplare di cittadinanza, chiave per la stabilità sociale (MUEHLEBACH 2011). L'Italia è stata una delle prime nazioni a dotarsi di un distinto corpo legislativo per il volontariato e ad accordare alle associazioni uno statuto giuridico speciale offrendo detrazioni fiscali e sussidi (RANCI 2001).

L'azione del volontario è un dono che genera l'instaurarsi di una relazione con il ricevente, implica l'assunzione di responsabilità nei confronti dell'altro, è una espressione della costitutiva fratellanza umana. Il dono a carattere volontario e apparentemente libero e gratuito, non strettamente contrattuale, libera la relazione dalla povertà di una sterile definizione conclusiva. La indeterminatezza che ne deriva può generare nuovi rapporti in un processo ininterrotto di dare, ricevere e ricambiare (MAUSS 2002), un movimento esigente poiché associato al concetto di dono vi è sempre quello di debito. Il rapporto tra donatore e donatario richiama l'attenzione

sulla qualità del legame, rimodulando il concetto di dono sulla base della responsabilità nei confronti dei rapporti instaurati all'interno di una rete di connessioni. L'azione volontaria deriva da un atto di libertà, che nasce dalla spinta a ricambiare quello che si è ricevuto. Con il dono a sconosciuti, i volontari delle associazioni agiscono, verso l'esterno, dove la reciprocità si può manifestare nel ri-trasmettere ciò che si è ricevuto. Nella parola volontariato si trova un senso di libertà e di gratuità, che spesso porta a restituire anche più di quanto si è ricevuto (GODBOUT 2002). Ed è proprio la libertà che contraddistingue e rende originale la scelta di dedicarsi al volontariato (RANCI, 2006). L'azione del volontario diventa quindi un'esperienza personale capace di innescare una circolazione del dono ricevuto, e spinge altre persone ad aprirsi allo stesso percorso. Spesso infatti è proprio la testimonianza altrui a far intraprendere questa strada, che sorprendentemente porta alla scoperta che si può essere felici nel donare senza la paura di perdere qualcosa. L'interconnessione che si crea fra le persone, la costruzione di relazioni e amicizie, rende salda la struttura del volontariato: il dono innesca una rete più ampia di atti responsabili da parte della collettività (RANCI 2006). Questi atti responsabili basati sul senso di solidarietà e non su obbligazioni di ordine contrattuale, fanno nascere nei componenti di una comunità quel senso di appartenenza, che porta a guardare oltre i propri interessi particolaristici.

Il paziente accompagnatore, indipendente dalle credenze assiomatiche e irrefutabili della biomedicina, offre disponibilità, attenzione, interesse, simpatia, cameratismo, accoglienza. L'incontro, relazione inter-attiva, dinamica, trans-azionale, complessa, intersoggettiva ingenera rilassamento, sollievo, fiducia, senso, autonomia, benessere emotivo. L'etero-nomia monodimensionale intollerante e dogmatica della biotecnica, provoca per reazione nel paziente una auto-nomia irragionevole e svantaggiosa. Per essere efficace la cura deve essere, come potrebbe dire Panikkar, onto-nomica¹, multidimensionale, in grado di accogliere e integrare armoniosamente le diverse visioni, finalmente libera dalla necessità di conciliare le differenze (BARBETTA, TOFFANETTI 2006). Le visioni, i contributi, sono gli elementi strutturali di una rete che intreccia le diverse "amicizie", riflesso della straordinaria complessità umana, rete che può comprendere e accompagnare l'ininterrotta tessitura biografica della persona (BOMBACI 2015), il percorso di realizzazione personale (VON WEIZSACKER 1996).

The main reason of healing is love.

(PARACELSO in ROSEN, HOANG 2017: 107).

Note

⁽¹⁾ «[N]ella visione dell'ontonomia ogni essere è unico e insostituibile e si appoggia sugli altri tanto quanto gli altri si appoggiano su di lui» (PANIKKAR 2008: 379); «questo neologismo non significa né il riconoscimento dell'eteronomia (regolazione dell'attività di un essere particolare mediante le leggi provenienti da un altro essere più elevato) né dall'autonomia (affermazione del fatto che ogni sfera dell'esistenza è assolutamente autonormativa e padrona del suo destino). L'ontonomia si propone di esprimere il riconoscimento delle norme proprie in ogni ambito di attività o sfera di esistenza alla luce dell'insieme. L'ontonomia si fonda sul presupposto che l'universo è un tutto, che esiste una relazione interna e costitutiva tra tutte e ciascuna delle cose della realtà, che niente è scollegato» (PANIKKAR 2008: 388); «l'ontonomia è la struttura dell'a-dualità» (PANIKKAR 2010: 79).

Bibliografia

- ALBRECHT G.L., DEVLIEGER P.J. (1999), *The Disability Paradox: High Quality of Life Against All Odds*, "Social Science & Medicine", Vol. 48(8): 977-988.
- BARBETTA P., TOFFANETTI D. (a cura di) (2006), *Divenire umano. Von Foerster e l'analisi del discorso clinico*, Meltemi, Roma.
- BIELASWKI M. (2013), *Panikkar, un uomo e il suo pensiero*, Fazi editore, Roma.
- BODA G. (2006), *L'educazione tra pari: linee guida e percorsi operativi*, Franco Angeli, Milano.
- BOMBACI N. (2015), *Juan Rof Carballo tra medicina e antropologia filosofica. La tenerezza ordito primario dell'uomo*, Morcelliana, Brescia.
- CARR N. G. (2011), *Internet rende stupidi Come la rete sta cambiando il nostro cervello*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- COLLOCA L., BENEDETTI F. (2009), *Placebo analgesia induced by social observational learning*, "Pain", Vol. 144(1-2): 28-34.
- DIANO C., SERRA G. (a cura di) (2009), *Eraclito. I frammenti e le testimonianze*, Mondadori, Milano.
- GODBOUT J.T. (2002), *Lo spirito del dono*, Bollati Boringhieri, Torino.
- GOOD B. (2006 [1994]), *Narrare la malattia*, Einaudi, Torino.
- HANSSEN M.M., PETERS M.L., BOSELIE J.J., MEULDERS A. (2017), *Can Positive Affect Attenuate (Persistent) Pain? State of the Art and Clinical Implications*, "Current Rheumatology Reports", Vol. 19(12): 80.
- INGROSSO M. (2011), *Educazione alla cura e promozione della salute*, "Educazione sanitaria e promozione della salute", Vol. 4: 203-322.
- INGROSSO M. (2016), *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte della sociologia della cura*, Aracne, Roma.
- JASPERS K. (1991 [1986]), *La medicina nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- JASPERS K. (2009 [1913]), *Psicopatologia generale*, Pensiero Scientifico Editore, Roma
- LAIN ENTRALGO P. (2002 [1969]), *Il medico e il malato*, Apeiron, Bologna.
- LE BRETON D. (2014), *Accoglienza dei migranti in ospedale*, in FANTAUZZI A. (a cura di), *Di corpo in corpo: etnografie tra cura e assistenza infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- LEPORE, S. J., HELGESON, V. S. (1998), *Social Constraints, Intrusive Thoughts, and Mental Health After Prostate Cancer*, "Journal of Social and Clinical Psychology", Vol. 17: 89-107.
- MAUSS M. (2002 [1923]), *Saggio sul dono, forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, Einaudi, Torino.
- MORTARI L. (2012), *La relazione di cura*, "Riflessioni sistemiche", Vol. 7: 62-70.
- MUEHLEBACH A. (2011), *On Affective Labor in Post-Fordist Labourist Italy*, "Cultural Anthropology", Vol. 26(1): 59-82.
- NODDINGS N. (1986), *Caring*, University of California Press, Berkeley.
- PENNER L.A., DOVIDIO J.F., PILIAVIN J.A., SCHROEDER D.A. (2005), *Prosocial Behavior: Multilevel Perspectives*, "Annual Review of Psychology", Vol. 56: 365-392.
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUARANTA I., RICCA M. (2012), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina, Milano.
- RANCI C. (2001), *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, Carocci, Roma.
- ROSEN D. H., HOANG U. (2017[1984]), *Patient Centered Medicine. A Human Experience*, Oxford University Press, Oxford/New York.
- RUSSO M.T. (2006), *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*, Vita e Pensiero, Milano.
- SIAS P.M., BARTOO H. (2007), *Friendship, Social Support, and Health*, pp. 455-472 in L'ABATE L. (a cura di), *Low-Cost Approaches to Promote Physical and Mental Health*, Springer Science + Business Media, Berlin.
- <http://www.scamilloforlanini.rm.it/rapporto-con-i-cittadini/ufficio-relazioni-con-il-pubblico-urp?highlight=WyJkZWxpYmVYYSIsODU2XQ==>.
- VLAEYEN J.W., LINTON S. J. (2000), *Fear-Avoidance and Its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: A State of the Art*, "Pain", Vol. 85(3): 317-332.
- WATZLAWICK P., BEAVIN J.K., JACKSON D.D., (1978), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Casa editrice Astrolabio, Roma.
- VOLONTARI IN OSPEDALE- RETE DELLA SOLIDARIETÀ, a cura di CSV Lazio. http://www.scamilloforlanini.rm.it/images/PDF/opuscolo_2019.pdf.
- VON WEISZACKER V. (1996 [1990]), *Filosofia della medicina*, Guerini e associati, Milano.

Scheda sugli Autori

Paolo Zuppi è nato a Roma il 22 settembre 1957. Laureato in medicina e chirurgia nel 1981, specializzato in endocrinologia nel 1984 e in medicina interna nel 1989. Ha sempre svolto attività clinica in ospedale, attualmente è direttore della Unità Operativa di Endocrinologia del San Camillo di Roma. Ha svolto attività di ricerca in ambito endocrinologico; si interessa di metacognizione in medicina, medicina e complessità, processo decisionale ed errore in medicina, pedagogia medica.

Marta Casini è nata a Foligno il 27 gennaio 1993. Si è laureata in scienze socio-antropologiche all'Università degli studi di Perugia con una tesi su *"Il paziente oncologico, tra vissuto e narrazione. L'esperienza in associazione"*. Ha svolto attività di volontariato presso l'associazione AUCC (Associazione Umbra per la Lotta contro il cancro) e con AIMAC (Associazione italiana malati di cancro) presso l'ospedale San Camillo di Roma.

Junia Fausta Klein è nata a Toledo, Ohio, USA il 07 maggio 1957. Ha conseguito la Maturità classica nel 1976 e il Diploma di infermiera professionale presso la Scuola Edoardo e Virginia Agnelli nel 1981. Infermiera presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini dal 1981 al 2020, è Consigliera Anipi Lazio Onlus dal 2017.

Carlo Vittorio Resti è nato a Milano il 27 maggio 1959. Direttore della struttura semplice dipartimentale URP, Comunicazioni Istituzionali e Rapporto con le Associazioni dell'Azienda ospedaliera San Camillo – Forlanini di ROMA. Specialista in Medicina del Lavoro e in Malattie Infettive, Master Certificate in Primary Health Care, Diploma Co.Ge.M.San. SDA Bocconi. Ha al suo attivo quasi 10 anni tra brevi e lunghe missioni in Cooperazione internazionale, con la ONG Medici con l'Africa CUAMM e altre ONG italiane come volontario, cooperante ed esperto di formazione con il M.A.E.C.I. Nel 1986-88 ha partecipato alla ricerca di antropologia medica sulla medicina tradizionale in Tharaka, Kenya con il Prof. Guido Giarelli. Autore di circa 25 tra articoli, contributi scientifici e divulgativi è docente, formatore e facilitatore su temi di cooperazione sanitaria internazionale presso varie Università.

Elisabetta Rossi è nata a Pisa il 6 dicembre 1957; laureata in medicina e chirurgia nel 1982, si è specializzata in Cardiologia e in Psicoterapia-Ipnosi, diploma di perfezionamento in antropologia medica alla Università Bicocca di Milano. La sua attività di ricercatrice, docente e dirigente medico di I livello si è svolta alla Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma. L'attività di ricerca ha riguardato i seguenti ambiti: studio della cardiopatia ischemica, cardiopatia valvolare, cardio-oncologia, rischio pre-operatorio dei pazienti cardiopatici, studio epidemiologici e sulla prevenzione della cardiopatia reumatica nei paesi in via di sviluppo, tecniche ecocardiografiche. Dal 2006 collabora a progetti di cooperazione sanitaria e formazione medica specialistica nei paesi in via di sviluppo.

