

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BOLOGNA

FACOLTÀ DI LETTERE E FILOSOFIA

Corso di laurea in Scienze Antropologiche

**I DISPOSITIVI DI EFFICACIA:
UN APPROCCIO ANTROPOLOGICO
AL PROCESSO TERAPEUTICO**

Tesi di laurea in Antropologia Culturale

Relatore:

Prof. Ivo Quaranta

Presentata da:

Cristina Balestri

Sessione I

Anno accademico
2009/2010

“Una salute migliore non dipenderà da qualche nuova norma terapeutica, ma dal grado di propensione e di competenza ad impegnarsi nella cura di sé. Il recupero di questo potere dipende dal riconoscimento delle nostre attuali illusioni.”

Ivan Illich

INDICE

INTRODUZIONE	2
1 .I DISPOSITIVI DI EFFICACIA: ALCUNE PROSPETTIVE ANTROPOLOGICHE 4	4
1.1 L'EFFICACIA TERAPEUTICA SECONDO IL PARADIGMA BIOMEDICO E LA SCUOLA DI HARVARD.....	4
1.2 LA DIMENSIONE SOCIALE DELLA MALATTIA E DELLA GUARIGIONE: LE PROSPETTIVE DI MICHEL TAUSSIG E DI ALLAN YOUNG.....	11
1.3 L'APPROCCIO CRITICO-INTERPRETATIVO: VERSO UNA PROBLEMATIZZAZIONE DEL CORPO E DELLA GUARIGIONE	16
1.4 LA MALATTIA COME FORMA DI INCORPORAZIONE DELLA SOFFERENZA SOCIALE.....	22
2. L'EFFICACIA SIMBOLICA.....	27
2.1 IL POTERE TERAPEUTICO DELL'EFFICACIA SIMBOLICA: IL CANTO SCIAMANICO CUNA E IL TARANTISMO.....	27
2.2 THOMAS J. CSORDAS: IL PARADIGMA DELL'INCORPORAZIONE E LA RETORICA DELLA TRASFORMAZIONE NELLA GUARIGIONE RITUALE.....	33
2.3 L'EFFICACIA SIMBOLICA DEI FARMACI E L'EFFETTO PLACEBO	39
3. VERSO UN NUOVO PARADIGMA IN BIOMEDICINA	52
3.1 ALCUNI ASPETTI DEL NUOVO UMANESIMO MEDICO.....	52
3.2 LA MEDICALIZZAZIONE DELLA VITA: DA UNA SOCIETA' ANESTETIZZATA AD UNA SOCIETA' CONSAPEVOLE	56
3.3 L'INVENZIONE DELLA MALATTIA E DELLA SALUTE COME FATTO SOCIALE E LA GESTIONE ETERONOMA DELLA VITA.....	64
CONCLUSIONI	68
BIBLIOGRAFIA	70

INTRODUZIONE

Questo elaborato si pone l'obiettivo di considerare con senso critico il concetto di efficacia terapeutica, formulato dal paradigma biomedico e limitato al puro livello biologico e di darne una definizione più ampia, in senso antropologico, che include una pluralità di variabili: culturali, emozionali, simboliche, oltre che sociali e politiche, in quanto aspetti vitali non secondari della condizione umana.

L'interpretazione di efficacia terapeutica intesa solo in termini di reazioni biochimiche stimulate nell'organismo, si basa sul presupposto cartesiano, che riduce il paziente a macchina e, quindi, ad un insieme di organi da riparare, dimenticando la complessità del suo essere persona. Poiché non sono soddisfatta da questa visione biomedica, ho sentito la necessità di integrarla con una lettura antropologica, non solo per metterne in luce i punti deboli, ma partendo da questi, per favorirne il cambiamento.

In quest'analisi non desidero negare il valore intrinseco di secoli di ricerca scientifica e tecnologica, che hanno caratterizzato la storia culturale dell'occidente e migliorato la qualità della vita di tante persone, quanto di integrare questo sapere con una visione più unitaria, meno dicotomica e, quindi, più rispettosa dell'essere umano, considerato nella sua totalità, non solo da un punto di vista empirico e corporeo.

Ecco, allora che, nel primo capitolo, dopo aver dato una definizione di efficacia terapeutica, ne analizzo i limiti, facendo riferimento alle varie prospettive antropologiche, che hanno favorito un approccio critico alla biomedicina, partendo dalla scuola di Harvard la quale, negli anni '70, ha iniziato a considerare la medicina occidentale in termini di sistema culturale, concentrandosi sul concetto di *illness*, cioè l'esperienza soggettiva della malattia. Questo percorso introduttivo proseguirà fino ad arrivare alle tesi più recenti, che hanno esteso l'analisi della malattia alle variabili sociali, politiche ed economiche, esaminandola soprattutto in termini di disagio e di incorporazione sociale.

Nel secondo capitolo pongo, invece, attenzione al concetto di efficacia simbolica, in senso antropologico, con l'intento di evidenziare il ruolo attivo che il paziente svolge nel processo terapeutico. Al fine di dimostrare che le sue credenze e aspettative non sono aspetti secondari, ma influenzano la realtà e l'esperienza di malattia, faccio qui riferimento ai dispositivi terapeutici utilizzati presso altre culture, come i canti sciamanici cuna descritti da

Claude Lévi-Strauss o i rituali comunitari studiati da Thomas J. Csordas. Attraverso queste analisi ho potuto rintracciare un filo conduttore, che accomuna tutte queste esperienze umane: il processo universale del “dare significato” e rapportarlo al contesto biomedico, al fine di rivalutare il concetto di risposta semantica come aspetto terapeutico importante, da non sottovalutare.

Infine, nel terzo capitolo, considero con spirito critico gli assunti dogmatici che rendono la biomedicina un'istituzione quasi intoccabile ed i medici una categoria privilegiata di intellettuali, una sorta di dei che gestiscono un materiale particolarmente delicato: la vita e la morte delle persone. Questo arrogarsi un potere sovraumano, definito da Ivan Illich con il termine di “nemesi medica”, costituisce uno dei limiti principali della medicina occidentale. In questi termini, mi sono avvalsa delle indagini di questo studioso, per capire quali condizioni storiche, sociali e politiche hanno determinato la situazione attuale e quali possono essere gli strumenti offerti dall'antropologia medica per favorire un cambiamento culturale, nella direzione di una gestione più responsabile e matura del proprio stato di salute.

In quest'ottica, ritengo importante mettere in luce l'aspetto propriamente umano, creativo, negoziale e dialogico del rapporto che si instaura fra medico e paziente. Per questo propongo di rivisitare il ruolo di quest'ultimo, da vittima ad agente attivo e motore promozionale del processo di guarigione. Egli non è tanto il destinatario di un sistema, spettatore distaccato e impotente di quanto avviene nel suo corpo. Egli è quel corpo, la cui percezione viene modellata e plasmata da tutta una serie di categorie culturali, sociali e psicologiche, che gli permettono di dare un senso e di rielaborare l'esperienza di malattia. Da un punto di vista simbolico-antropologico, la cura e la guarigione sono processi culturali complessi, che vanno oltre il mero raggiungimento di un obiettivo terapeutico, così come inteso in termini biomedici.

Il mio intento è, dunque, quello di contribuire a questo rinnovamento culturale che, partendo dalla consapevolezza del singolo, si espanda a livello sociale, con ricadute politiche ed economiche. Ciò potrebbe favorire il passaggio da una società anestetizzata, che rifugge il dolore e ne delega la gestione alla categoria medica, ad una società adulta e responsabile, che lo considera un aspetto inevitabile e comunque vitale della condizione umana, da gestire in termini nuovi, come esperienza significativa e dotata di senso.

1.I DISPOSITIVI DI EFFICACIA: ALCUNE PROSPETTIVE ANTROPOLOGICHE

1.1 L'EFFICACIA TERAPEUTICA SECONDO IL PARADIGMA BIOMEDICO E LA SCUOLA DI HARVARD

Per efficacia terapeutica s'intende, dal punto di vista della biomedicina, l'esito positivo della terapia prescritta dal medico, quindi il raggiungimento degli obiettivi previsti da un determinato trattamento terapeutico. Quest'ultimo consiste nei vari dispositivi utilizzati nella pratica medica per curare la malattia e ripristinare uno stato generale di salute e di benessere. Questi trattamenti possono essere i più vari e comprendono, ad esempio, la somministrazione di un farmaco, la cui efficacia si misura scientificamente ed oggettivamente in base ai processi biochimici, che esso attiva nel corpo umano, un intervento chirurgico, una dieta, una psicoterapia, ecc...

L'efficacia terapeutica, così intesa, è il frutto specifico e peculiare della nostra cultura occidentale. Rappresenta l'eredità di una concezione filosofica, riduzionistica e dicotomica, dell'essere umano, elaborata da Descartes nel '600, secolo in cui si assiste, in Europa, alla nascita della scienza moderna e al diffondersi di un nuovo metodo quantitativo, che pone l'attenzione sugli aspetti "misurabili" della realtà, cioè formulabili in termini matematici, tralasciando invece gli aspetti qualitativi. In particolare, Descartes teorizza quella radicale distinzione fra *res cogitans* (la realtà pensante e spirituale) e *res extensa* (la realtà fisica-materiale), cioè fra mente e corpo, che costituirà il paradigma di fondo e l'identità specifica della biomedicina, intendendo con questo termine la medicina occidentale. Da qui deriva la concezione del corpo umano come pura materia, cioè come entità che obbedisce a leggi indipendenti e disgiunte dal pensiero e dalla mente. Da questo momento in poi, infatti, il corpo diventa una macchina da riparare e, perdendo la sua unità originaria, si frammenta in tanti pezzi. Parallelamente il dolore si oggettivizza: da esperienza carica di senso e di interrogativi personali si trasforma in un puro segnale di allarme dell'organismo, sintomo di una patologia. Quest'approccio viene comunemente definito come "epistemologia ingenua", in quanto assegna un significato al sintomo solo come riflesso di un problema fisico.

Tale visione dicotomica si riflette successivamente nel paradigma positivista che ha dominato le scienze fisiche e sociali negli ultimi secoli, permettendo un indubbio sviluppo nel campo della tecnologia e nella sua applicazione in ambito medico, ma facendo emergere sempre più limiti e carenze, che sono state messe in luce da varie scuole e correnti di pensiero dell'antropologia medica.

Per prima è la scuola di Harvard, fondata in America negli anni '70, da Arthur Kleinman e da alcuni suoi collaboratori¹, a mettere in discussione il sistema biomedico dominante e la concezione della malattia intesa solo come patologia o disfunzione organica. Kleinman sostiene che la malattia non è solo una realtà naturale, un dato biologico oggettivo, ma è anche il frutto di un'elaborazione culturale. Ciò implica una rivisitazione critica della biomedicina, a lungo considerata la medicina con la "M" maiuscola, la quale attraverso il suo approccio scientifico ed empirico indaga la "malattia" come realtà oggettiva in sé, separata dal paziente. Essa inizia ad essere considerata, da questo momento in poi, come un sistema culturale, un modo specifico di interpretare la realtà, frutto peculiare della storia e del pensiero occidentale. Da questo punto di vista, la malattia può essere definita un'invenzione umana, che deriva dall'interpretazione, attraverso determinate categorie culturali, di una certa condizione dell'essere. Diventa, quindi, importante capire come le varie culture abbiano elaborato, in modi differenti, i concetti di salute e malattia.

Alla luce di queste riflessioni la scuola di Harvard ha iniziato a considerare la biomedicina come un'etnomedicina, quindi come un sistema culturale fra i tanti. Ciò ha favorito un approccio critico, in precedenza riservato solo alle medicine "altre", e una comparazione transculturale, segnando anche il sorgere dell'antropologia medica come ambito disciplinare autonomo.

A questo punto, è importante sottolineare come l'elaborazione personale della malattia, su cui si concentra la scuola di Harvard, sia profondamente influenzata dal sistema culturale e sociale di appartenenza. Ciò significa che lo stesso sintomo o problema può essere vissuto ed esperito in modi completamente diversi da soggetti appartenenti a differenti culture e questo mette in crisi il concetto di malattia come dato oggettivo. La sofferenza, come il piacere, sono aspetti universali dell'essere umano, ma il modo in cui vengono vissuti è aspetto

¹ Arthur Kleinman, è psichiatra e professore di Antropologia Medica alla Harvard University e alla Harvard Medical School del Massachusetts. Fra i fondatori e collaboratori della Scuola di Harvard va menzionato anche Byron J. Good, professore di Antropologia Medica presso il Department of Anthropology di Harvard.

fondamentalmente culturale. Natura e cultura, anche in questo caso, non sono separabili.

Da queste riflessioni emerge che il sistema medico è innanzitutto un sistema di significati simbolico-culturali che, alla pari dei sistemi religiosi e di parentela, si diversifica da luogo a luogo e si basa su un complesso intreccio di valori, credenze e norme, attraverso cui si interpretano le categorie della salute, della malattia e della cura all'interno di una data società. Ogni sistema medico, secondo Kleinman, si compone fondamentalmente di tre “arene” sociali:

- l'arena familiare, cioè il contesto della famiglia
- l'arena popolare, formata dagli specialisti non professionisti
- l'arena professionale, cioè i medici professionisti (sia occidentali che appartenenti ad altre tradizioni indigene, per es. quella cinese, ayurvedica, ecc...).

Ciascuno di questi contesti rappresenta un punto di vista particolare sulla malattia, la quale viene considerata dalla scuola di Harvard non solo in termini oggettivi e scientifici, ma soprattutto come esperienza vissuta in prima persona dal paziente. E' grazie a questo approccio che viene elaborata, infatti, la separazione fra il concetto di *disease*, cioè la patologia in senso clinico-scientifico, che si riferisce ad un'alterazione organica, e il concetto di *illness*, intendendo con questo termine l'esperienza di disagio vissuta in prima persona dal paziente e comprendente tutta una serie di variabili soggettive, emotive, familiari e sociali, che non possono essere escluse dal processo di guarigione e di efficacia terapeutica che si andrà ad indagare.

Kleinman parla, a questo proposito, di modelli esplicativi differenti, cioè modelli di elaborazione cognitiva o modalità diverse di spiegare la malattia: mentre la *disease* appartiene all'ambito specialistico e scientifico della pratica medica professionale, la *illness* è tipica della cultura familiare e popolare, frutto dell'elaborazione dell'esperienza concreta di malattia da parte del paziente. Si tratta di due approcci profondamente diversi, di due linguaggi antitetici: l'uno teorico-razionale e l'altro concreto e personale, che si intrecciano e si esplicitano nell'incontro medico-paziente. La *compliance*, cioè l'adesione del paziente alla terapia e, quindi, l'esito positivo della stessa, dipende, secondo Kleinman, dalla capacità di questi due mondi di comunicare, di entrare in relazione anziché confliggere. L'antropologia medica dovrebbe, nello specifico, avere l'importante funzione di mediare fra queste due istanze e creare un ponte, un terreno comune di scambio al fine di favorire il successo del trattamento terapeutico. Per fare ciò è fondamentale includere nella visione della malattia il concetto di

illness, cioè il punto di vista del paziente e rivalutare il suo ruolo attivo e consapevole nel processo di cura o guarigione. Kleinman parla, nello specifico, di guarigione culturale, concependola come un accordo a vari livelli (fisiologico, psicologico, sociale e culturale) fra gli obiettivi e le aspettative del medico e quelle del paziente. Tale accordo è il risultato di un dialogo, una comunicazione efficace fra i modelli esplicativi delle tre arene sociali sovrapposte e, nello specifico, fra il modello della *disease*, che appartiene al medico e quello della *illness*, proprio del paziente.