Riassunto

Il paziente accompagnatore: Dante incontra Virgilio

La malattia modifica l'identità personale e sociale. La biomedicina offre solo una risposta tecnica senza esaurire i bisogni dell'uomo malato. Il dialogo con una persona che abbia già attraversato le stesse difficoltà è profondamente benefico. La cura efficace deve intrecciare competenze, ruoli e contributi diversi in una rete di fili/amicizie, dinamica, trans-azionale, inter-attiva, intersoggettiva multidimensionale, ontonomica, riflesso della complessità umana, rete che può sostenere l'infermo nel suo faticoso percorso di realizzazione.

Parole chiave: cura, biomedicina, complessità, volontariato, intersoggettività

Resumen

El paciente acompañante: Dante se encuentra con Virgilio

La enfermedad cambia la identidad personal y social. La biomedicina ofrece solo una respuesta técnica sin agotar las necesidades del enfermo. El diálogo con una persona que ya ha pasado por las mismas dificultades es profundamente beneficioso. La atención eficaz debe entrelazar diferentes habilidades, roles y contribuciones en una red de hilos/amistades interseccionales, dinámicas, trans-activas, interactivas, multidimensionales, ontonómicas, un reflejo de la complejidad humana, una red que puede apoyar al in-firmo en su arduo camino de realización.

Palabras clave: cura, biomedicina, complejidad, voluntariado, intersubjetividad

Résumé

Le patient accompagnateur: Dante rencontre Virgile

La maladie change l'identité personnelle et sociale. La biomédecine n'offre qu'une réponse technique sans épuisement des besoins du malade. Le dialogue avec une personne qui a déjà connu les mêmes difficultés est profondément bénéfique. Des soins efficaces doivent être entrelacés avec des compétences, des rôles et des contributions différentes dans un réseau de fils/amitiés, intersubjectif, dynamique, transactionnel, interactif, multidimensionnel, ontonomique, un reflet de la complexité humaine, un réseau qui peut soutenir un in-firme dans son chemin de réalisation ardu.

Mots clés: soins, biomédecine, complexité, volontariat, intersubjectivité

La cura della longevità

Elementi per una antropologia dell'invecchiamento

Donatella Cozzi
Università di Udine

Marta SCAGLIONI e Francesco DIODATI (eds.), *Antropologia dell'invecchiamento e della cura: prospettive globali*, Ledizioni, Milano, 2021, 187 pp.

La raccolta di saggi introdotti e tradotti da Marta Scaglioni e Francesco Diodati ci offre una importante panoramica di ricerche etnografiche provenienti da diversi contesti culturali, tutti accomunati dalla domanda di cura verso gli anziani, e quindi dalla necessità di approfondirne le declinazioni locali e i mondi simbolici e morali che sono sottesi alla “cura”. Questione quanto mai attuale, trascinata dai cambiamenti demografici e in primo luogo dalla longevità la quale, per quanto diversamente diffusa nel mondo, richiama la necessità di sviluppare e ampliare una “antropologia dell'invecchiamento”. Nell'introduzione, gli Autori riflettono sull'ambivalenza che circonda la longevità: da un lato essa viene percepita come realizzatrice di un ideale di lunga vita, mentre dall'altro essa è foriera di una crisi demografica, che si manifesta attraverso le molteplicità di cure che una popolazione sempre più anziana e affetta da malattie croniche esige. Il “peso” della cura si riverbera nelle politiche nazionali del *welfare* e sui dispositivi di solidarietà intergenerazionale sui quali le comunità si fondano, rischiando il collasso del tessuto economico e sociale. L'attenzione degli Autori e l'interesse di questo testo risiede nell'approfondire attraverso gli articoli presentati il concetto di cura, le sue implicazioni, la necessità di connetterlo con gli ambiti della parentela, del lavoro, della politica, del più ampio spettro delle relazioni. La cura, già tema privilegiato dell'antropologia medica, vive quindi nella polisemia che, almeno nel contesto occidentale, intreccia la cura all'interesse affettivo ed empatico verso l'altro, tratteggiando un paesaggio morale etico e filosofico. Esito di questa visione etica è stato, ed è tuttora, un dibattito complesso e sfaccettato: essa produce e riproduce un *ethos* compassionevole e ambivalente, che distoglie dalle strutture storiche di potere, svaluta l'importanza sociale della cura separandola dall'ambito

pubblico e politico-economico, viene mercificato, amplificando le differenze tra paesi che attraggono catene globali di cura e paesi che le rendono disponibili, infine si interseca con le dimensioni di genere e la femminilizzazione del lavoro di cura. Infine, una etica neoliberale della cittadinanza attiva e del volontariato, centrato sulle comunità e sugli individui sembra aver sostituito progressivamente lo Stato quale garante del diritto all'assistenza. Gli Autori presentano efficacemente questo dibattito, e sottolineano le diversità che i termini *care* e *care-giving* assumono in differenti contesti socioculturali: "prendersi cura" si ammanta di calore e dolcezza nelle terminologie di paesi non anglofoni o non europei, mentre dove vi sia stato un maggiore sviluppo di strutture residenziali per anziani (vedi l'area anglo-americana e l'Europa occidentale) prevale una accezione tecnica.

Oltre alla dimensione della cura, quello dei dispositivi di solidarietà intergenerazionale, della loro tenuta o trasformazione può essere considerato uno dei *files rouges* di questa raccolta di testi, soprattutto perché si collega a profonde prospettive e obblighi morali. Lawrence Cohen (*Per un'antropologia della senilità: rabbia, debolezza e Alzheimer a Varanasi (India)*, originariamente pubblicato nel 1995 in "Medical Anthropological Quarterly") discute come in India invocare la presenza della famiglia allargata quale tutela del benessere degli anziani, contro la diffusione dell'Alzheimer, sia il prodotto di una idealizzazione politica e identitaria, che rinvia ad un immaginario precoloniale e precedente all'occidentalizzazione. L'aspetto più interessante dell'analisi di Cohen è che, a proposito della malattia di Alzheimer, a Varanasi l'enfasi non viene posta sulla perdita della memoria, quanto sulla voce e sull'apparenza fisica: il corpo anziano è innanzitutto *udito*, e necessita quindi «del gesto interpretativo di costruire una fenomenologia della voce» (p. 63). Gli anziani che "abbaiano" le loro lamentele e richieste, la "voce pazza" delle "signore cani", tracciano lo spazio interstiziale tra coloro che, avendo una famiglia "cattiva", ovvero che non adempie agli obblighi di pietà familiare, rispetto e devozione, restano soli e coloro che dalle "famiglie buone" ricevono benessere e rispetto quindi, per definizione, non si ammalano. Cohen descrive il processo di invecchiamento come una dimensione dialogica, che coinvolge sia la persona che lo vive sia coloro che la definiscono cambiato o cambiata. Ma compiere gli obblighi di devozione filiale in modo perfetto verso i genitori anziani è quasi impossibile, perché essi si trovano al centro di una conflittuale negoziazione attraverso la quale avviene il trasferimento dell'autorità dai padri ai figli.

L'antropologia africanista si è occupata a lungo di anziani, ben prima che si sviluppasse una antropologia dell'invecchiamento, analizzando le classi di

età come struttura politica, le dinamiche e i conflitti generazionali, i villaggi divisi per età e più recentemente la rinegoziazione del ruolo dell'anziano. Cati Coe in *Immaginare la cura istituzionale, mettere in pratica la cura domestica: note sull'invecchiamento nel Ghana meridionale* (comparso in "Anthopology & Aging" nel 2018) affronta l'assistenza agli anziani in Ghana, che comprende anche l'opzione delle case di riposo, un tempo percepite come importazione "straniera", ma in corso di normalizzazione. Coe e Erdmute Alber avevano coniato nel 2018 i termini "iscrizioni di età" per indicare la natura fluttuante degli indicatori, delle aspettative collegate alle transizioni di età. Le iscrizioni di età si articolano tra leggi e norme da un lato e sentimenti, emozioni e azioni dall'altro, e si modellano su immaginari imprevisi: così, le persone anziane che in Ghana risiedono nelle strutture residenziali le hanno trasformate nella loro immaginazione alle scuole secondarie, in grado di rispondere alle esigenze di compagnia, cibo, accesso a cure mediche e dignità. Inoltre, oggi invecchiare in Ghana è al centro di una serie di mutazioni, entro le quali non emerge un modello dominante di cura ma una serie di possibilità: dalle soluzioni eterodosse provenienti dall'estero, alle pratiche del servizio domestico e dell'affido da parte del gruppo di parentela di ragazzi, di solito frequentanti le scuole superiori in città, che vengono ospitati in cambio di assistenza e piccoli servizi agli anziani. Questa pratica è più consona alle norme sociali, le quali prevedono che i figli forniscano assistenza per ricambiare la cura loro prestata dai genitori.

In *Doni di cura inopportuni: persone vulnerabili e scambi ambigui nell'industria dell'assistenza domiciliare di Chicago* (pubblicato originariamente in "Medical Anthropology Quarterly" nel 2014) Elana D. Buch emerge uno degli aspetti dell'ambiguità del *care*, ovvero la compresenza della assistenza domiciliare a pagamento dell'istituto del dono (oggetti personali, prestiti, piccoli favori, capi di abbigliamento, beni di consumo e alimentari). Uno scambio tra assistiti e assistenti fortemente proibito dalle agenzie di collocamento, che lo stigmatizza come furto, ma che si attua attraverso un flusso ininterrotto reciproco e apparentemente volontario. Esso sostanzia una prestazione assistenziale empatica e flessibile, con ore di lavoro extra e non pagate, realizzando compiti non previsti dai piani assistenziali, e con il coinvolgimento in relazioni che consentivano agli anziani di mantenere economie familiari e domestiche. Il saggio esamina questi scambi problematici da diverse prospettive: l'assistenza come forma di potere, regimi di cura che utilizzano forme di compassione in cui i soggetti sofferenti emergono come fuori dalle circostanze socio-politiche che li hanno prodotte, e che individualizzano e medicalizzano la sofferenza individuale; gli aspetti affettivi e

morali delle pratiche interpersonali di cura, che fa risaltare come la «cura non possa essere compresa adeguatamente se isolata dalle logiche morali e dalle operazioni pragmatiche del potere e del capitale» (p. 113). Intimità, scambio ed economia si intrecciano in un “lavoro relazionale” attraverso cui le persone definiscono le categorie di relazioni sociali.

Gli antropologi Silvana Rugolotto, Alice Larotonda e Sjaak van der Geest in *I migranti che mantengono “Italiane” le famiglie italiane: badanti e l’assistenza privata delle persone anziane* (pubblicato nel 2017 in “International Journal of Migration Health and Social Care”) segnalano le contraddizioni interne al sistema di cura italiano, che si regge in buona parte sull’assistenza domiciliare privata, spesso erogata da donne migranti che lavorano illegalmente. L’ambiguità delle cosiddette “badanti” risiede contemporaneamente nella molteplicità di compiti richiesti – dalla cura della casa alla cura della persona, comprese mansioni di carattere sanitario – senza che venga loro riconosciuta una competenza specifica. Inoltre, viene sottolineata la posizione scomoda in cui tutti gli attori sociali si trovano: gli anziani in quanto si reputano maltrattati e abbandonati dai propri figli, i/le figli/e perché, nella posizione delicata di datori di lavoro, a volte diventano intrusivi nel gestire una presenza estranea dentro lo spazio domestico e fronteggiano l’accusa di aver abbandonato i propri genitori, e infine le assistenti familiari stesse, in quanto subiscono situazioni di sfruttamento e sono coinvolte spesso in situazioni familiari complesse. Rugolotto *et al.* sostengono che l’effetto dominante della comparsa delle badanti in Italia è quello di riprodurre e ricalcare il modello della cura informale domestica, da parte delle figlie e delle nuore, facendo apparire meno traumatico e forse più accettabile, il passaggio dalla cura familiare a quella di mercato. «La morale familiare stipula e glorifica la cura offerta dai figli ai genitori anziani nel loro contesto domestico, sicuro e familiare. Per ora, i migranti aiutano le famiglie italiane a rimanere italiane seguendo questa tradizione, o almeno a mantenerne l’apparenza» (p. 154).

«Cosa significa sperare in una età di super-longevità? Possiamo immaginare una speranza senza un oggetto di ottenimento ma, piuttosto come un processo di crescita verso una nuova comprensione del sé nel tempo?» (p. 178). Jason Danely, in *Speranza in un Giappone che invecchia: transitorietà e trascendenza* (pubblicato in “Contemporary Japan” nel 2016) riflette sulla speranza dal punto di vista dei grandi anziani. La speranza, nel solco della riflessione già coltivata da Cheryl Mattingly, non è «meramente custodita o passivamente ricevuta, ma attivamente coltivata e praticata, soprattutto quando appare a motivo dell’età sfuggente, indefinita, transitoria»

(MATTINGLY 2010: 4). L'impiego narrativo della speranza dipende da convenzioni, immagini, ritmi e contrapposizioni sviluppatasi attraverso particolari contesti sociali e storici. Nel caso giapponese qui presentato, la luna e la sua presenza condensano la qualità della transitorietà e della trascendenza. I rituali di commemorazione, la loro dimensione simbolica e spirituale, aprono verso mondi di riconoscimento oltre il qui e ora del vivere la vecchiaia, che competono con lo spazio secolarizzato degli ospedali giapponesi e sfidano i limiti di una ideologia esclusivamente basata sulla assistenza e la dipendenza. Questo contributo, che a chi scrive è parso come il più interessante all'interno di una pur ricca antologia, non riflette solamente sulle contingenze locali e globali del welfare e della cura ma comunica il punto di vista degli oltre ottuagenari coinvolti nella ricerca e lo presenta collegandolo a una visione.

L'introduzione curata dai due Autori (pp. 11-48) è arricchita da una cospicua e interessante bibliografia, benché esclusivamente dedicata alla letteratura in lingua inglese, che dà atto della molteplicità di prospettive, tematiche e ambiti sui quali gli antropologi che si occupano di età avanzata stanno lavorando. Unico neo di questo ottimo lavoro è legato alla probabile urgenza di consegnarlo alle stampe: nel testo compaiono diversi refusi, e nella traduzione dall'inglese troviamo alcuni errori di concordanza tra soggetti e pronomi, oltre a qualche asperità che obbliga a rileggere alcune frasi più volte.

Note

⁽¹⁾ La frase originale recita: «Can we imagine a hope without an object of attainment, but rather as a process of developing a new understanding of the self in time?». Forse, una versione meno letterale avrebbe giovato alla restituzione della bella prosa dell'Autore.

⁽²⁾ Traduzione mia.

Bibliografia

MATTINGLY C. (2010), *The Paradox of Hope. Journeys through a Clinical Borderland*, University of California Press, Berkeley.

Verso il Sud

La collaborazione fra de Martino e Servadio

Renato Foschi
Sapienza Università di Roma

Emilio SERVADIO, *In viaggio con de Martino nella Lucania rurale tra magia e medicina popolare*, a cura di Biancamaria Puma, Alpes, Roma, 2019, 391 pp.

Il libro curato da Biancamaria Puma ha il pregio di ricostruire dal punto di vista di Emilio Servadio (1904-1995), psicoanalista ed esperto di parapsicologia, la “spedizione” fra i paesi delle “dolomiti” lucane nel maggio-giugno del 1957, per studiare i fenomeni magici nel mondo contadino che venne organizzata e condivisa con Ernesto de Martino (1908-1965). Questa spedizione rappresenta ancora un tassello fondamentale e poco esplorato della ricerca di de Martino che in quella occasione ebbe al suo fianco anche un medico, legato all’Università di Perugia, Mario Pitzurra oltre ad altri collaboratori. Mentre è ben nota la spedizione nella Puglia sulle tracce della fenomenologia legata al tarantismo, con l’*expertise* psichiatrica di Giovanni Jervis, le missioni lucane alla ricerca del senso della magia contadina, con l’*expertise* di Servadio, sono note solo in ambito specialistico (GALLINI 2008) mentre, per un pubblico più vasto, la loro conoscenza risulta frammentaria. Il principale obiettivo raggiunto dal volume è quindi proprio il tentativo di colmare questo vuoto, fornendo una serie di rari materiali archivistici e chiavi di lettura che aiutano a rileggere de Martino e soprattutto *Sud e Magia* (1959).

Il libro curato da Puma è importante quindi sia sotto l’aspetto filologico per comprendere i vari passaggi nella evoluzione della ricerca demartiniana sia come fonte indispensabile per quanti in futuro si dedicheranno alla critica dell’opera dell’antropologo italiano, soprattutto per quanto riguardava il significato da lui attribuito alle pratiche magiche dei contadini del Sud.

Il volume, introdotto da Giovanni Pizza, dopo un’ampia premessa della curatrice focalizzata sull’opera di Servadio, raccoglie tutte le carte conservate nel suo archivio relative alla spedizione in Basilicata. Si ricostruiscono così le vicende legate alla preparazione, al finanziamento fino a intuire i motivi

per cui non si è poi prodotto un volume unitario relativo alla spedizione. In appendice vengono infine pubblicati tutti i saggi dedicati da Servadio alla spedizione e anche la bozza di relazione da lui scritta, e corretta da de Martino, per la *Parapsychology Foundation*, principale ente finanziatore della “missione”.

La spedizione del 1957 in Basilicata, come è noto, non fu l'unica, anzi nel periodo della Guerra Fredda la regione fu oggetto di studio sistematico al fine di comprendere i motivi della sua “arretratezza” sociale ed economica. Un esempio fu il caso controverso di Edward C. Banfield (1916-1999) che, sulla base di dati raccolti con una analoga spedizione in Basilicata a metà degli anni Cinquanta, elaborò la nozione di familismo amorale, fino a considerare i comportamenti associati come la causa principale dell'arretratezza meridionale (FOSCHI, LAURIOLA 2016). Siamo dunque in un clima in cui, come nel caso di Banfield, le scienze sociali erano usate per trovare ricette facili per risolvere situazioni oggettivamente molto complesse.

Il libro curato da Puma è così un tassello fondamentale per quanti volessero ricostruire le differenti storie di queste spedizioni e degli scienziati sociali che le organizzarono. Il tratto comune di queste imprese era il periodo in cui si svolsero; durante la ricostruzione seguita alla Seconda Guerra Mondiale queste missioni avevano obiettivi più vasti di quelli dichiarati che probabilmente riguardavano anche la ricerca, nel bel mezzo della Guerra Fredda, di soluzioni percorribili in caso si fossero presentati quei conflitti sociali o istanze di cambiamento che si immaginava potessero, prima o poi, scoppiare nella difficile situazione sociale vissuta dalle popolazioni meridionali.

De Martino e Servadio misero in evidenza invece una situazione molto complessa e per certi versi inaspettata. Si confrontarono con una cultura alternativa a quella industrializzata che aveva categorie ideologiche distanti anni luce dalla speranza di cambiare il proprio destino con la politica e l'impegno civile. I documenti archivistici contenuti nel volume ne sono una potente testimonianza. Lo sguardo di Servadio era inoltre quello di uno psicoanalista disincantato il cui obiettivo di verificare l'esistenza di fenomeni genuinamente magici sembrava divenuto marginale rispetto alla ricchezza dei materiali raccolti; nel resoconto alla *Parapsychology Foundation* Servadio scrisse così a chiare lettere che in Lucania non fu possibile provare la realtà di fenomeni parapsicologici (p. 273).

La spedizione non fu quindi un fallimento anzi raggiunse risultati diversi da quelli meramente parapsicologici; raccogliendo moltissimo materiale, registrazioni e fotografie, relative a casi di malocchio, legature, fatture sui

neonati, terapie contadine fu abbozzata una spiegazione complessa dei fenomeni osservati. In Servadio, come in de Martino, era infatti presente un approccio multidimensionale; Servadio aveva soprattutto uno sguardo psicologico – ma non psicopatologico – relativamente alla magia. Dai documenti emerge l'idea espressa in più punti da Servadio che le categorie patologiche in uso nei paesi industrializzati non avevano molto senso in Basilicata. Fenomeni come il malocchio o le legature erano considerate disturbi che dovevano avere una terapia condivisa fra mago e contadino, ma i fenomeni raccontati erano validi solamente in quel sistema di significazione specifico in cui avvenivano, le patologie così si creavano e si "scioglievano" per mezzo di pratiche magiche. Nel rapporto per la *Parapsychological Foundation*, scritto da Servadio e corretto da de Martino si legge:

Insomma: il mago è, entro certi limiti, il medico delle campagne, e il medico gli appare come a noi il mago.

Ma se è così, risulta sempre più evidente che sarà necessario rivedere *ab imis* molte concezioni, quando sarà elaborato il vasto materiale della spedizione in Lucania, per farne oggetto di pubblicazione. Lo psicologo e il medico non potranno non riferirsi continuamente a un quadro ideologico nel quale lo stesso concetto di malattia è diverso dal consueto; nel quale lo stesso strumento diagnostico va «tarato» e modificato; nel quale certe strane cose debbono venir giudicate non già secondo gli abituali criteri di ciò che è normale e di ciò che è patologico o psicosomatico o paranormale, ma secondo quelli di chi sa che una data «orazione» sconfigge il male, un «male» che non coincide se non in parte con quello della medicina universitaria (pp. 273-274).

Considerazioni analoghe ritornano negli scritti di Servadio in appendice e soprattutto nell'interessante articolo *I guaritori di campagna* del 1976. In questo scritto le cause della persistenza della magia in Basilicata vengono rintracciate in cause ideologiche che non erano attinenti alla mera psicologia individuale quali la persistenza nelle popolazioni meridionali di una supposta mentalità primitiva. Per Servadio la magia invece rappresentava una soluzione ideologica – che in termini moderni potremmo anche definire palliativa – a una situazione di impedimenti sociali, politici ed economici oggettivamente pericolosi fin dalla nascita, la cui origine era per i contadini misteriosa e a cui tentavano di far fronte con pratiche religiose, occultiste e magiche (p. 371). Questo sistema di credenze aveva contribuito a creare un mondo alternativo che non solo si prestava allo studio degli antropologi, dei medici e degli psicologi ma sfidava anche le loro concezioni scientifiche, minando i modelli di normalità e patologia che si insegnavano nelle università. In tal senso la spedizione non trovò i fenomeni parapsi-

cologici che interessavano Servadio ma una serie di altri fenomeni meno meravigliosi, ma forse con implicazioni molto più interessanti.

Introdotti quelli che a me sembrano i temi principali del volume rimangono tuttavia un paio di questioni che restano aperte e che sono importanti per comprendere soprattutto la biografia di de Martino. Per quale motivo la collaborazione fra de Martino e Servadio è poco nota mentre quella con Jervis è maggiormente presente nei ricordi degli studiosi? Prima di leggere il volume curato da Puma, avevo l'idea che presunte divergenze fra de Martino e Servadio in merito alla parapsicologia avessero compromesso il loro rapporto; dal punto di vista culturale i due personaggi mi sembravano troppo diversi. Jervis invece sembrava più adatto a collaborare con de Martino. Egli era uno psichiatra e un marxista arrivato alla psicoanalisi in ritardo e in maniera eterodossa, al contrario Servadio, allievo di Edoardo Weiss (1889-1970), fu uno dei padri della psicoanalisi italiana operando sempre nel contesto dell'*International Psychoanalytical Association*.

Di formazione non medica, Servadio conservò però sempre forti interessi esoterici e parapsicologici. Nel 1937 egli aveva contribuito a fondare la *Società Italiana di Metapsichica* e riuscito addirittura a far accettare al XIII Congresso di Psicoanalisi del 1934 una relazione in cui tentava di dimostrare l'ipotesi che la relazione transferale attivasse un contesto in cui fosse facile osservare fenomeni di telepatia intercorrenti fra terapeuta e paziente. Queste idee sui fenomeni telepatici durante le sedute erano peraltro accettate dallo stesso Freud e si ritrovavano spesso negli scritti dei primi psicoanalisti fra cui Cesare Musatti (1897-1989). Il viaggio in Basilicata in prima battuta rappresentava per Servadio la ricerca di un ulteriore contesto rispetto al *setting* psicoanalitico dove forse era più facile emergessero fenomeni parapsicologici.