Di fatto, l'incontro medico-paziente si traduce spesso, nella pratica clinica, in un conflitto o quantomeno un fraintendimento, a causa di culture e bisogni profondamente diversi. Da un lato, la visione cartesiana e riduzionistica del medico, che vede nel paziente solo una macchina da riparare, dall'altro la necessità di quest'ultimo di rielaborare in termini di senso la propria esperienza di malattia, sia a livello personale che sociale.

A questo proposito è utile fare riferimento ad un altro esponente della scuola di Harvard, Byron G. Good, il quale, mettendo anch'egli in discussione la rappresentazione oggettiva del corpo in ambito biomedico, propone una concezione alternativa della malattia. Essa viene considerata non tanto come un'entità naturale biologica, ma come “fatto storico-sociale” da analizzare e comprendere in termini di reti semantiche. Con la definizione di rete semantica, Good intende un sistema di simboli, situazioni, parole, esperienze e sensazioni, che una data cultura o struttura sociale associa alla malattia. Si tratta di aree di significato, rappresentazioni collettive e pubbliche, che connettono la malattia ai valori culturali di una società. Egli stesso ne dà la seguente spiegazione:

Nel 1977 ho introdotto il concetto di “rete semantica”, per indicare che la malattia acquista un significato non solo tramite rappresentazioni univoche che ritraggono uno stato malato del corpo, ma come un «prodotto di interconnessioni», [...] – una «sindrome» di esperienze, parole, sentimenti e azioni che si svolgono in parallelo tra i membri di una società.²

E prosegue:

[...] le reti semantiche sono modelli culturali che non solo riflettono o si riferiscono a domini

2 Byron J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Einaudi, 2006, p. 260.

specifici della vita sociale, ma che sono al contempo modelli generativi. [...]

L'analisi delle reti semantiche è stata pertanto sviluppata come mezzo per analizzare la malattia in quanto «rete di prospettive» e «prodotto di interconnessioni», come una forma di sintesi che condensa molteplici, e spesso conflittuali, domini sociali e semantici per generare «il significato» di un lamento o di una malattia.³

Da questo punto di vista la diagnosi biomedica è riduttiva, in quanto si limita alla patologia, all'interpretazione di uno stato fisiologico, ad un insieme di sintomi. La considera come una sorta di “oggetto estetico”, non nel senso di oggetto di bellezza, ma come un'entità da studiare separatamente dal soggetto che ne fa esperienza, come qualcosa a se stante. In realtà, la malattia è “la presenza in una vita o in un mondo sociale”⁴, cioè è un aspetto vitale e il suo significato è molto più ampio di quello puramente fisiologico e include aspetti legati al genere, all'esperienza, alla società, quindi ad una pluralità di fattori.

Inoltre, ogni cultura associa ai singoli disturbi diverse reti di significati, per cui a determinati termini medici non corrisponde un referente unico, un significato comune. Viceversa, ad una stessa disfunzione organica possono essere connesse una molteplicità di condizioni e di interpretazioni, profondamente differenti.

Non è pertanto possibile separare la malattia dal contesto socio-culturale in cui viene vissuta, in quanto essa e il suo significato sono profondamente integrati nella struttura della collettività. Una prospettiva come quella biomedica, che tende ad oggettivizzare ed a classificare su mere basi organiche comuni la malattia, cela un approccio fondamentalmente etnocentrico, che non permette una reale comprensione del suo significato, sia a livello individuale che collettivo.

Occorre poi ricordare che la malattia è, innanzitutto, esperienza umana incorporata, in quanto il corpo non è solo un “oggetto” fisico, ma è anche parte essenziale del sé, lo strumento attraverso cui facciamo esperienza del mondo: è il soggetto delle nostre azioni. Per questo, un approccio antropologico alla malattia non può limitarsi al mero livello oggettivo-empirico. Ciò è vero, in particolare, per il dolore cronico, in cui l'esperienza soggettiva si intreccia profondamente con il livello fisico-corporeo, influenzando lo stato di coscienza, la percezione del mondo, di se stessi e degli altri. La presenza quotidiana, costante di un disturbo cronico, che non abbandona mai, implica un cambio di prospettiva: la trasformazione del

3 Ivi, pp. 261-262

4 Ivi, p. 254

dolore da nemico, da minaccia che attacca e si cela nel corpo, ad alleato, qualcosa che è parte della propria identità e soggettività, da cui non si può prescindere. Non a caso, B. J. Good definisce la malattia cronica una sfida al paradigma cartesiano della biomedicina e il corpo “non più come luogo di dominio o oggetto della pratica medica, ma come origine creativa dell'esperienza”⁵.

In quest'ottica, le reti semantiche sono i dispositivi “creativi” attraverso cui il soggetto rappresenta e, al tempo stesso, costruisce il proprio vissuto, soprattutto attraverso la narrazione della propria esperienza di sofferenza. La narrazione della malattia è, infatti, una “pratica di costruzione culturale”, utile per rielaborare e ristrutturare la propria realtà e includere, anziché escludere, questa presenza inedita. Attraverso di essa si dà nome e forma all'esperienza, si ordinano gli eventi, se ne mettono in evidenza le relazioni e si attribuisce loro un senso. La malattia acquista così una struttura narrativa, diviene un “testo” aperto, suscettibile di varie interpretazioni. Good ne analizza, in particolare, sia l'aspetto “letterario” e sintattico, sia quello semantico, mettendo in luce la trama soggiacente a 32 storie di malattia, raccolte a seguito di interviste a persone sofferenti di crisi epilettiche, durante un progetto di ricerca in Turchia, nel 1988.

Ne risulta un quadro variegato, in cui il malato diventa sia l'autore, il creatore della propria esperienza, sia il lettore, che “legge” la propria realtà: la guarda, la interpreta, la giudica, la accetta o la rifiuta, come se fosse un romanzo di cui egli stesso è il protagonista. Nelle storie dei pazienti la malattia non si riduce a *disease*, a qualcosa di oggettivo, insito nei processi fisiologici del corpo, ma è innanzitutto “radicata nella vita”:

La malattia è fondata nella storicità umana, nella temporalità dei singoli, delle famiglie e delle comunità. E' presente in forma di ricordi influenti e come desiderio. Contiene contraddizioni e molteplicità. Come nel caso degli oggetti estetici o dei complessi testi narrativi, la malattia non può essere rappresentata tutta insieme e da una singola posizione privilegiata. Piuttosto [...] è costituita come «una rete di prospettive». [...] E la malattia presente nell'immaginazione e nell'esperienza, è costituita con un'apertura al mutamento e alla guarigione.⁶

Al tempo stesso, Good ribadisce che la narrazione non ha solo un valore intrinseco, per il narratore che la vive in prima persona, ma presenta anche aspetti dialogici e

5 Ivi, p. 180

6 Ivi, p. 241

intersoggettivi, in cui si riflettono dinamiche familiari, sociali e politiche importanti, da cui emergono relazioni di potere ed esperienze collettive.

Si potrebbe, dunque, dire che l'antropologia medica indaga, a un livello più profondo rispetto alla biomedicina, le connessioni simboliche che sono alla base della malattia e che possono emergere dalla narrazione del paziente. Un approccio di questo tipo mira a favorire l'efficacia terapeutica, in quanto si apre all'ascolto dell'altro e cerca di comprenderne le sue motivazioni profonde, senza volerlo per forza incasellare in etichette prestabilite e riduttive rispetto all'infinita varietà e complessità della realtà umana. Ecco che la *compliance* inizia ad emergere non solo come risultato di un trattamento terapeutico, ma come processo di rielaborazione e condivisione simbolica della propria esperienza. A questo proposito Good fa riferimento ad una delle prime etnografie effettuate sui "sistemi medici altri"⁷, relativa agli Zinacantechi, una popolazione del Messico centrale (Chapas), in cui si mette a confronto il processo terapeutico, così come concepito nel sistema biomedico occidentale e quello del sistema zinacanteco:

La medicina occidentale concepisce il corpo come una macchina biologica complessa, mentre per gli Zinacantechi esso è un aspetto olisticamente integrato della persona e delle relazioni sociali. Le nostre cure sono meccaniche e impersonali, i nostri medici si caratterizzano per distanza, freddezza, formalità nelle relazioni e per l'uso di concetti astratti, là dove la medicina degli Zinacantechi è ricca di simboli, ed è caratterizzata da un rapporto di vicinanza, da significati condivisi, calore, informalità e dal linguaggio quotidiano. Se la terapia occidentale guarda solamente al corpo meccanico, le procedure zinacantechi considerano le relazioni sociali e gli agenti soprannaturali.⁸

Se i medici occidentali imputano la cattiva salute, e quindi l'inefficacia terapeutica, all'ignoranza o al comportamento scorretto del paziente che va educato a modificare i propri comportamenti irrazionali, lo studio comparato con i sistemi medici altri, dà la possibilità di ampliare la prospettiva a modalità di cura che fanno appello a immagini simboliche, aspetti relazionali e sociali, visioni umane e sovrumane. In sintesi ad una concezione più completa ed olistica dell'uomo.

Questo dissociare la malattia da colui/colei che la esperisce, si traduce in un conflitto

7 Si tratta dell'etnografia scritta da Horacio Fabrega e David Silver, *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*, Stanford University Press, 1973.

8 Byron J. Good, *Op. cit.*, p. 42.

sia soggettivo che sociale. A questo livello, in particolare, diventa la causa di quella che I. Illich definisce la “iatrogenesi culturale”, cioè un generale processo di medicalizzazione della vita e di espropriazione del dolore, operato dalla biomedicina. Essa, riducendo la malattia a problema tecnico, priva il soggetto della sua capacità personale e culturale di attribuire significato alla propria esperienza, accettandola come una sfida, un aspetto inevitabile della condizione umana. E', quindi, come se l'impresa medica avesse espropriato gli individui degli strumenti, che le culture tradizionali fornivano per fronteggiare ed affrontare la realtà, rendendo tollerabili e cariche di senso anche le situazioni più dolorose. Anziché favorire la responsabilità di ciascuno nel prendersi cura di sé, nella lucida consapevolezza che ognuno deve fare i conti da solo con la propria malattia o sofferenza, la biomedicina ha sostituito questo approccio culturalmente sano con una visione, che crea dipendenza e delega agli altri la gestione della propria salute. I medici, infatti, hanno oggettivizzato il dolore, trasformandolo in un “dato” da quantificare e controllare; hanno delegittimato l'esperienza di sofferenza del paziente. La malattia è divenuta così una questione pubblica, che non riguarda più il malato.

1.2 LA DIMENSIONE SOCIALE DELLA MALATTIA E DELLA GUARIGIONE: LE PROSPETTIVE DI MICHEL TAUSSIG E DI ALLAN YOUNG

La scuola di Harvard ha dato un impulso fondamentale nel favorire una visione critica della biomedicina come sistema culturale, suscettibile, quindi, di indagine antropologica e nel rivalutare il ruolo della *illness*, cioè il significato che l'esperienza di malattia assume per il singolo soggetto.

Al tempo stesso, gli approcci antropologici successivi hanno evidenziato i limiti di questa prospettiva, la quale, concentrandosi soprattutto sul vissuto individuale del malato e sul rapporto diadico medico-paziente, non tiene in debita considerazione le dinamiche sociali, politiche ed economiche che sono causa della patologia ed influenzano la pratica medica e l'intero processo terapeutico. Emerge, quindi, la necessità di “correggere” quest'impostazione individualista ed ampliare lo sguardo ad un livello più globale per capire meglio come anche le categorie del genere, dell'appartenenza etnica o dello status sociale incidano profondamente sulla gestione della salute e della malattia, nonché sul diverso accesso da parte dei soggetti

alle cure mediche. Queste riflessioni permetteranno di mettere in luce le relazioni di potere che si celano all'interno del sistema biomedico e non solo.

Per iniziare sarà utile fare riferimento alle tesi di due antropologi: Michael Taussig e Allan Young, i quali hanno cercato, rispettivamente attraverso i concetti di “reificazione del corpo” e di *sickness*, di analizzare le dimensioni sociali della malattia e della sofferenza.

M. Taussig⁹, in particolare, propone una lettura sociologica della malattia basandosi sulle tesi marxiste di György Lukács. Nella sua prospettiva, l'oggettivizzazione del corpo operata dalla biomedicina, cioè la riduzione della patologia ad entità biologica, è frutto di un'illusione promossa dall'ideologia capitalista. La società occidentale, infatti, si caratterizza per un generale processo di reificazione del mondo, delle persone e delle relazioni. A questo livello, tutto si riduce a merce, compresa la malattia e la salute. Tale oggettività è illusoria perché considera il sintomo un puro dato organico e fisiologico, privandolo del suo significato sociale, e della sua valenza simbolica profonda in termini di relazioni umane. Per questo motivo la biomedicina non è in grado di andare oltre la spiegazione fisica di certi processi patologici e non riesce ad individuarne le cause prime. Diversamente, presso le culture altre, come per esempio gli Azande¹⁰, il dolore fisico è indissolubilmente interconnesso alla rete dei rapporti sociali, ne rappresenta un'espressione simbolica peculiare, ricca di valenze psichiche e spirituali. Presso queste popolazioni, infatti, la malattia come “fatto” in sé, separata dai valori della società, non è concepibile. Per questo motivo il corpo è vissuto come un luogo di produzione di significati sociali e la terapia, che assume la forma dei riti di guarigione, è un rito collettivo, attraverso cui è possibile incidere a livello globale per restaurare l'armonia dell'intero contesto sociale. Non si tratta, quindi, di “guarire” il singolo, ma di “guarire” la collettività, che nel suo complesso ha dato origine alla malattia.

Diversamente, nella società occidentale, la guarigione e la cura non sono vissute come processi sociali o pubblici, al contrario si riducono alla semplice relazione medico-paziente e avvengono per lo più in contesti individualizzati e privatizzati. In particolare, il paziente, come dimostra anche l'etimologia del termine¹¹, si trova in una situazione di passività e di

9 Michel Taussig, medico di formazione, è docente di antropologia alla Columbia University di New York. Si fa qui riferimento al suo saggio “Reificazione e coscienza del paziente” in *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Quaranta Ivo (a cura di), Milano, 2006, Raffaello Cortina Editore, pp. 75-105.