Come abbiamo visto, de Martino e Servadio scoprirono invece un articolato sistema di credenze che sfidava la modernità, una medicina contadina parallela alla medicina moderna con canoni particolari e anche una moralità ribaltata rispetto a quella consueta. Ne emergevano personaggi bizzarri come Zio Giuseppe di Castelmezzano un guaritore che seduceva le sue clienti con condotte suggestive, ma ciononostante era ben voluto per le sue presupposte qualità. Zio Giuseppe dava delle risposte che la medicina sperimentale non riusciva a restituire e che evidentemente erano plausibili nel sistema dei significati in cui vivevano i suoi "clienti". Quello abbozzato dai documenti raccolti nel libro a cura di Puma era quindi un mondo alternativo a quello industrializzato, anche difficile da divulgare nell'Italia un

po' ipocrita degli anni del boom economico. Interessante è il fatto che la controversa figura di Zio Giuseppe che nei documenti di Servadio ha uno spazio importante, scompare quasi in *Sud e Magia*.

Il libro curato da Puma è utile anche per chiarire un altro dei punti oscuri della biografia di de Martino. Il suo periodo di formazione, precedente alla notorietà come antropologo esperto di religioni e superstizioni. Ci sono infatti limitati studi che aiutano a ricostruire le fonti che hanno portato il nostro a occuparsi di magia e religione (ANDRI 2012; CHARUTY 2010). La storia del rapporto fra Servadio e de Martino potrebbe così contribuire a chiarire molti passaggi della biografia scientifica dell'antropologo. Si può infatti ipotizzare che la conoscenza fra i due fosse nata in epoca fascista quando entrambi avevano interessi nel campo parapsicologico ed esoterico. de Martino era iscritto e frequentava personaggi vicini alla *Società di Metapsichica*, fra i cui fondatori figurava proprio Servadio. Negli anni Quaranta il giovane de Martino vedeva la metapsichica come una scienza sperimentale in grado di spiegare il "meraviglioso" sulla base della raccolta di dati empirici (DE MARTINO 1941). Durante gli anni Trenta era stato inoltre fondamentale il suo rapporto con Vittorio Macchioro (1880-1958), padre della prima moglie di de Martino, un noto archeologo esperto di orfismo che esercitò molta influenza sul giovane. Da Macchioro, de Martino aveva probabilmente ereditato una metodologia per cui al fine di comprendere fenomeni complessi, come l'orfismo oppure la magia nella cultura contadina, occorreva incrociare molte fonti. L'interesse per la metapsichica rappresentava un possibile orizzonte nuovo e diverso rispetto alla cultura crociana a cui pure il giovane si era formato.

De Martino e Servadio erano quindi ragazzi con interessi comuni che spaziavano dalla metapsichica all'esoterismo, alla conoscenza di quei sistemi rituali antichi che affondavano le radici nelle culture e nelle religioni precristiane. de Martino si riorientò poi verso il marxismo e l'antropologia, Servadio verso la psicoanalisi e la parapsicologia, ma come emerge dai documenti presenti nel volume curato da Puma in realtà i due rimasero amici per tutta la vita. L'idea di un loro litigio basato su una loro differente ideologia è quindi priva di fondamento anzi, al contrario, dai documenti emerge che i due si stimavano e che Servadio tollerava persino una certa ruvidezza del carattere di de Martino.

Se Servadio era e rimase in amichevole stima con de Martino non si spiega la necessità di chiamare Jervis per il tarantismo. Per chiarire questa evidente discontinuità una ipotesi potrebbe essere relativa al fatto che Jervis, al con-

trario di Servadio, fosse uno psichiatra, anche se radicale, probabilmente considerato più adatto a interpretare le crisi tipiche del tarantismo che erano molto simili alle crisi isteriche. Il tarantismo sembrava avere molte più implicazioni psichiatriche della magia. Servadio rimaneva sostanzialmente uno psicoanalista e un parapsicologo capace di fornire interpretazioni originali di quanto osservava, aveva poi il profilo di esperto e appassionato di religione, superstizione e magia, in grado di dare migliori interpretazioni in questi campi. La possibile causa del passaggio da Servadio a Jarvis potrebbe forse quindi essere meramente relativa all'oggetto di studio e non implicare differenze teoriche o ideologiche, ma come molti interrogativi relativi alla figura di de Martino anche questo passaggio è destinato a non avere una risposta definitiva. Persino i motivi per cui non fu mai scritto e pubblicato l'annunciato volume unitario sulle esperienze vissute durante la tarda primavera del '57, rimangono ancora avvolte nel "mistero".

Bibliografia

- ANDRI E. (2010), *Il giovane De Martino e le origini de Il mondo magico (1929-1944)*, Tesi di Dottorato in Antropologia ed Epistemologia della Complessità, Università di Bergamo, Bergamo.
- GALLINI C. (2008), *Introduzione*, pp. 7-38, in DE MARTINO E., *Ricerca sui guaritori e la loro clientela*, TALAMONTI A. (a cura di), Argo, Lecce.
- CHARUTY G. (2010), *Ernesto de Martino. Le precedenti vite di un antropologo*, FrancoAngeli, Milano.
- DE MARTINO E. (1942), *Recensione a R. Cantoni, I primitivi*, "Studi e Materiali di Storia delle Religioni", Vol. 18: pp. 103-105.
- DE MARTINO E. (1959), *Sud e Magia*, Feltrinelli, Milano.
- FOSCHI R., LAURIOLA M. (2016), *Do Amoral Familism and Political Distrust Really Affect North-South Differences in Italy?*, "Journal of Cross-Cultural Psychology", Vol. 47(5): 751-764.

*La “Grande Trasformazione”?
Pandemia, governamentalità e stato sociale nell’Italia
dei lockdown sanitari*

Salvatore Giusto
Bishop’s University, Quebec

Giorgio AGAMBEN, *A che punto siamo? L’epidemia come politica*, Quodlibet, Macerata, 2020, 112 pp.

Chiara MORETTI, *Il Senso della Colpa ai tempi del Covid-19*, Nottetempo, Milano, 2020, 38 pp.

L’evento pandemico scatenato dalla repentina diffusione globale del virus Covid-19 ha certamente costituito uno dei più drammatici fattori di cambiamento sociale affrontati dall’umanità nel suo complesso durante l’ultimo mezzo secolo di storia. Come mostrano i dati raccolti dal Coronavirus Resource Centre della Johns Hopkins University, infatti, circa cinque milioni di persone sono morte di Covid-19 dal febbraio 2020 al momento in cui questa recensione viene stesa¹. Al contempo, l’imposizione di rigide misure di *lockdown* sanitario da parte della maggior parte dei governi del globo (a partire da quello italiano che, come è noto, è stato fra i primi a dover affrontare la pandemia) ha esercitato un enorme impatto trasformativo sia sulle dinamiche di socializzazione che animano la sfera pubblica attuale sia sui processi interpretativi e affettivi tramite i quali tali dinamiche assumono di volta in volta valore politico, economico e culturale.

Al netto dei fattori di crisi generati da questi importanti processi trasformativi (che, come sempre accade nei contesti capitalisti, tendono a coinvolgere maggiormente le classi subalterne che quelle egemoniche), tale stato di cose non dovrebbe stupire chi si occupa di scienze sociali applicate al settore sanitario. Come già evidenziato in ambito storiografico dal LeGoff (1980), infatti, l’emergere ciclico di fenomeni pandemici (e.g.: le ondate di peste nera che hanno coinvolto il continente Eurasiatico dal III al XIX secolo) è intrinsecamente legato ai processi di socializzazione e ai rapporti di produzione tramite i quali gli esseri umani, interagendo in contesto gli uni con gli altri, contribuiscono alla trasmissione (oppure all’isolamento)

degli agenti patogeni. Di conseguenza, tutti gli eventi pandemici sono per definizione rilevanti catalizzatori di cambiamento sociale, culturale e politico (BRAMANTI *et al.* 2016). Ciononostante, come recentemente suggerito da Manderson e Levin (2020), i fattori di cambiamento scaturiti dall'attuale pandemia non sono pienamente assimilabili a quelli provocati da altre epidemie storiche. Da una parte, il tasso di mortalità provocato dal Covid-19 è estremamente basso rispetto a quello che ha contraddistinto pandemie precedenti come la peste bubbonica e l'influenza spagnola (MANDERSON, LEVIN 2020: 2). Dall'altra, mai prima d'ora le istituzioni dell'intero pianeta hanno avuto sia i mezzi tecnici sia la volontà politica per coordinare misure di isolamento sociale atte a contenere un virus su scala planetaria e limitarne (per quanto ragionevolmente possibile) la capacità di evolversi in molteplici varianti.

Quali sono state le conseguenze etiche e politiche di questa ambiziosa, inedita e per molti aspetti drammatica campagna globale di prevenzione sanitaria? In che modo le rigide norme di isolamento sociale richieste da tale campagna stanno radicalmente cambiando il rapporto fra cittadini e potere pubblico in un contesto particolarmente colpito dal Covid-19 come quello italiano? Attraverso quali tecniche discorsive (se non veri e propri atti di propaganda) chi gestisce la cosa pubblica ha cercato di legittimare sia sul piano culturale sia su quello fenomenologico l'implementazione di norme sanitarie che di fatto limitano la libertà degli individui? In che modo l'analisi del rapporto fra scienza medica, economia e potere instauratosi durante l'attuale pandemia può aiutarci a prevedere le dinamiche di controllo sociale che caratterizzeranno il mondo post-pandemico? Pur partendo da premesse e giungendo a conclusioni diverse, le recenti opere di Giorgio Agamben (2020) e Chiara Moretti (2020) cercano di rispondere a queste domande non semplici tramite una serie di riflessioni "scomode" in merito al primo, lunghissimo, *lockdown* promulgato dal governo italiano dal 9 marzo del 2020 fino al 18 maggio dello stesso anno.

Domande non semplici e riflessioni scomode, per l'appunto, rese ancor meno semplici e più scomode dal fatto che sia Agamben sia Moretti hanno scritto le opere in questione durante il *lockdown*, il che ha comprensibilmente impedito a entrambi di sottoporre le loro rispettive osservazioni sull'evento sociosanitario che essi stessi stavano vivendo a validazioni etnografiche di stampo "classico" (cioè concernenti una vera e propria negoziazione di significati interattiva fra di un *principal investigator* ed una serie di soggetti culturali terzi). Nonostante questo (probabilmente ineludibile) limite metodologico, lo spirito propositivamente "antagonista" che anima

le due opere, così come la propensione dei loro rispettivi Autori a “etnografare” sul piano descrittivo lo scenario fortemente distopico dell’Italia sotto *lockdown*, permette loro di fornire un prezioso contro-altare informato alle retoriche proposte da gran parte della recente pubblicistica sul tema delle cosiddette norme d’emergenza anti-Covid e della loro controversa implementazione.

A che punto siamo? L’epidemia come politica di Giorgio Agamben (2020) è un breve testo antologico contenente tutti gli interventi pubblici che il filosofo ha rilasciato in merito alla gestione dell’epidemia di Covid-19 in Italia e le sue molteplici conseguenze etiche e politiche lungo l’intero corso del primo *lockdown* sanitario. Tali interventi comprendono una serie di brevi e appassionati *post* originariamente pubblicati in tempo reale sul *blog* gestito dallo stesso Agamben sul sito della casa editrice Quodlibet, così come una serie di interviste rilasciate dall’Autore presso vari organi di informazione europei in risposta alle roventi polemiche scatenate dai suddetti *post*. Nonostante la natura antologica di quest’opera ne penalizzi la capacità di esprimere un sistema teorico organico, i principi cardine attraverso i quali il filosofo interpreta e critica ferocemente le misure anti-Covid risultano molto chiari, venendo ripetuti più e più volte nell’opera.

Applicando pedissequamente il corpus teorico già elaborato in *Homo Sacer* (2018) all’analisi critica del *lockdown* italiano e della sua legittimazione mediatica, Agamben (2020) sostiene che l’effetto (e forse anche il movente) di tale misura sociosanitaria non sia stato semplicemente quello di proteggere la salute pubblica degli Italiani. Questa draconiana norma d’emergenza sarebbe invece sintomatica di una “Grande Trasformazione” (con le iniziali maiuscole) operata da “i poteri che governano il mondo” (Agamben non definisce mai questi poteri con precisione, lasciando però intendere di stare parlando di governi, multinazionali, case farmaceutiche e *media holdings*) allo scopo di incrementare il proprio controllo sulla capacità dei cittadini di esprimere relazioni sociali e politiche in modo indipendente. Tale Grande Trasformazione non si baserebbe su di una rinegoziazione del contratto sociale (e.g.: la Costituzione Italiana), ma sull’imposizione arbitraria di leggi speciali volte a imporre uno “stato di eccezione permanente”, il quale sarebbe a sua volta legittimato da pervicaci discorsi mediatici di “terrore sanitario”.

Da un punto di vista giuridico, lo stato di eccezione permanente introdotto con il *lockdown* consentirebbe a una “democrazia borghese” come quella italiana di trasformarsi in uno “stato totalitario,” imponendo “la supremazia

del potere esecutivo su quello legislativo” in nome della “biosicurezza”. Da un punto di vista socioculturale, questo stato d’eccezione si fonderebbe invece su di un inedito progetto egemonico che, imponendosi sul precedente ordine cristiano e capitalista, trasformerebbe la scienza medica in un nuovo ed onnipresente sistema religioso. La nuova religione medico-scientista si baserebbe a sua volta su di un unico valore etico: preservare sempre e comunque la sopravvivenza degli individui sul piano fisico, anche a scapito di qualunque attività sociale che possa dar senso alle loro vite. Sarebbe proprio la necessità (fideistica e positivista al tempo stesso) di preservare il valore sacrale della “nuda vita” (e nient’altro!) a legittimare l’uso sistematico della disinformazione e del terrore sanitario da parte delle istituzioni e dei media nostrani quali armi di “distrazione” di massa votate alla trasformazione di ogni cittadino in potenziale untore e di ogni contatto umano in colpevole momento di contagio.

A conti fatti, l’analisi dell’evento pandemico e della sua gestione pubblica portata avanti da Agamben sembra basarsi più su di un’applicazione ultra-ortodossa dei principi teorici già elaborati dall’Autore nelle sue precedenti opere, che non su di uno studio interdisciplinare del contesto storico, politico e (soprattutto) medico-sanitario che ha fatto da sfondo al *lockdown* italiano. Ne è prova il fatto che, a scapito di intuizioni convincenti sul piano teorico, ogni volta in cui l’Autore cerca di dimostrare l’esistenza della Grande Trasformazione in atto tramite l’applicazione di tali intuizioni all’analisi di eventi concreti e circostanziati, egli non risulta particolarmente persuasivo. Agamben, per esempio, non spiega in che modo (e tramite quali lotte di classe e/o rapporti di potere) i “sacerdoti” della scienza medica sarebbero riusciti a scalzare la Chiesa Cattolica e la borghesia capitalista dai ruoli egemonici che essi hanno svolto in Italia per secoli. Allo stesso modo, l’argomento che “leggi di emergenza” comparabili a quelle anti-Covid sul piano tecnico-giuridico abbiano costituito l’anticamera del Nazismo (argomento ripetuto più volte dal filosofo a dispetto delle ovvie intenzioni razziste e sterminatrici del legislatore nazista) non basta certo a dimostrare che ogni atto legislativo emergenziale debba essere sempre e comunque valutato in chiave dittatoriale. Infatti, altri procedimenti legislativi emergenziali ritenuti ai loro tempi invasivi delle libertà individuali, come ad esempio il *New Deal* imposto da Roosevelt a un’America ancora piagata dalla crisi del 1929, sono stati promulgati a fronte di opinioni pubbliche contrastanti senza costituire però minaccia alcuna per la partecipazione democratica dei cittadini alla cosa pubblica.

Anche l'argomento, anch'esso caro ad Agamben, che il Covid-19 non causi un numero di decessi tali da giustificare interventi legislativi ad hoc non convince pienamente alla luce di un'analisi multidisciplinare del recente fenomeno pandemico. In primo luogo, tale considerazione non tiene conto del fatto che la pericolosità del Covid-19 non risiede tanto nel numero di morti che esso causa, quanto nell'altissimo coefficiente di trasmissione proprio di questo virus, il quale può portare al collasso interi sistemi ospedalieri nel giro di pochissimi giorni (cosa che chi, come chi scrive, è originario di Bergamo purtroppo conosce molto bene). In secondo luogo, questo argomento non tiene conto dell'ovvia questione che i dati ufficiali citati da Agamben in merito al tasso di mortalità del Covid-19 (spesso pasticciati a bella posta dalla propaganda governativa, come dimostrato dal filosofo stesso in più punti della sua opera) sono stati raccolti durante il *lockdown* e, come tali, non dicono molto su cosa sarebbe successo se il *lockdown* non fosse mai avvenuto.

Nonostante questi evidenti problemi applicativi, le speculazioni teoriche di Agamben in merito alla gestione pubblica della pandemia in Italia mantengono una forte potenza evocativa e una coerenza interna tale da non poter essere ignorati come quelli di una qualunque Cassandra. Se la Grande Trasformazione annunciata dal filosofo probabilmente non è ancora avvenuta sul piano storico, quindi, è altrettanto vero che la limitazione delle libertà individuali richiesta e ottenuta dalle quarantene sanitarie presenta inquietanti parallelismi con una tendenza politica già presente in seno alle democrazie occidentali fin dall'epoca della cosiddetta "guerra al terrore." Si pensi, per esempio, a leggi d'emergenza altamente incostituzionali come il *Patriot Act* promulgato da George W. Bush a seguito dell'11 settembre. Al contempo, la riduzione dei rapporti umani a controllabili eventi di mercato e l'abdicazione neoliberalista del potere pubblico nei confronti del sociale sono fenomeni politico e culturali che hanno permeato le democrazie occidentali sin dagli anni Novanta. In questo senso, la gestione autocratica, mistica (nel senso di autolegittimantesi) ed economicistica (cioè basata sul primato dei dati numerici sull'esperienza umana) dell'emergenza Covid-19 non solo fa temere una estensione a tempo indeterminato dell'attuale stato di eccezione, ma fornisce anche una chiave di lettura per comprendere cosa non abbia funzionato nell'Italia sotto *lockdown*.

Queste valutazioni emergono con forza soprattutto in luce di quanto espresso da Chiara Moretti ne *Il senso della colpa ai tempi del Covid-19* (2020). Pur non citando Agamben, infatti, questo breve saggio condivide molte delle preoccupazioni espresse dal filosofo, sostituendone però le pretese mille-

naristiche con un'analisi più attenta delle modalità discorsive attraverso le quali il governo italiano avrebbe imposto e legittimato un alienante regime di quarantena sociale generalizzata. Tali modalità discorsive, sostiene Moretti (2020), si sono basate su di un processo di "mitizzazione" istituzionale della scienza medica, la quale è stata sistematicamente rappresentata dal sistema politico e mediatico nostrano come l'unica voce in grado di dare significato reale alla pandemia e dettare strategie volte al suo superamento. Tale processo di mitizzazione è però in contrasto sia con i principi metodologici della ricerca medica, la quale non produce verità assolute procedendo sempre per ipotesi perfettibili e tentativi sperimentali, sia con l'eminente natura politica delle organizzazioni sociosanitarie che la praticano in contesto.

I paradigmi sanitari assolutistici e gli spaventosi *communiqué* tramite i quali il governo e i media italiani hanno difeso a spada tratta il *lockdown* e i ripetuti episodi di malagestione dei sistemi sanitari regionali avvenuti a partire da quel fatidico 9 marzo del 2020 sembrerebbero quindi nascere più dall'incapacità dello Stato di gestire la pandemia in modo equo ed efficace, che non dalla volontà di potenza della ricerca medica. Prova di ciò sarebbe il fatto che le modalità discorsive tramite le quali le istituzioni hanno legittimato soluzioni sanitarie sempre più draconiane a scapito della libertà dei cittadini non si sono mai basate su teorie mediche coerenti fra loro, ma su di un generalizzato e aprioristico appello alla responsabilità morale degli Italiani nei confronti del distanziamento sociale. Basandosi sulla legittima paura che i cittadini hanno della malattia e della morte, in altre parole, le istituzioni italiane avrebbero delegato le proprie responsabilità in merito alla gestione della pandemia, così come i tanti, troppi fallimenti che l'hanno contraddistinta, alla supposta incapacità etica dei cittadini di rinunciare ai propri rapporti sociali per un bene superiore: quello della nuda vita.

È in questo contesto, sostiene Moretti, che si può comprendere appieno "il mythos degli angeli delle corsie" (in realtà personale sanitario spesso precario e iper-sfruttato) promosso dalle istituzioni dell'Italia neoliberale durante il primo *lockdown*, così come la sistematica *reductio ad untorem* di tutti coloro i quali non hanno potuto o voluto rispettare le norme di quarantena. Tali meccanismi discorsivi miravano a far emergere un potente senso di colpa negli Italiani, rappresentati dal discorso pubblico non già come le principali vittime della pandemia, ma come i responsabili della sua diffusione a dispetto degli sforzi compiuti dal governo e dai suoi angeli.

Muovendo da queste riflessioni, Moretti (2020) traccia un parallelo fra la tendenza dello Stato italiano a delegittimare le proprie responsabilità nella gestione della pandemia e le dinamiche di *devolution* e neoliberalismo istituzionale tramite le quali esso ha progressivamente smantellato le proprie funzioni sociali negli ultimi decenni, specialmente in ambito sociosanitario. È solo ripensando radicalmente il proprio *welfare* in modo da renderlo più vicino al “benessere” (e non alla mera sopravvivenza) dei cittadini, avverte l’antropologa, che l’Italia potrà procedere verso la “ristrutturazione” di una realtà collettiva (e quindi tanto sociopolitica quanto simbolica) che rischia di essere compromessa per sempre dalla crisi pandemica. Come suggerito in apertura a questa recensione, tale avvertimento risulta specialmente pertinente alla luce del fatto che la pandemia e il *lockdown* non hanno danneggiato l’economia e la psiche di tutti gli abitanti del Bel Paese allo stesso modo, imponendosi con maggiore violenza sui ceti subalterni.

A fronte di quest’ultima osservazione, viene quindi da chiedersi se il *lockdown* al centro del dibattito intavolato da Agamben e Moretti sia da interpretarsi come sintomatico dell’attuale crisi dello Stato sociale, oppure come segno evidente di una tanto controversa quanto sorprendente ripresa storica dello Stato sociale stesso. Da una parte, infatti, il concetto di Stato sociale si basa sul principio giuridico che le pubbliche istituzioni abbiano il diritto/dovere di intervenire nella vita privata dei cittadini (e.g.: imponendo tasse, sanzioni e altre limitazioni alle libertà individuali) allo scopo di preservare la sopravvivenza e il benessere collettivo. In questo senso, non è un caso che (accademici a parte) i principali detrattori delle norme emergenziali anti-Covid in Italia e nel mondo siano finora stati supporter storici dello smantellamento dello Stato sociale a favore del cosiddetto “libero” mercato (e.g.: partiti conservatori, dirigenti di grandi multinazionali, la Confindustria). Dall’altra, come ben evidenziato da Moretti, l’incapacità dello Stato di gestire il *lockdown* non già in base al senso di colpa individuale, ma ai principi collettivi di pari opportunità ed equa distribuzione delle risorse, suggerisce che (a prescindere da qualunque principio ideologico abbia ispirato le scelte del Governo durante la pandemia) l’annosa diatriba fra social-democrazia e neoliberalismo istituzionale rimanga ben lungi dall’essere risolta nel contesto italiano.

Al netto di queste considerazioni politiche di fondo, l’analisi delle profonde trasformazioni socioculturali avvenute in seno all’evento pandemico che emerge sia dal testo di Moretti sia da quello di Agamben andrebbe forse in parte ricontestualizzata alla luce del fatto che entrambe le opere sono state pubblicate nella tarda primavera del 2020. Esse, quindi, non integrano (né

potevano ragionevolmente integrare) ulteriori riflessioni sui diffusi movimenti di protesta a sfavore delle successive leggi speciali anti-Covid promulgate dal Governo italiano dalla conclusione del primo *lockdown* al momento in cui questa recensione viene stesa (e.g.: quelle relative alla distribuzione dei vaccini anti-Covid e ai cosiddetti “green pass”). Ciò potrebbe aver impedito ai due Autori di valutare pienamente sia l’efficacia effettiva dei meccanismi di governamentalità implementati durante il *lockdown*, sia il modo in cui tali meccanismi sono stati successivamente reinterpretati a livello culturale dagli Italiani – inclusi quelli che (a torto o a ragione) non si sono fatti spaventare o colpevolizzare dalla propaganda governativa e hanno quindi protestato contro le restrizioni sanitarie prima su Internet e poi, a quarantena conclusa, magari anche in piazza.