10 Popolazione dell'Africa centrale, stanziata fra il Sudan e il Congo e studiata negli anni '20 da Edward E. Evans-Pritchard; v. la sua opera *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, 1937.

11 Il vocabolo “paziente” deriva dal latino *patiēnt*, che significa “colui che sopporta, tollera, attende con rassegnazione”.

dipendenza nei confronti del medico di riferimento, il quale ha il potere e l'autorità di influenzarne il modo di pensare e guidarne i comportamenti. Questa manipolazione "sociale", che caratterizza il ruolo del medico nella cultura occidentale è, secondo Taussig, volutamente occultata e mascherata dai modelli epistemologici ed ontologici della biomedicina, basati sulla considerazione della malattia come "fatto" esistente solo all'esterno, privato di ulteriori significati simbolici o sociali. In particolare, questo negare le implicazioni sociali della patologia è conseguenza di quel processo di reificazione del corpo e di mercificazione della malattia, che caratterizza la cultura capitalista occidentale ed è causa di conflitti d'interesse e di scontri fra chi cura e chi è curato. Man mano che l'aspetto intersoggettivo e dialogico della terapia perde d'importanza, la categoria medica acquista sempre maggiore potere, privando il paziente della sua capacità decisionale e di giudizio: il potere di guarire si tramuta così in potere di controllo. Attraverso questa dinamica, la terapia si razionalizza e perde in umanità. Anche il contratto posto in essere fra i professionisti della salute ed i pazienti, che in teoria dovrebbe sancire la libertà di scelta di questi ultimi, è un'illusione, non è reale, e rientra nella logica manipolativa del mercato della salute, in cui la malattia è vista e trattata come un bene di consumo. Taussig ribadisce come questa situazione conflittuale sia conseguenza del fatto che il paziente non ha né gli strumenti, né il potere per esplorare il modello esplicativo della *disease* del medico ed eventualmente negoziarlo. Da queste riflessioni emerge chiaramente come il sapere e le pratiche biomediche influenzino fortemente la realtà sociale e come la medicina sia uno strumento di controllo della collettività, che opera attraverso processi di naturalizzazione e di de-politicizzazione della malattia.

La tesi di Taussig mette, dunque, in evidenza le logiche capitalistiche alla base del sistema medico occidentale. Questo processo analitico, che permette di far emergere tali dinamiche, viene metaforicamente definito da quest'autore "archeologia dell'implicito" e fa riferimento al fatto che l'indagine antropologica, come quella archeologica appunto, porta alla luce ciò che il sistema biomedico tiene appositamente nascosto, con l'intenzione di mascherare interessi e ruoli di potere. E' soprattutto grazie al confronto fra la biomedicina e le culture altre, dove la terapia e la guarigione assumono contorni e significati esplicitamente sociali, che questi interessi politici ed economici da impliciti diventano manifesti e si palesano anche nel sistema occidentale.

La tesi di Taussig viene a sua volta messa in discussione dalle teorie di un altro

antropologo, Allan Young¹², il quale ne critica soprattutto le “deboli” premesse epistemologiche. E' interessante notare che entrambi questi autori sono accomunati da alcuni aspetti specifici: 1) tutti e due considerano compito peculiare e distintivo dell'antropologia la critica sociale; 2) entrambi nutrono un atteggiamento critico nei confronti della scuola di Harvard. Sarà utile ora capire in che cosa invece si discostano e in che termini Young mette in luce i punti deboli della tesi di Taussig.

Anche Young sostiene che il modello della *disease/illness* sopraesposto non tiene conto del fatto che le relazioni sociali plasmano, incidono e danno forma alla malattia. Gli studi di questo antropologo si concentrano dunque non tanto sulla *illness*, sulla coscienza del singolo, quanto sulla *sickness*, intendendo con questo termine i processi sociali che determinano la produzione del sapere medico. Se Kleinman aveva rivolto l'attenzione alla *compliance*, cioè all'adesione del paziente al trattamento terapeutico e alla guarigione, considerandola conseguenza di un migliorato rapporto comunicativo fra il medico e il paziente, Young contestualizza l'oggetto della sua indagine e lo amplia a livello sociale, ritenendo centrali quegli aspetti economici e politici che la scuola di Harvard aveva per lo più ignorato. Quest'ultima si poneva come obiettivo l'efficacia terapeutica in un contesto clinico desocializzato, prediligendo relazioni essenzialmente di tipo diadico (per es. il rapporto medico-paziente), e analizzando il processo di educazione e di adattamento del paziente al percorso terapeutico ed alla cura prescritta dal medico. Young, invece, mette in evidenza le dinamiche di potere occultate da queste pratiche mediche, il cui fine reale non è sempre la cura o la guarigione del malato, ma gli interessi di alcune categorie privilegiate, incluse quelli dei professionisti della salute. Se, quindi, la scuola di Harvard ha indagato la malattia e la guarigione ad un puro livello individuale o al massimo interpersonale, Young, al contrario, espande l'analisi ai rapporti di potere che si instaurano fra gruppi o classi sociali. Dal suo punto di vista, l'esperienza di malattia o di sofferenza assume significato solo se considerata all'interno di processi sociali più ampi e non si riduce alla coscienza personale del singolo. Da qui ha origine il filone specifico dell'antropologia della *sickness*, che Young stesso definisce “un processo per la socializzazione della patologia [disease] e dell'esperienza di malattia [illness]”¹³. In altri termini, si tratta del procedimento attraverso cui i segni della patologia si

12 Docente di antropologia presso la McGill University di Montreal. E' direttore del Department of Social Studies of Montreal.

13 V. Allan Young, “Antropologie della illness e della sickness” in *Op. cit.*, Quaranta Ivo (a cura di), p. 125.

trasformano in sintomi che acquistano un significato sociale. Può accadere allora che un'unica *sickness*, cioè la stessa traduzione in termini sociali di determinati sintomi, sia causa di diverse *illnesses* (o esperienze personali di malattia) a seconda della classe sociale di appartenenza del malato o della sua posizione economica. Al tempo stesso, le prassi mediche emergono come pratiche ideologiche, strumenti di potere, attraverso cui il medico con i suoi “modelli esplicativi”¹⁴ è autorizzato ad influenzare il modo di pensare e di agire del paziente. In questo modo la medicina diviene indirettamente uno strumento politico di controllo, come del resto sosteneva anche Taussig. Secondo Young, però, compito specifico dell'antropologia non è solo criticare e smitizzare il sapere e la prassi medica, quanto indagare e problematizzare le condizioni sociali che sono alla base della produzione di tale sapere. Egli sottolinea, infatti, che il punto debole dell'analisi di Taussig consiste nell'idea che l'antropologia basi le sue teorie su presupposti più reali, demistificati e privi di pregiudizi rispetto alla medicina, quindi, che essa abbia una visione privilegiata della realtà e sia più vicina alla verità. Young nega questa posizione ed evidenzia come il sapere dell'antropologo, al pari di quello medico, sia culturalmente e convenzionalmente determinato. Egli esprime questo concetto nei seguenti termini:

Come può Taussig, o qualsiasi altro antropologo, essere sicuro di definire correttamente il proprio concetto di malattia e di non mistificare le relazioni sociali della malattia mediante un idioma “sociale”, anziché convenzionalmente, attraverso l'idioma “naturale”? Proprio questo è il problema di Taussig. Egli si serve della tesi di Lukács sulla reificazione per giustificare la propria pretesa di socializzare correttamente (cioè demistificare) la malattia. Ma Lukács basava la sua tesi su affermazioni altamente problematiche relative alla storia, alla coscienza di classe e al ruolo di emancipazione del proletariato. Forse Taussig ci potrebbe convincere di queste affermazioni, o forse no. Il punto è che esse, nel suo articolo, sono sottintese e non argomentate. Il risultato quindi è che l'analisi dei modi in cui la medicina occidentale mistifica la malattia è allo stesso tempo convincente e apprezzabile, ma le sue pretese epistemologiche

14 Young, a questo proposito, distingue fra diverse forme di interpretazione dell'esperienza di malattia: 1) i modelli esplicativi (M.E.) cioè le strutture cognitive teoriche e razionali utilizzate per comprendere e organizzare l'evento della malattia. Questo tipo di conoscenza è fortemente “causale” ed è generalmente condiviso da un numero vasto di persone; 2) i prototipi attraverso cui la realtà viene letta non come una serie di eventi fra loro concatenati, ma attraverso accostamenti che si basano sulla somiglianza o sulla contingenza all'episodio esaminato. I prototipi non sono causali né condivisi da una pluralità di persone. I loro contenuti sono generalmente instabili e si modificano nel tempo; 3) i complessi a catena: sono simili ai prototipi, cioè acausali e instabili, ma sono forze inconscie che nascono dall'esperienza, da sintomi e sensazioni dirette, più che strumenti di conoscenza teorica o analogica.

sono alquanto discutibili.¹⁵

Young mette inoltre in discussione il concetto di efficacia terapeutica sopraesposto e lo sostituisce con quello di “produttività medica”, designando in questo modo tutto ciò che viene prodotto dalla pratica biomedica e che non si limita alla *compliance* del singolo paziente, ma considera globalmente la salute come un bene pubblico e le pratiche mediche come dispositivi, che influenzano il corpo sociale e simbolico, con effetti a livello economico e politico. In particolare, si tratta di capire come i parametri e i saperi della biomedicina condizionino la realtà sociale, stabilendo chi è sano e chi è malato, controllando l'accesso alle risorse e alle cure mediche e contribuendo indirettamente a una distribuzione diversificata delle patologie a seconda dell'appartenenza sociale. Ancora una volta Young predilige e volge lo sguardo alle dinamiche collettive.

Da questo punto di vista, si potrebbe affermare che la scuola di Harvard e l'antropologia della *sickness* forniscono due letture antitetiche, ma complementari, del sistema biomedico. Entrambe sono però accomunate dallo stesso limite: non mettono, cioè, in discussione la prospettiva biomedica della *disease*, vale a dire le origini organiche della patologia e la concezione cartesiana del corpo come mera entità fisica o materiale. La problematizzazione della corporeità sarà il passo successivo nel dibattito antropologico qui esposto in vista di un superamento del paradigma biomedico attuale.

1.3 L'APPROCCIO CRITICO-INTERPRETATIVO: VERSO UNA PROBLEMATIZZAZIONE DEL CORPO E DELLA GUARIGIONE

Il corpo umano è stato, da sempre, oggetto di indagine antropologica e fonte di elaborazioni culturali, rappresentazioni simboliche, identitarie e sociali molto diversificate. Esso è, per utilizzare le parole di Marcel Mauss, “il primo e il più naturale strumento dell'uomo”¹⁶, corrisponde alla sua identità fisico-materiale visibile, è ciò che gli permette di distinguersi e, al tempo stesso, di entrare in relazione con gli altri. Nonostante questo suo aspetto empirico e concreto, esso può essere percepito ed esperito con modalità

¹⁵ Ivi, p. 133

¹⁶ Definizione tratta da “Le tecniche del corpo” in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1991.

profondamente differenti. In alcune società, per esempio, la corporalità non assume un significato distintivo forte, cioè non ha un valore segnaletico autonomo. Ciò significa che, in alcuni contesti, il corpo non viene concepito come separato dal mondo circostante, anzi è un tutt'uno con esso e i suoi contorni sono duttili e flessibili, non ci sono confini precisi che lo distinguono dalla realtà esterna. Il linguaggio, in quanto filtro culturale, riflette chiaramente questa concezione indistinta e pluriforme della corporalità per cui, per esempio, presso i Kanak¹⁷, una popolazione melanesiana della Nuova Caledonia, si utilizza lo stesso termine per indicare metaforicamente la pelle e l'involucro di un frutto, oppure l'intestino e l'intreccio delle liane. Viceversa, in altre società, come quella occidentale, la corporalità ha una configurazione solida, strutturata e soprattutto fortemente distinta dalla realtà circostante. È un elemento di distinzione identitaria, strumento di espressione e di rappresentazione del proprio sé, separato da quello degli altri e dal mondo esterno.

In quest'ottica, l'approccio critico-interpretativo dell'antropologia medica, di cui Margaret Lock e Nancy-Scheper Hughes sono le esponenti principali, mette in evidenza come quest'idea di corporalità elaborata dall'occidente e, in particolare, dalla biomedicina, non possa essere intesa come criterio universale, ma sia semplicemente una delle possibili varianti culturali, frutto di una specifica evoluzione storico-filosofica e di una peculiare costruzione epistemologica. Esse sottolineano come, soltanto attraverso una problematizzazione dell'idea del corpo, percepito in termini cartesiani, come entità biofisica separata dalla mente, che prescinde dalle dinamiche di elaborazione culturale e di produzione sociale, sia possibile andare oltre e superare le premesse ontologiche ed epistemologiche dell'attuale paradigma biomedico. A tal fine, queste due antropologhe propongono una prospettiva che combina un approccio fenomenologico, basato cioè sull'idea che gli esseri umani sono persone incorporate, che si muovono e agiscono nel mondo attraverso il corpo ed una prospettiva simbolica, che analizza i significati storico-culturali associati alla corporeità. Si tratta di uno scatto fondamentale a livello di evoluzione del pensiero antropologico intorno al corpo. Esso non è semplicemente il prodotto o il risultato di una visione culturale, luogo di proiezione o di applicazione di determinate categorie o regole. Dal momento in cui ogni persona attualizza tali categorie e fa esperienza concreta e diretta del proprio corpo, essa stessa contribuisce a produrre sapere e a plasmare cultura. Da queste riflessioni emerge la centralità del corpo sia

17 V. a questo proposito gli studi di David Le Breton, in *Antropologia del corpo e modernità*, Milano, Giuffrè ed., 2007.

come elemento simbolico ed “oggetto” denso di significati, la cui percezione è condizionata dalla cultura di appartenenza, sia come “soggetto” attivo di costruzione culturale, luogo a partire dal quale si producono saperi e visioni del mondo. In quest'ottica, ciascuno è fruitore di una cultura “del corpo” e contemporaneamente artefice di una cultura “dal corpo”.

Nello specifico, M. Lock e N. Scheper-Hughes elaborano il paradigma dei tre corpi e ne analizzano le relazioni reciproche. Esse distinguono fra: 1) il corpo individuale o *body-self*, cioè l'esperienza personale e soggettiva del proprio corpo, intuito e percepito come sé incarnato; 2) il corpo sociale, vale a dire le rappresentazioni e la valenza simbolica che la corporalità assume a livello collettivo-sociale; 3) il corpo politico, che rimanda al controllo esercitato sui corpi da parte della struttura sociale, soprattutto attraverso la regolamentazione del lavoro, della sessualità, della riproduzione e, non ultima, della malattia.¹⁸

A livello di corpo individuale, in occidente, prevale la visione meccanicistica, materialistica e cartesiana. La dicotomia mente/corpo ha dato origine ad una serie di contraddizioni o “opposizioni concettuali”, che hanno preso forma in vari ambiti e hanno trovato espressione in diverse teorie e correnti di pensiero. A questo proposito, M. Lock e N. Scheper-Hughes mettono in evidenza come questa concezione dualistica abbia rappresentato il motivo conduttore del pensiero filosofico, psicologico ed ideologico dell'occidente, individuandone varie forme espressive nell'opera di alcuni autori. Esso si ritrova, per esempio, nella visione di E. Durkheim, il quale ha sottolineato la duplicità dell'essere umano, formato da una parte biologica e da una parte sociale. In particolare, è la coscienza sociale e collettiva, che lui definisce “l'insieme delle credenze e dei sentimenti comuni alla media di una stessa società” e concepisce come un'entità sovraindividuale autonoma, ad influenzare e a plasmare, anche in termini coercitivi attraverso regole e norme, la coscienza del singolo. Lo stesso vale per S. Freud, in cui la dicotomia cartesiana si traduce nel conflitto fra individuo e società ed è la causa di vari tipi di nevrosi. In questo caso, l'ordine morale e sociale hanno la funzione di educare ed “addomesticare” le pulsioni biologiche e naturali del singolo. Infine le due antropologhe fanno riferimento alle teorie di K. Marx, che attribuisce invece al lavoro il ruolo specifico di trasformare ed “umanizzare” il mondo naturale.

Inoltre, questa teoria mette in luce come la mancanza di una visione olistica ed

¹⁸ Si veda, a questo proposito, anche il ruolo che i sistemi religiosi svolgono sul corpo femminile in termini di controllo della fertilità e di costruzione sociale in genere. V. Destro Adriana, *Antropologia e Religioni. Sistemi e Strategie*, Brescia, Morcelliana, 2005.

integrata dell'essere umano, frammentato in una pluralità di “pezzi” da analizzare separatamente ed oggettivamente, sia riemersa, con una nuova forma, anche nella concezione antropologica della scuola di Harvard, attraverso la distinzione fra *disease* ed *illness*, che ha determinato una razionalizzazione ed una “medicalizzazione” dell'esperienza soggettiva della sofferenza e del disagio, trasformata anch'essa in oggetto d'indagine razionale e scientifica.

A questo punto, secondo M. Lock e N. Scheper Hughes, occorre evitare l'errore di considerare tale dualismo mente-corpo, natura-cultura, individuo-società come una categoria universale. Esso costituisce l'asse portante, la struttura di base del pensiero occidentale, ma esistono culture altre, che hanno elaborato ontologie alternative, olistiche e prevalentemente monistiche. Per esempio, l'antica cosmologia cinese, quella islamica o varie tradizioni buddiste hanno formulato teorie e visioni del mondo basate più sull'armonia, sulla complementarità e sull'ordine dinamico che sul conflitto o sulla separazione.

Ugualmente, il concetto di individuo e di persona alla base della cultura occidentale¹⁹, inteso nei termini di uno stato di autocoscienza permanente e di un sé unico, separato dagli altri²⁰, non trova corrispondenza nelle culture orientali, per esempio in quella giapponese, profondamente sociocentrica e imperniata più sulla famiglia e sulla società, piuttosto che sull'individuo. In queste culture l'individuo non è concepito come un'individualità autonoma, ma si identifica e si fonde completamente con il ruolo sociale e con la maschera attraverso cui entra in relazione con gli altri.

Presso altre popolazioni l'individuo viene percepito ancora diversamente, come un insieme, una molteplicità di sé. Per esempio, per gli Zinacantechi l'anima dell'uomo è formata da tredici parti, derivate dalla sintesi della forza vitale presa a prestito dagli antenati. Anche presso i Cuna, abitanti della regione di Panama, l'individuo si compone di otto sé, ognuno associato a diverse parti del corpo. A seconda della parte dominante (testa, cuore, ecc...) la persona assumerà il carattere e la fisionomia di un'intellettuale o di un soggetto prevalentemente emotivo, ecc... Così, mentre in occidente questo frazionamento del sé è stato spesso interpretato in termini di patologia e schizofrenia, in altre culture è considerato parte

19 Questa concezione ha trovato una formulazione moderna a partire dalla fine del '600 con il *Saggio sull'intelletto umano* di John Lock .

20 Si veda, a questo proposito, anche il saggio di Clifford Geertz, *Dal punto di vista dei nativi*, in cui si evidenzia come gli abitanti dell'isola di Giava percepiscono l'individualità umana in termini profondamente diversi rispetto all'idea occidentale di persona, intesa come dualità mente-corpo. Presso queste popolazioni, infatti, l'individualità è composta da *Batin*, cioè il mondo interiore, che non è separato dal corpo e si riferisce alla vita emotiva e ai sentimenti soggettivi, e da *Lair*, il mondo esteriore che non corrisponde alla corporeità, ma alle azioni, al linguaggio, alle posture, ai comportamenti.

costitutiva dell'essere umano ed è possibile entrare in contatto e fare esperienza di questa molteplicità interiore, attraverso riti sciamanici o di possessione, senza che ciò sia considerato sintomo di malattia.

Il concetto di individuo e di persona qui esposto è ulteriormente intrecciato con l'immaginario simbolico e collettivo associato alla corporalità, quindi con il paradigma del corpo sociale. Da questo punto di vista, è possibile considerare il corpo come una “mappa cognitiva”²¹, in cui gli organi e i fluidi da questo prodotti (come il sangue, simbolo universalmente legato alla vita, il latte, le lacrime, il seme, ecc...) acquistano un significato culturale specifico e diventano metafora di emozioni, visioni sociali e sono collegati a stati di salute o di malattia.

Ugualmente il corpo diviene il punto di riferimento nell'elaborazione di cosmologie e visioni del mondo, per cui l'ambiente e gli spazi circostanti vengono personificati e percepiti in termini metaforici, attraverso un gioco di specchi e di corrispondenze fra il microcosmo corporeo e il macrocosmo universale. Secondo la cosmologia dei Dogon²², studiati da M. Griaule²³, per esempio, la pianta del villaggio è concepita come il corpo di un uomo, disteso sulla schiena, che si estende da nord a sud. La piazza centrale, in cui ha sede la casa del consiglio, rappresenta la testa, mentre le capanne delle donne mestruate, che con la loro forma arrotondata ricordano simbolicamente l'utero, rappresentano le mani e si collocano a est e ad ovest del villaggio.

Da quest'analisi emerge che nei sistemi etnomedici non occidentali il corpo è generalmente considerato come un tutt'uno integrato con il mondo esterno, in cui le relazioni sociali hanno un ruolo centrale nel determinarne l'equilibrio, quindi la salute, o il conflitto, cioè la malattia. In quest'ottica, il corpo è un microcosmo che riflette l'universo ed è una metafora olistica del mondo naturale, sociale e soprannaturale.

Questo studio mette dunque in evidenza come, nella visione cartesiana dell'occidente, si sia perso quest'aspetto di integrità e di unità, per cui il corpo umano oggettivizzato si è trasformato in merce e l'essere umano in macchina, in un ingranaggio di un sistema perfetto, freddo e meccanico, in cui non c'è più posto per ciò che è propriamente “umano”, e quindi limitato, come la malattia, il dolore o la morte. Non a caso, la cultura occidentale, in generale,

21 Si vedano, per esempio, gli studi dell'antropologa inglese, Mary Douglas, sul valore simbolico del corpo.

22 Popolazione africana del Mali.

23 V. Marcel Griaule, *Dieu d'eau. Entretiens avec Ogotemméli*, 1948.

e la biomedicina, in particolare, fanno ricorso al linguaggio della macchina o dell'informatica per descrivere certi stati psicologici o somatici (è comune, per esempio, affermare di essere “scarichi” o “spenti” per indicare che si è stanchi). A questo proposito le parole di Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes sono particolarmente eloquenti:

Le popolazioni non occidentali e non industrializzate sono chiamate a “pensare il mondo con i loro corpi”. Come Adamo ed Eva nell'Eden, essi esercitano la propria autonomia, il proprio potere, nominando i fenomeni e le creature del mondo a propria immagine e e somiglianza. Al contrario, noi viviamo in un mondo in cui la forma umana delle cose (e persino la forma umana degli esseri umani, tra cuori e protesi artificiali) è in ritirata. Mentre le cosmologie delle popolazioni non industrializzate si rivolgono a un costante scambio di metafore dal corpo alla natura, le nostre metafore parlano di equazioni simboliche macchina-corpo. O'Neil ipotizza che siamo stati “imbarcati sulla macchina” della biotecnologia e alcuni di noi sono stati trasformati a seguito di un'operazione chirurgica radicale e dall'ingegneria genetica in “pezzi di ricambio” di esseri umani protesici (1985, pp.153-154). Le vite vengono salvate, o perlomeno il termine della morte viene spostato in avanti, eppure, in tutto questo processo, è possibile che la nostra umanità sia stata compromessa.²⁴

Il terzo corpo individuato da questo filone critico-interpretativo è quello politico e si riferisce, in particolare, al potere e al controllo esercitato sui corpi da parte dell'ordine sociale e, nello specifico, dalla biomedicina. E' utile citare a questo proposito gli studi di Foucault incentrati sull'analisi delle dinamiche attraverso cui la medicina, la psichiatria e le altre scienze “inventano” nuovi tipi di patologie e di devianze, basandosi sulla lettura oggettiva di certi sintomi e innescando un processo di medicalizzazione della vita e di iper-produzione di malattie. La relazione fra corpo politico e corpo individuale si traduce così in una manipolazione della popolazione e della società attraverso meccanismi di controllo che agiscono, in particolare, sulla sessualità, sul genere e sulla riproduzione. Foucault definisce tale concetto come biopotere²⁵.

Queste tre dimensioni “dialogano” tra di loro attraverso le emozioni, che secondo queste due studiose, hanno il compito specifico di mediare e creare un ponte fra la mente e il

24 V. Lock Margaret, Scheper-Hughes Nancy, “Un approccio critico interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta”, in *Op. cit.*, Quaranta I.(a cura di), pp. 175-176

25 Con questo termine s'intende appunto il potere esercitato sulla vita e sul corpo. V. Foucault Michel, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1998.

corpo, fra l'individuo, la società e il corpo politico. Le emozioni sono infatti il mezzo, si potrebbe dire il linguaggio, che dà forma all'esperienza di malattia e comunica il dolore. M. Lock e N. Scheper-Hughes parlano, a tal fine, di *mindful body* o corpo cosciente, che si relaziona consapevolmente alla dimensione sociale e, in quanto tale, non è solo oggetto di costruzioni culturali, ma è esso stesso soggetto, creatore e artefice di significati. Da questo punto di vista, la malattia può essere definita come un “rituale di resistenza” rispetto all'ordine costituito, una modalità creativa attraverso cui il singolo esprime il proprio disagio rispetto alla società; essa è simbolo e rappresentazione culturale di un malessere, rende visibile il contrasto fra il sé individuale e il corpo sociale e, in quanto tale, è un prodotto culturale creato dal soggetto attraverso la propria esperienza incorporata. Loro stesse ne parlano nei seguenti termini:

La malattia infatti non è semplicemente un evento isolato, o uno scontro sfortunato con la natura. Essa è piuttosto una forma di comunicazione – il linguaggio degli organi – attraverso cui la natura, la società, e la cultura parlano simultaneamente. Il corpo individuale dovrebbe essere visto come il terreno, più immediato e prossimo, in cui vengono messe in scena le verità e le contraddizioni sociali, come anche luogo di resistenza, creatività e lotta personale e sociale.²⁶

Attraverso questo concetto di incorporazione, l'antropologia critico-interpretativa si pone l'obiettivo di formulare una nuova epistemologia del corpo che, superando il riduzionismo cartesiano, indagli le cause sociali, politiche ed emotive alla base della malattia e della guarigione. In quest'ottica, dunque, anche il concetto di efficacia terapeutica necessita di una profonda rivisitazione.

1.4 LA MALATTIA COME FORMA DI INCORPORAZIONE DELLA SOFFERENZA SOCIALE

Se l'antropologia critico-interpretativa ha messo in evidenza il valore simbolico e

26 Quaranta I. (a cura di), *Op. cit.* p. 186

sociale della malattia come espressione di un disagio profondo e di contraddizioni fra il singolo e la collettività, la prospettiva d'indagine si allarga ulteriormente con gli studi di Paul Farmer, il quale approfondisce l'aspetto della patologia come forma di incorporazione, a livello biologico, dell'ineguaglianza sociale e della povertà. In questi termini, egli elabora il concetto di violenza strutturale. Le sue ricerche si basano su studi da lui personalmente condotti negli anni '80, in qualità di medico, ad Haiti. Le storie di sofferenza e le biografie riportate nel suo saggio *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*²⁷, hanno un importante valore esemplificativo, nel senso che analizzano non tanto l'esperienza di malessere a livello soggettivo, ma ne offrono una lettura globale, che mette in evidenza come i meccanismi sociali, storici, economici e politici siano la causa e la condizione determinante nel far emergere la malattia e nel determinare la morte di tante persone. Da questo punto di vista, la patologia e la sofferenza in genere sono forme di incorporazione, cioè traducono e riflettono a livello "biologico", la violenza e l'ingiustizia di macro-assetti politici ed economici. Sono frutto di decisioni ed azioni "umane" che, in realtà, di umano hanno ben poco. Queste forze "globali" condizionano la vita delle singole persone, limitandone la possibilità di azione, l'accesso alle risorse o alle cure mediche e decretandone un destino di sofferenza. In questo senso, Farmer le definisce "vittime di violenza strutturale", in quanto:

[...] tale sofferenza è "strutturata" da forze e processi storicamente dati (spesso economicamente pilotati) che cospirano – attraverso la routine, il rituale o, come più spesso accade, la durezza della vita – nel limitare la capacità d'azione. Per molti [...] le scelte, grandi o piccole che siano, sono limitate dal razzismo, dal sessismo, dalla violenza politica e da una povertà opprimente.²⁸

La violenza strutturale è quindi un aspetto insito nei processi storici e politici, che richiede il coraggio di un'indagine antropologica "storicamente profonda" e "geograficamente ampia" per essere smascherata. Farmer assume, infatti, un atteggiamento critico nei confronti

27 V. Quaranta I. (a cura di), *Op. cit.*, pp. 265-302. Si fa qui specifico riferimento alle storie di Acéphie Joseph, una giovane donna haitiana morta di AIDS e di Chouchou, vittima di violenza politica. Entrambe sono esperienze esemplificative, nel senso che non sono casi straordinari e rari, ma rappresentano il destino comune di tante donne e di tanti uomini haitiani con cui condividono le stesse condizioni sociali.