Se l’invasivo *lockdown* generalizzato e le discutibili narrative circolate dal Governo italiano in merito alla pandemia a partire da quello storico 9 marzo del 2020 hanno mirato a proteggere la sopravvivenza biologica dei cittadini e poco altro, infatti, è altrettanto vero che la vita e la morte non sono mai del tutto “nude”. Esse sono invece fatti sociali, il cui significato ultimo viene sempre (re)interpretato sia in contesto sia nel tempo da chi ne ha esperienza diretta tramite processi di negoziazione culturale permanente in cui il potere costituito non è che una delle fondamentali parti in causa. Ciononostante, le opere di Agamben e Moretti mantengono un importante significato dal punto di vista civico, politico e sociale. Esse forniscono infatti utili strumenti per rimettere in discussione le condizioni di egemonia culturale alla base della gestione della cosa pubblica nel contesto sociosanitario dell’Italia neoliberale, e rispondere criticamente a esse tramite dinamiche di contro-egemonia informata. Il che, in quest’epoca caratterizzata da populismo istituzionale, retoriche neoliberiste e suggestioni anti-intellettuali di stampo no-vax, non è affatto cosa da poco.

Note

⁽¹⁾ Vedi: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Ultimo accesso: 14 settembre 2021.

Bibliografia

AGAMBEN G. (2020), *A che punto siamo? L’epidemia come politica*, Quodlibet, Macerata.

AGAMBEN G. (2018), *Homo Sacer. Edizione integrale (1995-2015)*, Quodlibet, Macerata.

BRAMANTI B., STENSETH N., WALLOW L., XU L. (2016), *Plague: A Disease Which Changed the Path of Human Civilization*, pp. 1-26 in YANG R., ANISIMOV A. (a cura di), *Yersina Pestis: Retrospective and Perspective*, Springer, Berlin.

LE GOFF J. (1980), *Time Work and Culture in the Middle Ages*, University of Chicago Press, Chicago.

MANDERSON L. AND LEVIN S. (2020), *COVID-19, Risk, Fear, and Fall-out*, "Medical Anthropology", Vol. 39(5): 367-370.

MORETTI C. (2020), *Il senso della colpa ai tempi del Covid-19*, Nottetempo, Milano.

Interrogare il senso della crisi *La Consultazione Culturale*

Pompeo Martelli

Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma1

Laurence J. KIRMAYER, Jaswant GUZDER, Cécile ROUSSEAU (eds.), *La Consultazione Culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*, edizione italiana a cura di Salvatore Inglese e Miriam Gualtieri, Edizioni Colibri, Milano, 2020, 390 pp.

Ho accolto con grande piacere l'invito della rivista AM a recensire l'edizione italiana a cura di Salvatore Inglese e Miriam Gualtieri del libro *Cultural Consultation. Encountering the Other in Mental Health Care* (editors Laurence J. Kirmayer, Jaswant Guzder, Cécile Rousseau, Springer Science, New York, 2014): tutti, co-autori canadesi e curatori italiani, miei amici e colleghi.

Ho avuto l'opportunità di frequentare gli *Annual Summer Program della Division of Social and Transcultural Psychiatry* (Department of Psychiatry, McGill University), di visitare alcune delle strutture sanitarie a cui si fa riferimento nel libro e di partecipare alle attività cliniche nei differenti *setting* realizzati a Montreal.

Inoltre, Laurence Kirmayer è stato ospite del Servizio da me diretto in qualità di formatore e supervisore per gli operatori socio-sanitari della ASL Roma1 impegnati nei Consultori familiari e nei Centri di Salute Mentale, mentre il nostro Dipartimento di Salute Mentale è membro per l'Italia dell'*International Consortium for Cultural Consultation*, un network organizzato attraverso il Cultural Consultation Service della McGill Division of Social and Transcultural Psychiatry.

In ultimo nel 2017 abbiamo realizzato come Dipartimento di Salute Mentale e Museo Laboratorio della ASL Roma 1, patrocinati dell'Ambasciata del Canada, un programma di attività con Jaswant Guzder denominato *Cultural Dislocations and Hybridity. Politiche delle cure e delle culture* che comprendeva incontri tematici (tra cui ricordo la partecipazione del Direttore di AM professor Giovanni Pizza, dell'Università di Perugia), supervisioni e una mostra personale di opere artistiche prodotte dalla Guzder con la successiva pubblicazione di un volume¹.

Come scrivono correttamente i curatori nella loro saggio introduttivo al volume:

La Scuola canadese di Psichiatria transculturale – impegnata a declinare la tradizione scientifica della McGill University nell’ambito della Psichiatria sociale e di comunità – con sempre maggior precisione individua il fulcro dove applicare il punto di leva della propria metodologia clinica. L’applicazione richiede precise condizioni preliminari, collaborazioni professionali e istituzionali, mobilitazioni di risorse formali e informali nel mondo-ambiente del paziente e della sua comunità reale. Da più di mezzo secolo tale Scuola rappresenta un riferimento essenziale per coloro che considerano decisivo l’influenzamento del contesto sociale sull’esordio, lo sviluppo e gli esiti del disordine mentale. Momento di forza di questa accademia anglofona, fondata sulle colline ventose della Montreal québécoise, è il modo dinamico con cui mette in rapporto e in variazione i fattori sociali e culturali, gruppal e familiari, individuali e comunitari, non vincolati alle tirannie e ai capricci del sostrato biologico” (INGLESE, GUALTIERI 2020:18).

Ho ritenuto opportuno riportare questa citazione perché in essa è contenuta l’essenza e il valore di questo libro, uno dei resoconti più completi, sintetici e utili di tutto ciò di cui i clinici hanno bisogno per lavorare efficacemente con la diversità culturale. Nasce dall’esperienza clinica e dalle ricerche condotte negli anni dal *Cultural Consultation Service del Jewish General Hospital* di Montreal. Tra i meriti di questo libro c’è la sua equilibrata attenzione sia alla teoria sia alla pratica, con un’abbondanza di materiale clinico in ogni capitolo, dal processo della Consultazione Culturale nelle sue diverse declinazioni al lavorare con gli interpreti e i mediatori culturali. La diversità culturale è questione ancora piuttosto impegnativa per i professionisti della salute mentale. I servizi sanitari nelle società occidentali postcoloniali hanno, si spera, per lo più riconosciuto che l’assimilazione di pazienti culturalmente diversificati in pratiche standard, normalizzando e ignorando le differenze in nome di principi generici di uguaglianza, non funziona. La via da seguire è riconoscere le differenze e sviluppare modelli teorici nuovi o modificati e incorporarli in pratiche cliniche creative. Negare la validità di questo principio è difficile quanto metterlo in pratica, ci dice questo libro.

Il cambiamento è difficile e affidarsi a sistemi diagnostici e a modelli teorici della mente “universalmente validi” è molto rassicurante per gli operatori della salute mentale. La consultazione culturale viene in aiuto al clinico in una fase in cui si comincia a capire che la semplice e ben intenzionata offerta di forme tradizionali di guarigione o di operatori di salute mentale “eticamente abbinati”, nel tentativo estremo di mantenere la validità dei

nostri modelli di cura occidentali, non produrrà necessariamente risultati clinici migliori per le minoranze etniche.

Gli Autori illustrano efficacemente come il focus dell'intero processo di consultazione culturale sia più ampio del raggiungimento di un'accurata valutazione diagnostica con raccomandazioni terapeutiche; al contrario, il focus è spostato sull'intero sistema e il processo è sempre aperto ad un'analisi dei fattori contestuali dell'esperienza dei pazienti all'interno dell'ambiente di cura, delle ideologie dell'organizzazione/istituzione, delle culture delle *équipes* di trattamento e di come queste influenzino il processo di cura e i suoi risultati.

La consultazione culturale funziona "con il sistema", sfidandolo e cambiandolo attraverso la protezione, l'educazione e la critica. In questo modo la consultazione culturale adempie al suo mandato formativo e raggiunge un ruolo politico all'interno della società. Gli Autori ci mostrano come, in un ambiente sanitario sotto pressione, tirato in ogni direzione da agende concorrenti e oppresso da risorse limitate, il modello di consultazione culturale sia in ultima analisi un risparmio di tempo e di costi, argomento quest'ultimo a favore di un'adozione diffusa del modello, mettendo in evidenza non solo ciò che i pazienti appartenenti a minoranze etniche possono ottenere da esso, ma soprattutto ciò che il sistema lavoro e la società più in generale possono ottenere. Per usare le parole degli Autori, la diversità culturale è di per sé buona, ogni lingua e tradizione culturale ci offre possibilità immaginative che possono aiutarci ad adattarci alle nuove circostanze o ad affrontare alcuni dei limiti, delle ingiustizie e delle disuguaglianze del nostro stile di vita. Piuttosto che guardare gli altri da una visione distante, disimpegnata e disinformata della loro esperienza possiamo coinvolgerli direttamente nel dialogo e nel processo, allargare la nostra immaginazione di ciò che è essere umani. Un messaggio che si spera vada oltre l'impegno all'interno delle istituzioni assistenziali, per essere ascoltato e compreso dai *policy maker* e dalla società.

In ultimo il lavoro dei colleghi canadesi ci insegna a non distrarci, soprattutto in questo tempo di crisi, continuando a rivolgere il nostro sguardo sull'altro per conoscerlo ma soprattutto per permettere allo sguardo dell'altro di raggiungerci. Questa pratica ci riporta all'insegnamento di Franco Basaglia, al problema della soggettività² e più specificamente su cosa significhi e come sia possibile restituire la soggettività a coloro ai quali è stata sottratta ma anche a ciascuno di noi nelle precarie condizioni culturali, economico-sociali in cui versiamo.

Si tratta quindi di lasciarsi interrogare dagli altri, dalle loro parole ed esperienze per giungere, nel nostro caso ad una azione di salute mentale, come suggerisce Rita Laura Segato «su richiesta [...] interpellata dai loro bisogni, e che possa servire loro per accedere ad un maggior benessere, alle risorse e soprattutto alla comprensione dei propri problemi» (SEGATO 2013: 13).

A chi leggerà di questo volume, che raccoglie contributi di psichiatri, psicologi, antropologi, ricercatori e operatori canadesi impegnati per lo sviluppo di una psichiatria culturalmente orientata, curato con spirito di servizio da Inglese e Gualtieri, auguriamo che sappia accordarne le parti con i contesti clinici e istituzionali italiani.

Note

⁽¹⁾ MARTELLI P. (a cura di) (2019), *Ibridazione. Politiche delle cure e delle culture*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

⁽²⁾ ROVATTI P.A. (2013), *Restituire la soggettività. Lezioni sul pensiero di Franco Basaglia*, AlphaBeta Verlag, Merano.

Bibliografia

INGLESE S., GUALTIERI M. (2020), *Tradurre mondi e culture in salute mentale*, pp. VII-XXVII, in di L.J. KIRMAYER, J. GUZDER, C. ROUSSEAU, *Consultazione Culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*, Pisa/Paderno Dugnano: Centro Studi Sagara/Edizioni Colibrì.

SEGATO R.L. (2013), *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos, y una antropología por demanda*, Prometeo Editorial, Buenos Aires.

Care in (Eastern) Germany *From Socialism to the Privatization of Social Welfare*

Marta Scaglioni
Università di Milano - Bicocca

Tatjana THELEN, *Care/Sorge. Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen*, transcript-Verlag, Bielefeld, 2014, 298 pp.

As one of the most influential anthropologists working on care, Tatjana Thelen makes a fundamental contribution with her *Care/Sorge. Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen* (*Care. Construction, Reproduction, and Dissolution of Meaningful Bond*¹, 2014).