28 Quaranta I. (a cura di), *Op. cit.* pp. 280-281

di quelle prospettive antropologiche che, facendo ricorso al concetto di relativismo culturale, hanno in realtà legittimato le disuguaglianze sociali, confondendo la violenza strutturale con la differenza culturale. Concetti quali il “rispetto della dignità e delle culture altre”, la “tradizione” o la “diversità culturale” sono stati pericolosamente utilizzati per giustificare o legittimare vere e proprie forme di violenza, a esclusivo vantaggio politico ed economico delle egemonie che detengono il potere. A tal proposito, egli sostiene quanto segue:

L'abuso del concetto di specificità culturale è particolarmente insidioso nelle discussioni sulla sofferenza in generale e sugli abusi dei diritti umani in particolare. La differenza culturale, che sconfinava nel determinismo culturale, è una delle diverse forme di essenzialismo usate per giustificare le lesioni alla dignità e la sofferenza.²⁹

Quindi, le storie di sofferenza di uomini e di donne, che Farmer ritrae come esempi di vittime di violenza strutturale, non sono il risultato di mere vicende personali, psicologiche o culturali, ma l'incarnazione e la materializzazione di dinamiche di potere e di oppressione sociale, che agiscono a livello collettivo. Come tali, esse sono comprensibili solo se considerate e contestualizzate in un'ampia cornice storica, economica e politica. Nello specifico, per capire meglio come questi meccanismi si traducono in sofferenza sociale, Farmer individua alcune variabili (che lui stesso definisce “assi di oppressione”) alla base di questi processi, e cioè:

– l'asse del genere, vale a dire le ineguaglianze che derivano dall'essere uomini o donne in determinati contesti di povertà per cui, le donne, a cui non viene generalmente riconosciuto uno status uguale o paritario a quello degli uomini, sono maggiormente esposte al rischio di prostituzione, violenza domestica, contagio HIV, morte per parto, ecc., mentre gli uomini sono più facilmente vittime di tortura o di violenza politica.

– l'asse della razza o dell'etnicità, un concetto che, pur essendo ritenuto “biologicamente insignificante” dagli antropologi, è stato spesso motivo di discriminazione e di mancato riconoscimento dei diritti fondamentali ad intere popolazioni.³⁰

29 Quaranta I.(a cura di), *Op. cit.* p. 294

30 Farmer riporta, in tal senso, gli esempi del Ruanda, in cui le differenze razziali fra Hutu e Tutsi furono

– l'asse di qualsiasi “diversità” sociale o biologica: rientrano in questa categoria, per esempio, le discriminazioni perpetuate nei confronti degli immigrati, dei profughi o degli omosessuali.

Tali variabili agiscono ovunque, ma sono particolarmente presenti in contesti di povertà, dove determinano situazioni di sofferenza estrema:

Con questo non si intende negare che il sessismo o il razzismo comportino gravi conseguenze negative, anche nei paesi ricchi del Nordamerica e dell'Europa. Il punto è semplicemente quello di esigere riflessioni più oneste su chi ha maggiori possibilità di soffrire e in che modo. [...] Il compito imminente, se si vuole rompere questo silenzio, è quello di identificare le forze che cospirano nel promuovere la sofferenza, con l'intendimento che esse sono calibrate in modo diverso nei diversi contesti. Se saremo in grado di farlo, avremo la possibilità di individuare le cause della sofferenza estrema e anche le forze che espongono alcuni a rischio di abuso dei diritti umani, mentre altri vengono salvaguardati.³¹

Da quanto detto si deduce che la patologia del singolo è strettamente collegata ad una “patologia del potere”, che consiste essenzialmente nella violazione dei diritti fondamentali dell'uomo. In questi termini, l'antidoto, la terapia o la guarigione prendono la forma della difesa dei diritti umani e del ripristino di uno stato generale di giustizia sociale, che tiene conto delle esigenze di tutti e non è privilegio esclusivo di pochi.

Attraverso questa breve panoramica, che ha abbracciato le principali teorie dell'antropologia medica, è stato possibile mettere in luce le variabili che incidono sul concetto di malattia, a partire dalla dimensione soggettiva, cioè dal rapporto diadico medico-paziente, fino ad arrivare al piano politico ed economico della società nel suo complesso. Parallelamente, occorre considerare la guarigione in termini altrettanto ampi, come una sorta di “terapia” globale ed olistica, che agisce su ciascuno dei livelli sopradescritti, in quanto aspetti vitali dell'essere umano. La “cura” inizia così ad assumere i contorni non solo di un trattamento che mira a ripristinare uno stato generale di benessere fisico, agendo sul

accentuate dagli amministratori coloniali belgi e sfociarono nella guerra civile o l'esempio del Sudafrica in cui il tasso di mortalità infantile fra i nativi risulta a tutt'oggi dieci volte superiore rispetto a quello dei bianchi.

31 Quaranta I. (a cura di), *Op. cit.* pp. 296-297

corpo delle singole persone, quanto di una revisione culturale ampia, a 360 gradi, che esige un atteggiamento critico nei confronti dei meccanismi sociali, economici e politici dominanti e una forte volontà di cambiamento.

Alla luce di questa rilettura, da cui sono emersi i limiti della prospettiva biomedica e del riduzionismo cartesiano in rapporto sia alla malattia che ai trattamenti terapeutici, sarà ora interessante indagare cosa s'intende per efficacia in termini simbolico-antropologici e quali siano i risvolti sociopolitici ad essa collegati.

2. L'EFFICACIA SIMBOLICA

2.1 IL POTERE TERAPEUTICO DELL'EFFICACIA SIMBOLICA: IL CANTO SCIAMANICO CUNA E IL TARANTISMO

Dalle varie tesi illustrate nel capitolo precedente emerge la necessità di allargare la prospettiva d'indagine ad un livello più ampio, in grado di andare oltre una lettura puramente biologica e fisiologica della malattia e della guarigione e, al tempo stesso, di analizzare con senso critico i limiti di una cultura biomedica, che ci appartiene in quanto individui nati e cresciuti in occidente³². Quindi, con l'obiettivo di recuperare una visione più globale e meno meccanicistica dell'essere umano, sarà utile approfondire che cosa s'intende per efficacia simbolica in senso antropologico.

A questo fine, farò riferimento sia agli studi condotti da Claude Lévi-Strauss, nel 1949 presso i Cuna, una popolazione dell'America centrale, che si caratterizza per una lunga tradizione sciamanica, sia all'indagine etnografica condotta nel Salento da Ernesto de Martino sul fenomeno del tarantismo, alla fine degli anni '50. Entrambi questi studi possono, infatti, essere utili al nostro obiettivo di indagare i dispositivi di efficacia, in quanto mettono in evidenza come il concetto di malattia sia strettamente legato al processo di costruzione sociale e culturale e, al tempo stesso, come la cura o la guarigione fisica siano conseguenza di una elaborazione, che avviene, innanzitutto, a livello simbolico ed evocativo.

Partendo dal canto sciamanico, descritto da Lévi-Strauss nella sua opera *Anthropologie Structurale* e recitato in occasione di un parto difficile, ritengo importante specificare cosa s'intenda per malattia e per guarigione presso i Cuna, in modo da favorire un confronto antropologico, che metta in luce gli aspetti culturali di tali definizioni. Presso questa popolazione, infatti, la malattia è concepita nei termini di assenza dell'anima: essa è generata dal rapimento, da parte di spiriti nemici (i *nia*), di questo “doppio invisibile” (il *purba*), da cui proviene la vita. Parallelamente, guarire significa ristabilire la presenza di tale forza vitale nel corpo del malato, mentre la terapia si trasforma in un viaggio di ricerca in un universo mitico (La Via di *Muu*). In questo contesto, il canto sciamanico ha la funzione specifica di

³² Tale cultura biomedica, infatti, derivata da una “matrice cartesiana”, non è propria solo dei professionisti sanitari o dei medici, che in prima persona, la studiano e la praticano, ma accomuna tutti noi occidentali.

neutralizzare le forze negative, ritenute causa della malattia o meglio, del travaglio difficile e convertirle in elementi vitali positivi.

Nel canto cuna, il mondo ordinario della vita umana e il mondo sovraumano si intrecciano, sia attraverso la rappresentazione degli eventi reali e dei gesti concreti, compiuti sulla scena del rito, sia attraverso la narrazione di un percorso in un universo soprannaturale, che offre una spiegazione simbolica del problema: la difficoltà del parto è causata dal fatto che *Muu*, lo spirito che presiede alla procreazione e alla formazione del feto, secondo la cosmologia locale, si è impossessata del *purba*, cioè l'anima o la forza vitale della futura madre. Quindi, lo sciamano ha il compito specifico di intraprendere questo viaggio nell'invisibile (*ikala*), verso la dimora di *Muu*, coadiuvato da alcuni spiriti ausiliari e recuperare l'anima della partoriente, affinché la nascita possa avere luogo.

A questo livello, il canto sciamanico ha l'obiettivo preciso di intervenire e manipolare simbolicamente il corpo femminile. Per fare questo lo sciamano fa cadere ogni distinzione fra mito e realtà, fra il mondo interiore e sofferente della partoriente e il mondo mitico, fra l'aspetto fisiologico del parto e l'aspetto metaforico del viaggio in un universo immaginario. In pratica, mito e realtà corporea si rispecchiano e si intrecciano, così che agire su uno di questi livelli significa trasformare anche l'altro: vincere *Muu* sul piano mitico significa sciogliere anche il processo fisiologico e reale del parto e porre fine al travaglio difficile. Da questo punto di vista, il canto sciamanico è efficace, perché fornisce un sistema simbolico e metaforico, che rende pensabile, accettabile e, quindi, superabile una situazione dolorosa; esso esplora, attraverso una serie di metafore cosmologiche, il mondo interiore della persona che soffre. C. Lévi-Strauss ne parla in questi termini:

La cura consisterebbe quindi nel rendere pensabile una situazione che in partenza si presenta in termini affettivi: e nel rendere accettabile alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare. Che la mitologia dello sciamano non corrisponda a una realtà oggettiva è un dato privo di importanza: l'ammalata ci crede, ed è un membro di una società che ci crede. Gli spiriti protettori e gli spiriti maligni, i mostri soprannaturali e gli animali magici, fanno parte di un sistema coerente che fonda la concezione indigena dell'universo. La malata li accetta, o più esattamente, non li ha mai messi in dubbio. Quel che non accetta, sono i dolori incoerenti e arbitrari, che, invece, costituiscono un elemento estraneo al suo sistema, ma che, grazie al ricorso al mito, vengono sostituiti dallo sciamano in un insieme in cui tutto ha una ragione

d'essere.³³

E prosegue, sottolineando l'importanza della rappresentazione simbolica nel processo di cura e di guarigione e come questo aspetto differenzi profondamente la terapia sciamanica cuna rispetto a quella biomedica occidentale:

Ma l'ammalata³⁴ avendo capito, non si limita a rassegnarsi: guarisce. E niente di simile avviene ai malati delle nostre società, quando si è ben spiegato loro la causa delle loro disfunzioni invocando secrezioni, microbi o virus. Ci accuseranno forse di paradosso se rispondiamo che la ragione di ciò sta nel fatto che i microbi esistono, mentre i mostri non esistono. Eppure, la relazione fra microbo e malattia è esterna alla mentalità del paziente, è una relazione di causa ed effetto; mentre la relazione fra mostro e malattia è interna a quella stessa mentalità, ne sia essa consapevole o meno: è una relazione fra simbolo e cosa simbolizzata, o, per adottare il vocabolario dei linguisti, fra significante e significato. Lo sciamano fornisce alla sua ammalata un linguaggio nel quale possono esprimersi immediatamente certi stati non formulati, e altrimenti non formulabili. E proprio il passaggio a questa espressione verbale [...] provoca lo sbloccarsi del processo fisiologico, ossia la riorganizzazione, in un senso favorevole, della sequenza di cui l'ammalata subisce lo svolgimento.³⁵

Il racconto dello sciamano è significativo per la partoriente, in quanto parte del suo mondo interiore, emotivo e del suo modo di pensare. In questo senso, esso ha il potere risanante di condurre ordine nel caos e nel dolore generati dalla difficoltà, quindi, di riconciliare la donna con le sue esperienze dolorose e di ristrutturare positivamente il suo vissuto. Il cambiamento e la “guarigione” a livello fisico hanno luogo in quanto sollecitati ad un livello simbolico, evocativo. Sarà interessante approfondire, in seguito, come questo aspetto del significato, della relazione fra processi organici, patologici e processi simbolici, sia centrale nel trattamento terapeutico e quanto, invece, sia generalmente trascurato dalla biomedicina.

Secondo Lévi-Strauss, l'efficacia del canto sciamanico dipende, dunque, dalle credenze che la partoriente condivide con il guaritore, in quanto parte della cultura e della cosmologia cuna, nonché dal significato che tale narrazione mitica assume per lei in prima

33 Claude Lévi-Strauss, *Antropologia strutturale*, Milano, Il Saggiatore, pp. 220-221

34 Si riferisce qui alla partoriente cuna. È interessante notare questa definizione utilizzata da Lévi-Strauss, tipica della cultura occidentale, che considera la gravidanza una malattia e non uno stato biologico naturale.

35 Ivi, p. 222

persona. Si tratta di un esempio che mette in luce il potere dell'efficacia simbolica e l'influenza del linguaggio nel ristrutturare il vissuto individuale e i processi fisiologici.

E' interessante sottolineare, in questo caso, quanto l'efficacia simbolica di questo canto, il suo potere magico, non sia conseguenza esclusiva dell'intervento terapeutico dello sciamano, ma dipenda anche dall'azione immaginativa e dalla proiezione creata dalla partoriente stessa, la quale partecipa all'atto terapeutico ed è co-creatrice del processo di guarigione. In questa sua collaborazione attiva, il ruolo centrale è svolto dalle credenze³⁶, laddove per credenza non s'intende semplicemente l'adesione ad una particolare visione del mondo o ad un sistema di valori stabiliti dalla cultura di appartenenza, quanto, un processo proiettivo. La credenza è qui intesa come una proiezione attiva del singolo individuo, frutto dell'intenzionalità creativa e della capacità di agire del soggetto, soprattutto in situazioni dolorose o di sofferenza. In questi termini, la credenza è di per sé un atto terapeutico.

Da quanto detto, possiamo, dunque, affermare che l'efficacia simbolica messa in atto in un contesto terapeutico non è solo un processo che avviene a livello inconscio, in quanto stimolato dall'intervento esterno del terapeuta, bensì una ricerca consapevole di significati e di simboli operata coscientemente dal paziente stesso. Queste considerazioni ci riportano all'approccio narrativo di B. J. Good ed evidenziano come, anche nella narrazione della propria esperienza di malattia, il paziente proietti la propria visione del mondo, cioè rielabori, attribuisca significati e ricostruisca creativamente un vissuto doloroso. Si tratta di un'altra interessante scoperta che stravolge l'idea di efficacia terapeutica intesa come conseguenza di un intervento esterno e scardina la visione classica del paziente come mero spettatore, impotente di fronte alle dinamiche meccaniche che agiscono nel suo corpo.

Il secondo esempio, che ritengo utile nel definire il ruolo dell'efficacia simbolica nel processo terapeutico, al fine di riaffermare le radici antropologiche e culturali della malattia, è l'indagine interdisciplinare condotta da Ernesto de Martino sul tarantismo³⁷. Questo

36 Per un approfondimento sul concetto di "credenza", sia da un punto di vista etimologico che antropologico, si veda B. J. Good, *Op. cit.*, pp. 25-33.

37 Egli organizzò, nel 1959, una spedizione etnografica nel Salento (per la precisione a Galatina, paese della provincia di Lecce) con l'obiettivo di analizzare un particolare fenomeno, il tarantismo, che coinvolgeva soprattutto le donne di quella zona. Si trattò di un'indagine interdisciplinare, nel senso che De Martino, nel tentativo di superare l'antitesi fra Umanesimo e Naturalismo e di operare un'unificazione metodologica, si avvale di un *équipe* di professionisti dalle competenze variegata: un'antropologa, uno psichiatra, una psicologa e un etnomusicologo. La ricerca assunse un valore specifico anche per questa sua interdisciplinarietà e polivalenza: la pratica venne, infatti, considerata da prospettive diverse, da cui ne derivò una lettura antropologica unificante e sintetica, che prese forma nell'opera *La terra del rimorso*. Il rito, preso in esame da De Martino e dai suoi collaboratori, si celebrava annualmente in occasione della festa di S. Paolo, nella notte fra il 28 e il 29 giugno, presso la chiesa di Galatina, dedicata a questo santo. In quel contesto, alcune

particolare fenomeno, tipico del Salento e di origine pagana e contadina, poi successivamente inglobato nel rito cattolico di S. Paolo, è interessante dal nostro punto di vista, in quanto dimostra come l'interpretazione culturale agisca ed influenzi la realtà della malattia. Etichettata dalla biomedicina come una patologia da ricondurre a sindrome tossica³⁸ o dalla chiesa, come una forma di possessione e stregoneria, il tarantismo è un esempio di plasmazione culturale molteplice e stratificata.

La lettura antropologica fornita da De Martino di questo fenomeno mira a scardinare entrambe queste interpretazioni riduzionistiche e unilaterali e intravede nei corpi sofferenti di queste persone un profondo significato politico e culturale. Egli sottolinea, infatti, la stretta connessione esistente fra tarantismo e disagio sociale, in particolar modo quello femminile, motivandolo con il contesto storico del dopoguerra e con le condizioni di povertà, ignoranza ed oppressione in cui esse erano costrette a vivere. In quest'ottica, il tarantismo ha svolto, di fatto, una funzione terapeutica e sociale: rappresentava il canale espressivo di un dolore represso, che si rendeva visibile, attraverso questa forma artistica e religiosa insieme. In sintesi, con questa lettura antropologica, il tarantismo da malattia si trasforma in una forma di terapia.

Queste considerazioni mi stimolano a riflettere su quanto il corpo individuale sia veicolo rappresentativo di dinamiche e conflitti collettivi e come le forze istituzionali agiscano ed esercitino un controllo su di esso. In particolare, De Martino considera la sofferenza femminile, che prende forma e voce attraverso il tarantismo, un'esperienza derivata dalla disuguaglianza, sia di classe che di genere³⁹. Alla luce di queste osservazioni, il fenomeno del tarantismo risulta suscettibile di varie letture ed interpretazioni: lo si può considerare un "rituale di resistenza", vale a dire una modalità creativa di espressione di un disagio sociale⁴⁰, un esempio di incorporazione, nel senso elaborato da Csordas⁴¹ o, ancora, un caso di violenza strutturale, come lo definirebbe Farmer, cioè di traduzione a livello biologico di conflitti collettivi e politici più ampi.

persone, soprattutto donne, che ritenevano di essere state pizzicate da un ragno velenoso mentre lavoravano nei campi erano colpite da convulsioni: si contorcevano, urlavano, si dimenavano in preda ad una sorta di attacco isterico o ad un episodio di possessione e si rivolgevano al santo per guarire. Si trattava di una sorta di "esorcismo" dal morso della taranta o di una catarsi simbolico-musicale.

38 Si tratta di una forma di aracnidismo. Il ragno, che si riteneva fosse la causa di queste convulsioni è la *lycosa*, "Nella letteratura sul tarantismo, dal '600 in poi, stava in primo piano l'interpretazione medica, secondo la quale esso era una *malattia*, da ricondurre o ad una sindrome tossica da morso di aracnide velenoso o a una alterazione psichica indipendente dall'aracnidismo" tratto da De Martino E., *La terra del Rimorso*, Milano, Il Saggiatore, 1961, p. 53.

39 Esso era, infatti, un fenomeno prevalentemente contadino e femminile.

40 V. la tesi sopraesposta di M. Lock e N. Scheper-Hughes (Par. 1.3).

41 V. paragrafo successivo 2.4.

L'analisi antropologica di questa pratica, implica, inoltre, la necessità di decostruire il discorso medico e religioso al fine di far emergere come essa abbia costituito, in un preciso contesto storico-politico, un luogo di negoziazione e di mediazione fra i diversi interessi istituzionali dello stato, della chiesa, della medicina e degli attori sociali stessi. Dimostrando come il tarantismo non fosse una malattia, ma un fenomeno storico-religioso, mettendone in luce i profondi significati esistenziali e sociali e rivendicandone una specifica autonomia simbolica, De Martino ne propone una lettura irriduzionista; il suo è un importante intervento antropologico mirante a liberare il corpo femminile sia dal controllo religioso che da quello biomedico:

Il tarantismo come orizzonte mitico-culturale definito, cioè come morso della taranta che avvelena nella stagione del raccolto dei frutti estivi e che ogni anno torna ad agire come morso e come veleno, per essere ogni anno esorcizzato con la musica, la danza e i colori, non era “riducibile” al latrodectismo⁴² ma non era “indipendente” da esso, in quanto il latrodectismo doveva essere considerato un'importante condizione storica ed esistenziale per la genesi del tarantismo. Il simbolismo della taranta si era cioè reso autonomo, nel corso di una certa storia culturale e religiosa, dai reali episodi di latrodectismo relativamente frequenti durante i lavori agricoli estivi [...]. Tale autonomia assumeva due aspetti fondamentali: o la crisi reale di latrodectismo diventava semplicemente l'occasione per evocare e configurare, per far defluire e per risolvere altre “forme di avvelenamento simbolico”, e cioè i traumi, le frustrazioni, i conflitti irrisolti nelle singole biografie individuali, e tutta la viaria potenza del negativo che, rivissuta nei momenti critici dell'esistenza, si riduceva in altrettanti *perils of the soul* [...]; oppure, a un più alto livello di autonomia simbolica, in occasione di determinati momenti critici dell'esistenza – come la fatica del raccolto, la crisi della pubertà, la morte di qualche persona cara, un amore infelice o un matrimonio sfortunato, la condizione di dipendenza della donna, i vari conflitti familiari, la miseria, la fame, le più svariate malattie organiche – insorgeva “la crisi dell'avvelenato”, utilizzando il modello del latrodectismo simbolicamente riplasmato come morso di taranta che scatena una crisi da controllare ritualmente mediante l'esorcismo della musica, della danza e dei colori [...]⁴³.

Il tarantismo rappresenta, dunque, alla pari del canto cuna sopradescritto, un “dispositivo simbolico” attraverso cui i conflitti psichici inconsci vengono evocati e trasferiti ad un livello mitico e rituale. La sua funzione terapeutica consiste nell'alleggerire la pressione

42 “Latrodectismo [der. di *latrodecte*]: in medicina, il complesso dei fenomeni morbosi prodotti dalla puntura di alcuni ragni del genere *latrodecte*, i cui veleni hanno azione emolitica e neurotropa, e provocano vari disturbi nervosi”. Definizione tratta dal vocabolario Treccani on-line: <http://www.treccani.it>

43 Ernesto De Martino, *Op. cit.*, pp. 73-74

derivata dalle sollecitazioni sociali esterne, ristabilendo così l'ordine e l'equilibrio perduto. Questa lettura ci permette di sottolineare anche l'aspetto creativo, cioè come i simboli del morso e della malattia venissero manipolati, assumessero significati diversi nelle singole biografie delle tarantate⁴⁴ e come il rituale unisse, in un'unica ambigua realtà, sia l'aspetto drammatico di un dolore pubblicamente rappresentato, che l'aspetto gioioso della festa religiosa.

Far emergere il valore simbolico del tarantismo, “spogliarlo” dell'etichetta di malattia, ci conduce, dunque, ad assumere un atteggiamento critico nei confronti della nozione stessa di patologia in termini biomedici, intesa come mera condizione biologica oggettiva, nel tentativo di considerarla, sempre più, un processo di incorporazione di realtà storiche e sociali⁴⁵. Ecco perché De Martino parla dell'opposizione salute/malattia come di una doppia menzogna, cioè di un'interpretazione rigida e deformata della realtà, che vuole “spiegare il sano con il malato”, a partire da una lettura scientifica e naturalista, che taglia i ponti con i processi sociali, culturali e politici. La comprensione dell'esperienza di malattia non può, invece, prescindere dalla dimensione storica, collettiva e simbolica in cui si manifesta, da un contesto in cui corpo, società, mondo naturale e soprannaturale si intersecano e si intrecciano. Questo punto di vista stimola un superamento della visione dicotomica dell'esperienza di malattia, favorendone una lettura antropologica, nei termini di una forma di incorporazione umana, un modo peculiare di stare al mondo, che cela significati ed espressioni molto più ampi e complessi di quanto la biomedicina voglia farci credere.

2.2 THOMAS J. CSORDAS: IL PARADIGMA DELL'INCORPORAZIONE E LA RETORICA DELLA TRASFORMAZIONE NELLA GUARIGIONE RITUALE

Sempre con l'obiettivo di indagare e dimostrare il ruolo dell'efficacia simbolica nei

44 E' la lettura della malattia come processo creativo: “[...] l'esperienza di malattia rappresenta un processo creativo e, come tale, assurge a specifica modalità, culturalmente soggettiva, di essere nel mondo. Una volta che riconosciamo la costitutiva ma indeterminata e aperta relazione fra rappresentazioni ed esperienza, gli stati d'essere somatici emergono come pratiche culturali, come uno specifico dominio di produzione di significati ed esperienze”. Tratto da I. Quaranta, “La malattia come pratica culturale e le molteplici ontologie del corpo: il caso della CFS/ME nel Regno Unito” in A. Destro (a cura di), *Territori dell'antropologia. Memorie, Testi, Corpi*. p. 35.

45 Si veda anche Ivan Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano, 2004, da cui è tratto il seguente brano: “Ogni malattia è una realtà creata socialmente. Il suo significato e la risposta ch'essa ha suscitato hanno una storia. Lo studio di questa storia ci consentirà di capire sino a che punto siamo prigionieri dell'ideologia medica in mezzo alla quale siamo cresciuti”, p. 180.

processi terapeutici, confronterò ora i casi etnografici sopraesposti con gli studi di un antropologo americano contemporaneo, Thomas J. Csordas⁴⁶, il quale si è interessato, in modo particolare, ai rituali di guarigione praticati presso le comunità americane dei Pentecostali o Carismatici⁴⁷ e alle tecniche terapeutiche dei Navajo, tribù native americane, che vivono nella zona sud-occidentale degli Stati Uniti. I suoi studi si inseriscono all'interno di quella corrente dell'antropologia medica critica di cui sono stati esposti i concetti principali nel capitolo precedente⁴⁸ e forniscono un approccio comparativo, che favorisce un confronto fra i processi terapeutici tipici del sistema biomedico e i rituali di guarigione messi in atto in contesti culturali altri. In particolare, Csordas sottolinea come, in questi ultimi, il processo di guarigione sia strettamente connesso a forme rituali comunitarie, caratterizzate da gesti ed atti impositivi (per es. il parlare altre lingue o l'imposizione delle mani) o dall'arte della retorica, attraverso cui il guaritore-terapeuta crea una rete di significati e di simboli al cui interno può avere luogo il processo di guarigione del paziente. In questi termini, la terapia non si limita alla semplice rimozione o eliminazione di un problema dal corpo fisico del malato, ma implica una trasformazione, che riguarda la persona nella sua interezza:

I also realized that the object of healing is not elimination of a thing (an illness, a problem, a symptom, a disorder) but transformation of a person, a self that is a bodily being⁴⁹.

Partendo da questa prospettiva, egli prende in esame diversi esempi di rituali di guarigione, praticati presso alcune comunità statunitensi, appartenenti al movimento dei Carismatici. È interessante notare come, secondo questa cultura religiosa, la guarigione sia concepita come tripartita e coinvolgente vari livelli: il livello corporeo, che riguarda i sintomi fisici della malattia; il livello interiore, vale a dire le ferite emotive ed infine quello spirituale, o meglio la liberazione (*deliverance*) dai demoni o dagli spiriti maligni. Il guaritore, secondo questa tradizione, è dotato di uno speciale carisma o “dono dello spirito santo” e, come uno sciamano, guida l'individuo verso la guarigione, inducendo quelli che Csordas definisce i

46 Thomas J. Csordas è attualmente professore di antropologia presso l'Università della California, San Diego.

47 Il movimento pentecostale nasce, all'inizio del 20° secolo, negli Stati Uniti (Kansas), per poi diffondersi nel resto del mondo attraverso chiese e congregazioni spontanee ed indipendenti rispetto a quella cattolica. La teologia pentecostale si basa sulla Bibbia, in particolare sugli Atti degli apostoli di Luca, concentrandosi, in modo particolare sugli eventi accaduti il giorno della Pentecoste, cioè il battesimo dello spirito ricevuto dai discepoli. I pentecostali attribuiscono un ruolo centrale, salvifico e terapeutico allo spirito santo, che si manifesta nei credenti attraverso il fenomeno della glossolalia o “speaking in tongues”.

48 V. paragrafo 1.3

49 Csordas J.T., 2002, *Body/Meaning/Healing*, New York, Palgrave Macmillan, p. 3: “Compresi anche che il fine della guarigione non consiste nell'eliminazione di qualcosa (una malattia, un problema, un sintomo, un male) ma nella trasformazione di una persona, un sé, vale a dire un essere corporeo”.