Resorting to a Marxist framework (Production, Reproduction and Dissolution), her main argument considers care and care practices as key sites where society produces and reproduces itself (34) shaping “meaningful bonds”: kinship, work relations, and friendships. To make her point, Thelen analyses various forms of care in Eastern Germany, comparing the former German Democratic Republic (GDR) with today’s society, as this area is a privileged standpoint to inquire the «temporal, institutional, demographic, and gender-specific aspects of care» (p. 17). In Eastern Germany, in fact, accelerated social and historical changes made expectations and practices of care more explicit (*ibidem*). *Die Wende*, “the turn”, referring to the peaceful process which led to the reunification of Germany in October 1990, marked the shift from a pervasive socialist management of care to the neo-liberal privatization of social welfare (p. 49). The shift was historical, and, analysing it through the lenses of care, it risks being invested by moral judgements: a positive and genuine “before” and a consume-driven “after” characterized by insincere relationships. The Author strives to overcome these simplistic distinctions such as «warm familial care» against «care in cold state institutions», «formal/technical against informal/emotional or paid or unpaid care», «private and public», or «before (traditional) and after (modern)» (p. 15). An in-depth ethnographic research is the key to demolish prejudices and to observe social structures and their transformations from the bottom up: the Author spent three years, from 2003 to 2006, in a post-industrial and post-socialist city in the Eastern part of Germany,

which is anonymised throughout the text as “Seestadt”². The choice of the fieldwork rests upon solid elements: the former GDR showed peculiar characteristics which reverberated in today’s Seestadt. The GDR had in fact one of the highest female employment rates worldwide (p. 84), of which Eastern Germans (or, as they are colloquially known in Germany, *Ossis*, in contrast to *Wessis*, “the Westerners”) were very proud (p. 92), and a free, pervasive institutional care system. Thus, Eastern Germany in the 2000s offered the unique possibility of studying one of the most rapid transformation in social care issues worldwide.

In the first part of the book, *Einführung und Grundlegung* (Introduction and Foundation), Thelen lays the foundation for the definition of care and describes the context and the fieldwork. While defining care, the Author refers to the classic definition of Tronto (1993) as «species of activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our “world” so that we can live in it as well as possible» (p. 38) and quotes Tronto’s classic four-phased model «caring about, taking care of, care giving, and care receiving» (*ibidem*). Thelen declares herself unhappy with the English terminology and delves into the nuances of the German language, resorting to the theoretical distinction between *sorgen um*, for feelings and sentiments, and *sorgen für*, for concrete care practices (p. 23). However, she argues that the terms *Sorge* and care cannot overlap, as *Sorge* carries meanings of worries and concerns, rather than mother’s love and warm positive feelings. Regarding the research context, the study of the former GDR offers a unique possibility to deconstruct the gendered dimension of care. Before 1990, the socialist state struggled hard to promote female employment, putting it in overt and propagandist opposition to Western Germany, where the model of the male breadwinner often relegated women to unpaid domestic work. «From male bread winner to universal breadwinner» was the GDR motto (p. 82), and the state agenda was supported by the provision of official care for children, disabled, and elderly people. Most women went to work shortly after having given birth, and children were looked after (or disciplined) in public kindergartens. This particular conjuncture enabled the coexistence of high female employment and high fertility rates (p. 85), a bizarre concurrence to our Western European eyes. State institutions allowed the transfer of care from the private to the public sector, allowing women to have more children while working. Inevitably, the model had its downsides, since women were entitled to low alimony checks and widow’s pensions, pushing them to look for jobs, but at the same time making them rather vulnerable. The key argument in this first part of the book is that

care cannot be extricated from the state programs of social security, which influence in turn private practices and more intimate aspects of the social life, and that this was especially evident in the former GDR. Later on, being *die Wende* far from a merge, the Western social system was imposed onto the East, replacing the socialist system and triggering a rapid social change. Gender segregation in the job sector became similar to pre-1990 Western Germany, with men in the East taking over “women jobs” (bank officers, cooks, social workers), and women suddenly finding themselves excluded from certain professional domains (p. 87). This led to changes in the ideas of children care, moving it into the households. Social change was accompanied by a public discourse which carried moral connotations: while Eastern women before 1990 found it natural to delegate children care to external structures, this practice came to be publicly despised as dangerous for the psychological wellbeing of the infants (p. 95). The reciprocal construction of Eastern women as “bad mothers” and Western women as “lazy housewives” followed the German popular understanding well beyond the reunification. On the level of popular discourse, the model of the employed mother remained engrained in the mind-set of Eastern Germans for very long and was one of the (few) positive characteristic that *Ossis* used to describe themselves (p. 99).

The second part, *Praktiken “privater” Sorge: Care, Politik, Wirtschaft* (Practices of “private” Care: Care, Politics, Economics) enters the description of care practices in detail, arguing that they create kinship relations and underlie political meanings at the same time. Care appears once again as a process that responds to socially recognized needs while amounting to a political mechanism. The movement from public to private is exemplified by a chapter on German care relations across the border before *die Wende* (*Care über die deutsch-deutsche Grenze*) and one on “Caring Grandparents” (*Sorgende Großeltern*). The “othering” process which invested “bad Eastern mothers” used to permeate also the relations between Western and Eastern citizens before 1990. The establishment and maintenance of West-East relations is a meaningful example of the political connotations reproduced by forms of care. Germans on both sides of the wall became involved in the sending of packets, both in order to help relatives and to perpetuate a sort of charity (*Wessis* to *Ossis* mainly). Sending packets to the East intertwined private care with institutional practices, since they were sustained and encouraged by *Paketkampagnen*, Western governmental campaigns to help «our (poor) brothers and sisters of the Eastern zone» (p. 111). Packets helped constructing oneself and the “other” as alternatively consumistic, in need,

arrogant, charitable. The sending of goods from the West to the East shows how also in the West forms of care had strong political connotations, even under a non-dictatorial regime. The goods were often remarkably symbols of capitalism, and underpinned an ethnocentric and superiority sentiment, creating in turn guilt and inferiority feelings in the receivers, who were unable to reciprocate in the same way. After *die Wende*, many *Ossis* were able to unveil the cheap and prepared nature of many packets, overcoming the construction of difference, even if the purpose of this form of care was that of forging unity and solidarity among Germans. In the second chapter, grandparents exemplify the shift occurring in the East from public to private care. After 1990, the retrenchment of state-organized activities for children, the introduction of the Western early pension system (*Frühverrentung*), and later motherhoods contributed to the “invention of grandparenthood” (p. 137), while, before 1990, grandparents’ care of children was an exception rather than the norm (p. 156).

In the third part, *Praktiken öffentlicher Sorge: Care, Arbeit, Identität* (Practices of public Care: Care, Work, Identity), Thelen delves into the transformations of care that occurred at the workplaces (*Care am Arbeitsplatz*), for elderly people (*Von der Veteranen- zur Seniorenbetreuung*), and in the Elisencafe, a Church-related activity which acts as epicentre for volunteer-based community services. Apart from being places where intimate relations were established, companies in the former GDR provided welfare to their workers, acting as vectors of state policies (p. 169). The Author deconstructs the reciprocal prejudicial representations of work relations of *Ossis* and *Wessis*: the first as inauthentic and instrumental, the latter as disposable. As an example, company care for elderly people under socialism was far from the Western representation of socialist care as cold, traditional, and formal, as it organized rituals (parties, awards) for former workers leaning on emotional as well as hierarchical sentiments. In the last chapter, care is portrayed as a form of resistance: women who gravitated around the Elisencafe before 1990 fought for their religious beliefs, which comprised the dedication of a longer time to maternity and children raising. In such a state-organized and verticalist society, distancing oneself from the hegemonic practices was a way to affirm one’s identity, often at high costs. As the workplace was a pivotal element of social and economic life under socialism, stay-at-home mothers were excluded from company welfare, social insurance, holiday programs. Once again, pre-1990 companies and workplaces acted as «key elements of communication and care relations» (p. 228).

In conclusion, Thelen offers an insightful portrait of care constructs under socialism, comparing them with today's Eastern and yesterday's Western practices and ideas. At the centre of her analysis are various types of relations, or "meaningful bonds". Kinship, for example, created ties on the two sides of the border but not always, however, led to care. Nonetheless, care practically constructs and reproduces kinship relations (kinning, doing kinship) (p. 19). Care is thus the basis for social organization and reproduction, emerges as a response to socially recognized needs, and is underpinned by political and institutional structures. Having a privileged point of view from within the German society, even if clearly aware of her positioning as *Wessi*, the Author has the possibility of deconstructing hegemonic constructions related to gender and age. As a German, Thelen declares herself unsatisfied with the academic English-speaking terminology regarding care. Various German words could be used to refer to care but the Author considers them to be an imprecise replacement. *Sorge* would be care, in the above-mentioned variants of *sorgen um* and *sorgen für*, while *Pflege* is instead more connected to curing someone, and to the relative practices. On another level, children care can be defined in German as *Kinderbetreuung*, where the verb *betreuen* refers to custody, tutoring (A Phd supervisor is a *Betreuer*, for instance). Aware of the difficulties of translating theoretical concepts and applying them to different contexts, it results arduous to understand the unconventional choice of drafting such a seminal book in German. As imprecise as the translation of the German word *Sorge* into care might be, the Author relies heavily on the word care throughout the text, making it difficult to understand why the text had to be in German. The main unfortunate result of this choice is the small audience this book can reach. It is indeed a pity that the book has such a limited scope, being the former GDR one of the most interesting and at the same time underresearched area where care can be inquired and conceptualized for further use.

Note

⁽¹⁾ All attempts at translating German have been carried out by the review's author.

⁽²⁾ Seestadt means "sea city" in German: this probably implies that the city is Rostock. Prof. Sjaak van der Geest (2018) corroborates this hypothesis.

Bibliography

TRONTO J. C. (1993), *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York/London.

VAN DER GEEST S. (2018), *Care/Sorge. Construction, reproduction, and dissolution of significant relationships, Tatjana Thelen— Reviewed by Sjaak van der Geest*, 10 Sep 2018, doi.org/10.17157/mat.5.4.635, <http://journals.ed.ac.uk/index.php/mat/article/download/4884/6829?inline=1> [Last access: 26/03/2021].

Norme redazionali

Comunicazioni

Ogni comunicazione per la Rivista deve essere inviata a

redazioneam@antropologiamedica.it

N.B. *Il rispetto delle presenti Norme redazionali è condizione indispensabile per l'accettazione dei testi proposti.*

- Il testo proposto dagli/dalle Autori/Autrici deve essere di norma elaborato con programmi Word e giungere mediante posta elettronica all'indirizzo e-mail *redazioneam@antropologiamedica.it*. Ogni cartella di stampa deve corrispondere a circa 2000 battute con carattere Garamond 12 e l'intero testo non deve superare le 12000 parole, includendo note, riassunti e bibliografia.
- La Rivista accetta articoli nelle seguenti lingue: italiano, spagnolo, portoghese, francese, inglese.
- Il testo proposto dagli/dalle Autori/Autrici per recensione di libri consiste in una nota recante un titolo e un'eventuale piccola bibliografia: inclusi questi due elementi, essa non deve superare le 3000 parole. Il titolo della recensione deve essere in *corsivo*, carattere Garamond 14. L'Autore/Autrice della recensione deve essere indicato sotto il titolo, allineato a destra, carattere Garamond 12 e la sua affiliazione deve essere indicata sotto il nome in carattere Garamond 10. Il titolo del libro recensito deve essere in **grassetto**, carattere Garamond 12 e così strutturato: nome per esteso, cognome dell'Autore/Autrice in maiuscoletto e, separato da una virgola, il titolo del libro in *corsivo*, nome della casa editrice, luogo, anno di pubblicazione, numero di pagine e solo successivamente l'indicazione pp.
- Il testo è sottoposto a un processo di referaggio in doppio cieco e, in caso di accettazione con modifiche, queste sono tempestivamente suggerite all'Autore/Autrice che ne tiene conto per la stesura definitiva, la quale deve essere condotta seguendo con scrupolosa attenzione le presenti *Norme redazionali*.
- Il testo definitivo sarà considerato completo di ogni sua parte.
- Il titolo del contributo deve essere allineato a sinistra, in *corsivo*, carattere Garamond 16. L'eventuale sottotitolo va posto sotto il titolo del contributo, in *corsivo*, carattere Garamond 14. Tra titolo e sottotitolo non deve essere inserito alcun segno di interpunzione.
- Indicare nome e cognome dell'Autore/Autrice in tondo, carattere Garamond 14. L'affiliazione e l'indirizzo email vanno collocati in tondo sotto il titolo del contributo, carattere Garamond 11. L'indirizzo email va posto tra parentesi quadre.
- Al testo vanno aggiunti: una *Scheda sull'Autore/Autrice* (bio-bibliografica) di non più di 160 parole, inclusi il luogo, la data di nascita e la qualifica; un *Riassunto*

recante il titolo dell'articolo e cinque *Parole chiave* nella lingua del testo. La lunghezza massima del *Riassunto* deve essere di 100 parole, escludendo dal conteggio il titolo e le parole chiave. Riassunti, con titolo e parole chiave, vanno consegnati nelle seguenti quattro lingue: italiano, spagnolo, francese e inglese.

- Vanno evitate le note costituite da soli rinvii bibliografici, a meno che questi ultimi non siano molto numerosi.

Convenzioni grafiche

- Per le denominazioni dei gruppi etnico-culturali, linguistici, religiosi, politico-ideologici, va usata di norma l'iniziale maiuscola quando essi sono sostantivi e minuscola quando sono aggettivi (esempi: i Bororo, gli Indiani bororo, le comunità bororo).
- Per le denominazioni di istituzioni, enti, associazioni, società scientifiche e altre strutture collettive, va usata di norma l'iniziale maiuscola solo per la prima parola (esempi: Società italiana di antropologia medica). 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). Nella bibliografia finale le sigle vanno scritte per esteso.
- Per le denominazioni di periodi storico-cronologici va usata l'iniziale maiuscola (esempi: il Rinascimento, l'Ottocento, il Ventesimo secolo).
- I termini in dialetto o lingua straniera, ove non accolti nella lingua del testo, vanno posti in *corsivo*.
- I termini utilizzati in un'accezione particolare vanno posti tra virgolette in apice (" ").
- Le citazioni entro le tre righe di lunghezza vanno poste tra virgolette caporali (« ») nel corpo del testo; le citazioni che superano le tre righe vanno collocate a capo in corpo minore (10), senza virgolette e con un rientro di 1 cm a destra e a sinistra. Le citazioni da testi in lingua straniera che rientrino negli idiomi accettati dalla rivista (spagnolo, portoghese, francese, inglese) possono essere mantenute nella lingua originale senza fornirne la traduzione italiana. In caso di citazioni da testi in altra lingua è richiesta la traduzione in nota.
- Le omissioni vanno inserite tra parentesi quadre ([...]).
- I titoli di libri vanno indicati in *corsivo*. Quando il titolo del libro ha l'articolo va assimilato sintatticamente al contesto, come nell'esempio seguente: della *Terra del rimorso* e non de/di *La Terra del Rimorso*.
- Le note, complessivamente precedute dall'indicazione Note e numerate in progressione, vanno fornite a fine testo, prima della Bibliografia.
- L'esponente di nota, all'interno del corpo del testo, deve essere posto sempre prima del segno di interpunzione.
- Le eventuali figure o immagini vanno inserite nel testo e inviate separatamente in formato Jpeg, in alta risoluzione (almeno 300 DPI), numerate in ordine progressivo. Le didascalie vanno numerate e inserite in un file a parte.

Normativa per i rinvii bibliografici nel testo e nelle note

- La Rivista adotta il sistema Autore-Anno.
- Nei rinvii bibliografici non è necessario indicare la curatela.
- Nei richiami collocati nel testo, tra parentesi tonde e in maiuscoletto vanno inseriti il cognome dell'Autore/Autrice con iniziale maiuscola (senza il nome) e a seguire (senza virgola) l'anno di pubblicazione dell'opera; nel caso di citazioni o riferimenti specifici, il numero della/e pagina/e va inserito preceduto dal segno grafico dei due punti e da uno spazio.
Esempi: (SEPPILLI 1996) e (SEPPILLI 1996: 19).
- Per richiami relativi a più opere del/la medesimo/a Autore/Autrice pubblicate in anni diversi separare con la virgola come nell'esempio seguente: (GOOD 2006, 2015). Per richiami relativi a più opere del/la medesimo/a Autore/Autrice pubblicate nel medesimo anno inserire le lettere minuscole come nell'esempio seguente: (SEPPILLI 1955a, 1955b).
- Per richiami relativi a opere collettive, prodotte da più Autori/Autrici separare con la virgola come nell'esempio seguente: (GOOD, DEL VECCHIO GOOD 1993). Nel caso di più di tre Autori/ Autrici, nel richiamo può essere indicato solo il/ la primo/a Autore/Autrice seguito da *et al.* in corsivo (CORIN *et al.* 2004).
- Per richiami relativi a differenti opere di differenti Autori/Autrici separare con il punto e virgola in ordine cronologico come nell'esempio seguente: (ZANETTI 1892; PITRÈ 1896).

Normativa per la costruzione e l'ordinamento delle informazioni nella bibliografia

- I testi vanno indicati in ordine alfabetico rispetto al Cognome dell'Autore/Autrice in maiuscoletto, seguito dall'iniziale del Nome e dall'anno di edizione tra parentesi tonde seguito dalla virgola.
- Nei titoli e nei sottotitoli degli articoli e dei libri in lingua inglese si utilizzano sempre le maiuscole per tutte le parole, a eccezione di articoli, interiezioni e congiunzioni. Si danno di seguito alcuni esempi.

1. Libri

GALLINI C. (1983), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano.

In caso di nuova edizione o di traduzione indicare la data dell'edizione originale tra parentesi quadra.

Esempio: BOURDIEU P. (2003 [1968]), *Per una teoria della pratica con tre studi di etnologia cabila*, Raffaello Cortina, Milano.

2. Opere collettive con indicazione di curatela

GALLI P. F. (a cura di) (1973), *Psicoterapia e scienze umane. Atti dell'VIII Congresso internazionale di psicoterapia (Milano, 25-29 agosto 1970)*, Feltrinelli, Milano.

3. *Contributi individuali entro opere collettive o entro collettanee di lavori del medesimo Autore*
GOOD B., DEL VECCHIO GOOD M. J. (1981), *The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*, pp. 165-196, in EISENBERG L., KLEINMAN A. (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.
4. *Opere collettive in periodici*
LÜTZENKIRCHEN G. (a cura di) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", Vol. 9 (2-3): 58-213.
5. *Contributi individuali entro opere collettive in periodici*
PRINCE R. (1982), *Shamans and Endorphins: Hypotheses for a Synthesis*, in PRINCE R. (a cura di), *Shamans and Endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 10 (4): 409-423.
6. *Articoli in periodici*
MENÉNDEZ E. L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", Vol. 7 (28): 11-27.
N.B. *Le indicazioni dei luoghi di edizione, come peraltro quelle degli editori, vanno mantenute nella lingua originale.*
7. *Articoli online e siti web*
FOOTMAN K., KNAI C., BAETEN R., GLONTI, K., MCKEE M. (2014), *Policy Summary 14: Crossborderhealthcare in Europe*, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/263538/Crossborder-health-care-in-Europe-Eng.pdf?ua=1 (consultato il 10 ottobre 2018).
<http://www.medanthro.net/about/about-medical-anthropology/> (consultato il 10 ottobre 2018).
N.B. *È necessario inserire la data di ultima consultazione della risorsa.*

Instructions for Authors

Communications

For every communication, please send an e mail to the following e mail address

redazioneam@antropologiamedica.it

Please Note. *The respect of the following Editorial Instructions is an indispensable condition for the acceptance of the manuscripts proposed.*

- *Articles*: manuscripts submitted by the Authors should be prepared in Microsoft Word and should be submitted by e mail at *redazioneam@antropologiamedica.it*. Every page of the article should correspond to 2000 characters, typeface Garamond 12 and the manuscripts must not exceed 12000 words (including abstracts, notes and references).
- *Reviews*: manuscripts submitted by the Authors as review of book, must be titled and not exceed 3000 words (including references and title).
- Manuscripts will be subjected to double-blind review process. In case of acceptance with modifications, the changes will be promptly communicated to the Author who will consider them for the final version of the manuscript. The final version must be edited following carefully the *Instructions for the Authors*.
- Final version of the manuscripts will be considered as complete in every part.
- Front matter: Title and under the title: Authors' Name and Surname, Affiliation, e mail address.
- Back matter: a *Bionote* of the Author, no more than 160 words, including place and date of birth of the author; *Abstract* of no more than 80 words with the title of the article and 5 *keywords* in the same language of the manuscript. Abstract, with title and keywords, should be submitted in 4 languages: English, French, Spanish and Italian.

Graphic conventions

- For cultural- ethnic, linguistic, religious and political and ideological groups use capital letter when used as noun or adjectives (e.g.: Bororo, Bororo community).
- For institutions, authorities, associations, scientific society and other collective structures: Initial letter in capital for the first word (e.g.: Italian society of medical anthropology). Acronyms in Small Caps (e.g.: SIAM).
- For naming historical- chronological periods: initial letter in capital (e.g.: Renaissance, Nineteenth century, Twentieth century).

- Words in dialects or foreign language (different from the language of the manuscript) should be written using *italics*.
- For words used with a particular meaning: use quotation marks in apex (“ ”).
- Brief quotations (no longer than 3 lines) should be placed in the text between guillemets (angle quotes: « »). Longer quotations should be separated from the text in smaller print (10), without quotation marks and with indentation. Quotations in foreign languages (different from the one of the manuscript) can be left in the original language giving the translation in note. Where quotation is in original language, its placement between guillemets relives from the italics.
- Use Endnotes, preceded by the indication Notes and numbered in progression, before Bibliography at the end of manuscript.

References in the text and in the notes

- References in the text should take the form: Surname of Author or of the Editor in Small Caps, year of publication between round brackets; in case of specific citations: number of page or pages preceded by colons and a space.
Examples: (SEPPILLI 1996) and (SEPPILLI 1996: 19).
- For references where more than one work by the same author is cited references should be in date order: (GOOD 2006, 2015). For works by the same author in the same year, use letter: (SEPPILLI 1955a, 1955b).
- For references where a work of more than one author is cited: (GOOD, DEL VECCHIO GOOD 1993). For more than 3 authors in the references, please indicate the first author followed by *et al.* in italics (CORIN *et al.* 2004).
- For references where different works of different authors are cited: (PITRÈ 1896, ZANETTI 1892).
- For references where the work has an Editor: (SEPPILLI ed. 1989). For more than one editor: (LANTERNARI, CIMINELLI eds. 1998).

References in Bibliography

Texts should be written in alphabetical order regarding the Surname of the Author. Where more texts by the same author are cited, please follow the chronological order

1. *Books*

Surname of the Author with initial letter in capital followed by a space and the Initial letter of the Name in capital, date of publication in brackets followed by comma, title of the book in italics, publisher followed by comma, city.

Example: GALLINI C. (1983), *La sonnambula meravigliosa. Magnetismo e ipnotismo nell'Ottocento italiano*, Feltrinelli, Milano.

In case of a new edition of the work, or in case of a translation, please indicate the original date of publication in square brackets.

Example: DE MARTINO E. (2015 [1959]), *Magic: A Theory from the South*, Hau Books, Chicago.

2. *Collective works*

LOCK M., YOUNG A., CAMBROSIO A. (eds.) (2000), *Living and Working with the New Medical Technologies*, Cambridge University Press, Cambridge.

3. *Individual contribution in collective works or in miscellaneous work of the same author*

GOOD B., DELVECCHIO GOOD M.-J. (1981), *The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*, pp. 165-196, in EISENBERG L., KLEINMAN A. (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Reidel Publishing Company, Dordrecht.

4. *Collective works in journals*

LÜTZENKIRCHEN G. (ed.) (1991), *Psichiatria, magia, medicina popolare. Atti del Convegno (Ferentino, 14-16 novembre 1991). Sezione demo-antropologica. I*, "Storia e Medicina Popolare", Vol. 9 (2-3): 58-213.

5. *Individual contribution in miscellaneous work in journals*

PRINCE R. (1982), *Shamans and Endorphins: Hypotheses for a Synthesis*, in PRINCE R. (ed.), *Shamans and Endorphins*, "Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology", Vol. 10 (4): 409-423.

6. *Articles in Journals*

MENÉNDEZ E. L. (1985), *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*, "Nueva Antropología", Vol. 7 (28): 11-27.