“processi endogeni”, che favoriscono il contatto con l'inconscio e il mondo soprannaturale e permettono la trasformazione degli atteggiamenti interiori negativi del paziente in un'attitudine più positiva, di accettazione e consapevolezza. Tali processi vengono attivati dalla retorica del guaritore e l'efficacia del rito è strettamente connessa ai nuovi significati, che il soggetto riesce ad attribuire alla propria esperienza di sofferenza:

[...] healing is contingent upon a meaningful and convincing discourse that brings about a transformation of the phenomenological conditions under which the patient exists and experiences suffering or distress. It can be shown that the rhetoric redirects the supplicant's attention to new aspects of his actions and experience, or persuades him to attend to accustomed features of action and experience from new perspectives. [...] To the extent that this new meaning encompasses the person's life experience, healing thus creates for him a new reality or phenomenological world. As he comes to inhabit this new, sacred world, the supplicant is healed not in the sense of being restored to the state in which he existed prior to the onset illness, but in the sense of being rhetorically “moved” into a state dissimilar from both pre-illness and illness reality. The key interpretive task is to show how this reality is constituted as a transformation of pre-illness and illness realities.⁵⁰

Questo processo terapeutico o “retorica” della trasformazione dipende da tre aspetti o funzioni, che devono essere soddisfatte: 1) la predisposizione o inclinazione del malato alla guarigione (*predisposition*), cioè la sua convinzione circa la possibilità che questo evento si verifichi e l'atteggiamento di fiducia nei confronti della tradizione e del gruppo che lo accompagna; 2) il potenziamento (*empowerment*), cioè la certezza che il rituale sia efficace, in quanto espressione di un potere divino; 3) la trasformazione (*transformation*), vale a dire l'intenzione di cambiare e, al tempo stesso, l'accettazione di quelle variazioni, a livello cognitivo, affettivo e comportamentale, che la guarigione comporta e richiede.

Si tratta, pertanto, di un processo trasformativo, che è efficace nella misura in cui il paziente pone l'attenzione su alcuni aspetti difficili della propria vita e ne trae un significato

50 Thomas J. Csordas, *op. cit.*, p. 25 “[...] la guarigione dipende da un discorso significativo e convincente che conduce ad una trasformazione delle condizioni fenomenologiche mediante cui il paziente vive e sperimenta la sofferenza o il dolore. E' possibile dimostrare che questa retorica ri-indirizza l'attenzione del supplicante verso nuovi aspetti delle sue azioni ed esperienze, o lo persuade a considerare le forme abituali dell'azione e dell'esperienza da nuovi punti di vista. [...] Nella misura in cui questo nuovo significato oltrepassa l'esperienza di vita della persona, la guarigione crea, allora, per lui una realtà o un mondo fenomenologico rinnovati. Poiché giunge ad abitare questo nuovo mondo sacro, il supplicante è guarito non tanto nel senso di aver recuperato lo stato preesistente la malattia, ma nel senso di essere retoricamente “entrato” in una condizione diversa sia dalla realtà precedente la malattia che da quella della malattia stessa. La funzione interpretativa centrale consiste nel dimostrare come questa realtà si basi sulla trasformazione della realtà preesistente la malattia che della malattia.”

nuovo, insieme ad una visione rinnovata e positiva di se stesso, di sé in relazione agli altri e al mondo circostante. Da questa prospettiva, la guarigione risulta essere innanzitutto un processo culturale e creativo, di rivisitazione di valori e punti di vista.

Gli interessi di Csordas si sono anche rivolti ad indagare il legame esistente fra i rituali di guarigione e l'identità politica presso i Navajo (o Diné)⁵¹, una popolazione, che vive nell'attuale regione sud-occidentale degli Stati Uniti, compresa fra il Nuovo Messico, l'Arizona, l'Utah e il Colorado e che pratica una pluralità di cerimonie religiose, ciascuna con specifiche finalità. Alcune di queste hanno come scopo la guarigione, laddove, secondo questa cultura, guarire significa recuperare il senso della bellezza e il rapporto con l'armonia universale, che la persona malata o sofferente ha perduto. Per questo, il rito consiste nel raccogliere una varietà di cose belle, che possono essere immagini, musiche, piante o altro, dotate di un'energia curatrice, in grado di ripristinare la salute del paziente e, quindi, l'equilibrio originario.

E' interessante notare che presso i Navajo i rituali religiosi assumono una valenza strettamente politica e rappresentano una forma di resistenza rispetto alla società occidentale dominante e di auto-affermazione della propria dignità e cultura. Csordas approfondisce, in particolare, quale sia la natura di tale relazione, indagando le connessioni che intercorrono fra religione e politica e considerando quest'ultima una sorta di medicina su larga scala. Nello specifico, egli prende in esame diversi casi etnografici che mettono in luce la complessità e la varietà delle posizioni spirituali e religiose dell'attuale società Navajo, al cui interno si intersecano le forme di guarigione indigene tradizionali⁵², quelle praticate dalla chiesa nativa americana⁵³ e quelle dei gruppi cattolici carismatici. Tutte e tre queste tradizioni concepiscono la guarigione come sinonimo di comprensione da parte del paziente, ma ciascuna di esse la interpreta in modi peculiari: secondo la cultura tradizionale indigena nulla accade per caso e l'ostacolo o la malattia contengono un significato didattico e terapeutico da scoprire e comprendere; diversamente, la chiesa nativa americana (NAC) fa prevalere l'aspetto confessionale, di contatto con il sacro e il divino; infine la prospettiva cristiana e carismatica vede nella malattia un significato morale e, quindi, un'opportunità di conversione ai valori

51 I Navajo appartengono, da un punto di vista etnico, al ramo athabaska, originario dell'Alaska e del nord del Canada. Verso il 1500 si spostarono nella zona compresa fra l'Arizona, il Texas, il Colorado e il Nord del Messico.

52 Fra queste va ricordato il Peyotismo, o religione del peyote, un cactus particolare e privo di spine, dagli effetti allucinogeni. Esso viene ingerito durante i rituali per entrare in contatto con il divino, sperimentare stati alterati di coscienza e favorire la guarigione.

53 È una chiesa sincretistica che fonde insieme elementi tipici delle religioni indigene (v. Peyotismo) con elementi del Cristianesimo.

cristiani. Questa pluralità di vedute implica una serie di conflitti sociali ed identitari, che rendono le religioni e i rituali di guarigione un luogo di confronto e di negoziazione a più livelli: quello politico, in cui avviene il confronto fra le diverse rappresentazioni culturali; quello sociale, all'interno del quale queste rappresentazioni vengono negoziate e quello individuale, in cui si attua la trasformazione personale del singolo⁵⁴. In questo quadro, l'esperienza corporea costituisce una sorta di chiave di comunicazione⁵⁵ e di scambio.

Sempre nell'ottica di approfondire il ruolo dei dispositivi simbolici nel processo terapeutico, desidero sottolineare come da questi esempi emerga un approccio alla guarigione, intesa come esperienza globale, che coinvolge l'essere umano nella sua totalità (e non si limita alla dimensione fisico-corporea). Ciò permette di mettere in discussione le categorie classiche di corporeità e di cultura. Seguendo questo percorso, Csordas perviene, infatti, al nuovo paradigma⁵⁶ dell'incorporazione (*embodiment*), che rappresenta il superamento della dicotomia cartesiana mente-corpo, fondamento epistemologico della biomedicina. Da questo punto di vista il corpo non è più un mero substrato biologico, ma costituisce la base esistenziale del sé e della cultura di riferimento, che include una molteplicità di variabili: religiose, linguistiche, storiche, cognitive, emozionali ed artistiche. Il postulato metodologico di questo paradigma dell'incorporazione si basa sul fatto che:

[...] the body is not an object to be studied in relation to culture, but is to be considered as the subject of culture, or in other words as the existential ground of culture.⁵⁷

In questi termini, Csordas fornisce gli strumenti antropologici per considerare il corpo, il sé, la cultura, in modo nuovo ed alternativo rispetto alla tradizione biomedica, superando le dicotomie corpo-mente, materia-spirito, soggetto-oggetto, cultura-natura.

Per elaborare questo nuovo paradigma, egli analizza in modo critico le filosofie del corpo formulate da due studiosi francesi: il filosofo Maurice Merleau-Ponty e il sociologo Pierre Bourdieu. Da una parte, Merleau-Ponty elabora il concetto di incorporazione partendo dal dominio della percezione e criticando l'approccio empirista basato sulla dicotomia

54 Csordas fa diretto riferimento al paradigma dei tre corpi di N. Scheper Huges e M. Lock (v. par. 1.3).

55 Csordas parla di "experiential transducer" o trasduttore esperienziale.

56 Per paradigma s'intende il quadro di riferimento concettuale che orienta sia la riflessione teorica sia la ricerca empirica delle varie discipline. V. la definizione di Thomas Kuhn in *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, 1962.

57 "Il corpo non è un oggetto da studiare in relazione alla cultura, ma è da considerarsi come un soggetto di cultura o, in altre parole, come il fondamento esistenziale della cultura". Tratto da *Embodiement as a Paradigm for Anthropology* in *Op. cit.*, p. 58.

soggetto-oggetto. In realtà, l'oggetto è il risultato finale della percezione, il prodotto che scaturisce da un pensiero riflessivo e da una sensazione che nasce dal corpo, considerato come “un assetto in relazione al mondo”. La fonte è, quindi, uno stato pre-oggettivo e un corpo che si relaziona con il mondo. Bourdieu si concentra, invece, sulla dialettica fra struttura e pratica (o *habitus*⁵⁸) o, in altri termini, fra interiorità ed exteriorità. *L'habitus* deriva dallo scambio continuo fra il corpo e il mondo esterno e, in quanto tale, è sia strutturato, nel senso che è il risultato di un'azione organizzatrice che proviene da forze esterne, in particolare il contesto sociale e il percorso storico dell'individuo, sia strutturante, cioè, a sua volta, produttore di nuove rappresentazioni e pratiche sociali.

Csordas propone così una sintesi fra il concetto di “pre-oggettivo” di Merleau-Ponty e quello di *habitus* di Bourdieu e, con il suo approccio fenomenologico, unisce insieme l'esperienza dell'essere nel mondo, derivata dalla percezione corporea e soggettiva e la rappresentazione oggettiva di tale esperienza, frutto di una dinamica di reificazione del corpo. In sintesi, il corpo è sia oggetto plasmato dalla cultura e dalle pratiche sociali, sia soggetto attivo che produce significati culturali⁵⁹. Esso è, quindi, il punto di partenza per un'analisi della cultura e del sé.

Partendo da quest'idea di esperienza incorporata è possibile far emergere le categorie che sono alla base dei processi storici, sociali, scientifici e soprattutto delle produzioni culturali relative al corpo. In questi termini, dunque, la visione biomedica del corpo come puro oggetto di studio scientifico, diventa criticabile, a partire dalla considerazione che lo studio del corpo è, sempre e comunque, uno studio che parte dall'esperienza, in carne ed ossa, di altri esseri umani: i medici. La conoscenza scientifica è, in fondo, una conoscenza corporea.

Ugualmente, la nozione stessa di malattia, intesa come un'anomalia, è il prodotto di una cultura biomedica, socialmente e storicamente costruita, che tende a leggere la realtà in

58 V. anche Marcel Mauss, *Le tecniche del corpo in Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino, pp. 383-409.

59 Vedi par. 1.3.

Cfr. I. Quaranta “La malattia come pratica culturale e le molteplici ontologie del corpo: il caso della CFS/ME nel Regno Unito” in A. Destro (a cura di), *Territori dell'antropologia. Memorie, Testi, Corpi*. pp. 7-39. “Sebbene sia fondamentale riconoscere la natura storico-sociale del corpo, è comunque riduttivo pensare ad esso come mero prodotto della storia e della società. Il corpo, infatti, non è solo oggetto del processo di plasmazione culturale, esso è anche soggetto attivo nel produrre significati culturali ed esperienze: i corpi non sono semplicemente costituiti da e attraverso pratiche (Mol, 2002) e discorsi sociali (Yound, 1995), essi sono anche il terreno vissuto di questi discorsi e pratiche (Csordas, 1990; Good, 1999). Se è vero che viviamo noi stessi attraverso immagini sociali, è altrettanto vero che ogni nostra esperienza è attualizzazione assai personale di queste immagini; ovvero la nostra esperienza non è solamente socialmente prodotta, ma a sua volta produce sapere, significati, cultura”. pp. 16-17.

termini dicotomici e oppositivi (vedi i binomi: salute/malattia, normale/anormale, sano/patologico) e, in quanto tale, limitati. Al contrario, un'indagine antropologica critica induce ad assumere un approccio più dialettico e flessibile, che scardina il rigido paradigma cartesiano e mette in evidenza quanto la malattia sia innanzitutto un fenomeno umano e, in quanto tale, sia espressione complessa e multiforme della vita.

La malattia può, infatti, contenere in sé un ordine rinnovato, può aiutare l'individuo a ritrovare un equilibrio perduto, una nuova e più profonda consapevolezza e, paradossalmente, a condurre uno stile di vita più sano di quello che caratterizza il cosiddetto stato di salute. In questi termini, essa diviene una condizione privilegiata di ascolto e di consapevolezza del proprio corpo e favorisce un processo creativo intimo, in cui si mettono in discussione valori, priorità e certezze e in cui il sapore della vita assume una valenza nuova e mai scontata.

Partendo da questa nozione di incorporazione e dal presupposto che il malessere è innanzitutto un sapere incorporato, vissuto e sperimentato dai soggetti stessi, l'approccio antropologico critico tende a dare maggiore importanza alle relazioni che intercorrono fra la sofferenza personalmente sperimentata e le dinamiche collettive, storiche, sociali e politiche. Il corpo diviene, così, luogo di espressione di conflitti fra poteri più ampi e interessi contrapposti.

La sfida intellettuale rispetto alle interpretazioni e alla cultura biomedica dominante, consiste, dunque, nel mettere in discussione un approccio alla malattia e alla guarigione, prevalentemente basato sui processi biologici e analizzarne, invece, gli aspetti cognitivi, simbolici e semantici, che caratterizzano qualsiasi esperienza umana. In questo senso, procederò approfondendo il concetto di “risposta al significato” e indagando l'interazione complessa che esiste fra biologia e significato della vita umana.

2.3 L'EFFICACIA SIMBOLICA DEI FARMACI E L'EFFETTO PLACEBO

Interrogarsi sul ruolo dell'efficacia simbolica in ambito biomedico, significa focalizzare l'attenzione sul contesto in cui ha luogo il processo terapeutico, nello specifico sul rapporto medico-paziente e sulle modalità di somministrazione e di assunzione dei farmaci. A questo proposito, mi sono posta alcune domande: l'efficacia di un farmaco si limita ai processi biochimici che esso innesca nel corpo umano o ingloba anche aspetti semantici, politici,

culturali e sociali? In che termini la biomedicina omette di considerare questi aspetti come centrali nel processo di cura o guarigione?

L'obiettivo specifico di questo paragrafo consiste nell'utilizzare i contributi antropologici sopraesposti per scardinare le certezze positivistiche della cultura occidentale e delineare una definizione di dispositivi di efficacia di più ampio respiro, che non ometta il ruolo che le variabili umane, culturali e sociali svolgono nel processo terapeutico alla pari delle dinamiche biochimiche, stimulate nel corpo dai principi attivi dei farmaci. A questo proposito, ritengo che i significati culturali e simbolici, se elaborati dal paziente in modo cosciente, possano costituire aspetti meno meccanici e più consapevoli rispetto alla mera terapia farmacologica ed essere una cura potente, una forma di accompagnamento, che può sicuramente giovare in una situazione di malattia. Ciò significa che il paziente ha la possibilità di scegliere attivamente e consapevolmente una "credenza", un pensiero o una visione della realtà che lo aiutano nel percorso terapeutico anziché debilitarlo: ciò costituisce una differenza sostanziale.

Per perseguire questo obiettivo, farò riferimento ad un particolare ambito dell'antropologia medica, cioè all'antropologia dei farmaci, che indaga, nello specifico, le modalità di creazione e di sperimentazione delle sostanze biochimiche in laboratorio e i rapporti economico-politici, che si instaurano fra le industrie farmaceutiche e il mercato. Oggigiorno, i farmaci rappresentano una merce, un oggetto di consumo, il cui fine principale non è (soltanto) il benessere della persona, quanto il profitto e gli interessi economici delle multinazionali. In quest'ottica, il farmaco è un prodotto industriale e, in quanto tale, è parte di un flusso economico-finanziario, soggetto a determinate strategie di mercato, che mirano a "vendere la malattia" attraverso il prodotto creato *ad hoc* per curarla⁶⁰. Al tempo stesso, esso rappresenta, per chi lo assume, un simbolo di speranza, una possibilità di guarigione o di cura. Ecco, quindi, che l'efficacia del farmaco non si limita agli effetti terapeutici che esso produce, a livello atomico e cellulare, nel corpo umano, ma si allarga all'intero corpo sociale, coinvolgendo dinamiche economiche e strategie di mercato.

Inoltre, l'antropologia del farmaco si occupa anche dell'efficacia dei medicinali in

60 Si veda anche I. Illich, *Op. cit.*; in particolare il paragrafo "L'invasione farmaceutica" da cui è tratto il seguente brano: "L'odierna forma di sovraconsumo di prodotti farmaceutici si può spiegare soltanto come il risultato di una credenza che si è finora sviluppata in ogni cultura dove il mercato dei beni di consumo abbia raggiunto un volume critico. Tale forma è coerente con l'ideologia di qualunque società orientata verso l'arricchimento senza confini. In una società del genere, la gente crede che nel campo della salute, come in tutti gli altri campi di attività, la tecnologia possa essere usata per mutare la condizione umana in funzione di qualunque disegno o quasi.", p. 83.

senso stretto, nonché del cosiddetto effetto placebo, vale a dire della guarigione causata da sostanze chimicamente inerti. Essa analizza i processi attraverso cui il paziente può manipolare il farmaco che assume, aderendo o meno alla prescrizione medica. Se la biomedicina tende ad ascrivere gli effetti del farmaco unicamente al potere ed alle scelte del medico, nonché alle sue caratteristiche intrinseche, l'approccio antropologico fa emergere quanto esso, in realtà, sia parte della quotidianità dei pazienti (soprattutto quelli cronici), costituisca una sorta di presenza vitale, costante e rappresenti, quindi, un luogo di proiezione di significati e di aspettative, che prescindono e vanno oltre la prescrizione medica. In questi termini, il farmaco costituisce un elemento simbolico centrale nel rapporto fra la persona, la malattia e la cura. Come afferma I. Illich, prendere un farmaco rappresenta l'ultima modalità, lasciata al paziente, di padroneggiare la terapia e la cura anziché affidarne completamente le redini alla categoria medica.

In quest'ottica, mi sembra importante fare riferimento alla tripartizione di D. E. Moerman⁶¹ circa le modalità attraverso cui gli esseri umani reagiscono al dolore. Egli distingue fra: risposte autonome, risposte specifiche e risposte al significato. Le risposte autonome (o omeostatiche) includono tutti i processi mediante cui l'organismo ripara autonomamente e “spontaneamente” ad un danno o ad una lesione (si pensi ad esempio, alla guarigione di una lieve ferita, che si cicatrizza da sola). Rientrano in questa categoria le malattie auto-limitanti, vale a dire quelle che guariscono da sole, come per es. raffreddori, cefalee e molte malattie dei bambini. Le risposte specifiche sono quelle, invece, con cui l'organismo reagisce ad un particolare trattamento medico (per esempio, l'assunzione di un'aspirina per abbassare la febbre). Infine, le risposte al significato, dipendono dall'interazione fra il soggetto ed alcune variabili del contesto di guarigione, in particolare dalla forma del farmaco e dal significato che il paziente vi attribuisce (per esempio, è dimostrato che il colore, le dimensioni o il nome commerciale di una pillola incidono sull'esito della terapia).

Moerman si avvale di una pluralità di studi clinici e di dati statistici per dimostrare questa “tridimensionalità” della guarigione e provare quanto il significato, ciò che le persone sanno, capiscono e “credono” relativamente alla medicina che assumono, possa migliorare l'effetto terapeutico. In questi termini, egli sostiene che è inappropriato e riduttivo parlare di effetto placebo. E' preferibile, invece, utilizzare la definizione di “risposta al significato”,

61 Moerman Daniel E., 2004, *Placebo. Medicina, biologia, significato*, Milano. Vita e Pensiero. (ed. or. 2002, *Meaning, Medicine, and the Placebo effect*, Cambridge, Cambridge University Press).

facendo leva sul fatto che l'atteggiamento individuale del paziente, le sue idee e le sue aspettative non sono aspetti neutri, ma incidono profondamente sul processo di guarigione.

Il miglioramento della salute di una persona può dipendere da vari fattori. Come detto sopra, una parte delle malattie guarisce autonomamente, in quanto gli esseri umani hanno sviluppato, nel corso della loro evoluzione, dei complessi dispositivi di guarigione “naturali”⁶² a cui hanno aggiunto tutta una serie di tecniche “culturali”, apprese con l'esperienza e con lo studio (per esempio la consuetudine di pulire le ferite, l'utilizzo di medicinali, soprattutto di origine vegetale, il riposo,..), che coadiuvano e rendono più rapida la guarigione⁶³. A questa tendenza biologica appartiene anche il fenomeno della cosiddetta “regressione alla media”, di solito riferita alle malattie croniche (che si curano, ma non guariscono), caratterizzate da periodi di miglioramento, che si alternano a peggioramenti, in un processo circolare ed altalenante. Nel lungo termine, si è constatato che lo scostamento rispetto ai parametri fisiologici medi (per esempio i valori della pressione arteriosa) tende a ridursi a causa della tendenza naturale dell'organismo a ristabilire l'omeostasi, vale a dire uno stato di equilibrio.

I fattori sopradescritti, cioè il carattere auto-limitante delle malattie e la regressione alla media, spiegano solo una parte delle guarigioni spontanee e sicuramente non esauriscono le dinamiche dell'effetto placebo che, spesso, non viene nemmeno riconosciuto dai medici e dalla biomedicina, in generale. Ciò non stupisce se si ricorda che le basi di fisica, che i medici sono tenuti a studiare negli anni della loro formazione universitaria, si limitano alla meccanica classica di tipo elementare del XVII secolo e alla legge della causa-effetto, mentre non sono aggiornati rispetto alle più recenti scoperte della fisica quantistica, basata su nozioni più sottili e complesse⁶⁴. Quindi, secondo il paradigma biomedico vigente, l'effetto placebo, costituisce di fatto un'anomalia, un dato inatteso e inspiegabile rispetto alle leggi e alle teorie comunemente accettate⁶⁵. Ugualmente, poco spazio è dedicato, nella formazione biomedica, alle scienze sociali, il cui studio sarebbe, invece, prezioso nel favorire l'empatia e il senso

62 Per approfondimenti si vedano a questo proposito gli studi dei genetisti Luigi e Luca Cavalli Sforza. In particolare, *Storia e geografia dei geni umani*, Adelphi, Milano, 1997.

63 Moerman sostiene che gli uomini sono “animali culturali”, “in cui biologia e cultura si sovrappongono in modi importanti e gravidi di conseguenze”, *Op. cit.* p. 18

64 Per farsi un'idea sulle ultime scoperte ed interpretazioni della fisica quantistica, rimando alla tesi di un mio amico, ingegnere-filosofo, Massimiliano Giberti, dal titolo *Determinismo e complessità. Dalla coscienza individuale alla coscienza collettiva: un'analisi storica*. Si veda, in particolare il cap. 3, pp. 24-31.

65 Alcuni tentativi per spiegare l'effetto placebo all'interno del paradigma cartesiano attuale si trovano in *Per una filosofia della guarigione. Scienza ed etica dell'effetto placebo*, di Hower Brody, Franco Angeli, Collana Scienze e Salute/Teorie Milano, 1998. Si vedano, in particolare, i paragrafi 3.3 e 3.4 che illustrano le tesi e i limiti di alcune teorie plausibili, fra cui il Behaviorismo, l'interazionismo e la teoria dell'identità e i paragrafi 5.1 e 5.2 relativi alla teoria della capacità, considerata un superamento del dualismo cartesiano.

critico e, soprattutto, approfondire le dinamiche alla base delle varie esperienze ed emozioni umane.

Da queste carenze formative emergono una serie di problematiche relative alla biomedicina, che saranno affrontate in modo più approfondito nel capitolo successivo. In questa sede, cercherò invece di approfondire il significato, spesso frainteso ed ambiguo in ambito biomedico, di placebo⁶⁶. Si tratta di un concetto molto complesso, che ha generato una pluralità di interpretazioni⁶⁷. A tal proposito, riporto la definizione di A.K. Shapiro, uno psichiatra, che si è dedicato in modo specifico allo studio di questo fenomeno:

Si definisce *placebo* ogni terapia (o componente di una terapia), che venga deliberatamente usata per il suo effetto psicologico o psicofisiologico aspecifico, oppure che venga usata a causa del suo presunto effetto su un paziente, un sintomo o una malattia, la quale tuttavia, nei casi in cui la sua presenza non sia nota al paziente o al terapeuta, non mostra alcuna efficacia specifica per la malattia in questione.

Un *placebo* usato come controllo in un esperimento si definisce come una sostanza o procedura che non ha alcuna efficacia specifica nei confronti della malattia studiata.

L'effetto *placebo* è definito come l'effetto psicologico o psicofisiologico aspecifico prodotto dai placebo.⁶⁸

Tale definizione è basata fondamentalmente sul rapporto causa-effetto e appare, da un certo punto di vista, paradossale. Sostenere, infatti, che il placebo è una “procedura che non mostra alcuna efficacia specifica per la malattia in questione”, ma al tempo stesso produce un cambiamento psicofisiologico è una contraddizione in termini: come può il placebo, che è inerte per definizione, essere la causa di cambiamenti? Se così fosse, allora non sarebbe più

66 Da un punto di vista etimologico, il termine *placebo* venne utilizzato, per la prima volta, in un contesto religioso, in quanto parola che ricorreva nel Salmo 116 dei vesperi serali, con l'accezione di “essere gradito a” o “piacere a”. (Si tratta del nono versetto: “Placebo Domino in regione vivorum”, cioè “Sarò gradito al Signore nella terra dei viventi”). E' interessante notare che si trattava, in realtà, di un significato scorretto, che ripeteva un errore di traduzione derivato dalla versione greca della Bibbia. Nel testo ebraico originale, infatti, il termine corrispondente a “placebo” era *eth-hal-lech*, che significa “camminerò” e non “sarò gradito”. Ciononostante, fu con questo significato, frutto di un fraintendimento, che il termine iniziò ad essere adottato anche in ambito medico per indicare qualcosa che veniva somministrato per dare sollievo o accontentare il paziente, ma che non aveva alcun effetto curativo. Nel XX secolo, in seguito alla rivoluzione biologica, la questione si complicò, in quanto la parola *placebo* assunse nuovi connotati, indicando non solo una sostanza inerte somministrata al paziente per compiacerlo, ma anche una sostanza che il medico aveva da sempre prescritto come attiva ed efficace, ma che studi successivi avevano dimostrato essere priva di effetti. Più tardi, il significato della parola si ampliò ulteriormente fino a comprendere non solo l'effetto di farmaci o di medicinali inerti, ma la personalità stessa del medico e la sua influenza psicologica sul paziente.

67 Per approfondimenti si veda la trattazione di Hower Brody in *Op. cit.*

68 A. K. Shapiro, “The placebo response” in J. G. Howelss (ed.), *Modern Perspectives in world psychiatry*, Oliver and Boyd, Edinburgh, 1968, p. 599.

inerte. Per queste motivazioni, Moerman suggerisce di parlare di “risposta al significato” intendendo così “l'insieme degli effetti psicologici e fisiologici del significato nell'ambito della terapia”⁶⁹ ed allargando il concetto anche a molti fenomeni non inclusi nel classico effetto placebo, per esempio la risposta semantica, che può accompagnare l'assunzione di sostanze chimiche attive e non soltanto inerti.

Moerman analizza, inoltre, i fattori che influenzano l'intervento terapeutico, oltre, naturalmente, al contenuto, cioè ai principi attivi che agiscono a livello organico. Fra questi occorre ricordare innanzitutto il rapporto umano che si instaura fra medico e paziente. Il medico, infatti, con le sue conoscenze, attitudini e il tipo di comunicazione che mette in atto, condiziona il decorso della malattia, favorendo (od ostacolando) il processo di guarigione del paziente.

A questo proposito, è interessante sottolineare un aspetto che differenzia i medici rispetto ai terapeuti non-occidentali. Questi ultimi diventano “guaritori”, di solito, per esperienza diretta, solo dopo aver sofferto, in prima persona, della malattia che curano e di cui sono esperti. Tale esperienza costituisce la dimostrazione concreta e tangibile della validità e dell'efficacia del loro metodo curativo. Diversamente, nel contesto biomedico, ciò non è affatto comune: i medici raramente hanno un'esperienza personale della malattia di cui si occupano. L'efficacia della terapia si fonda unicamente sulla fiducia nella scienza, sull'interpretazione oggettiva di dati quantitativi, su cui essi si basano per formulare diagnosi e valutazioni. Questo metodo puramente scientifico, questo ridurre la realtà in numeri e parametri quantificabili, pur essendo utile in alcuni contesti, non dovrebbe andare a discapito del rapporto umano medico-paziente e della capacità di entrare in empatia con l'altro da sé. Si tratta di una maturità professionale che si può raggiungere, se non per esperienza diretta (non è auspicabile), attraverso l'esperienza clinica e il contatto con i pazienti stessi.⁷⁰ Da questo punto di vista diventa fondamentale che i medici “credano”, in prima persona, nell'efficacia delle loro cure e trasmettano questa fiducia ai pazienti. Nella misura in cui questi ultimi si convincono della validità della terapia, è probabile che questa si dimostri effettivamente più efficace.

Un altro fattore che influenza l'intervento terapeutico è l'aspetto formale dei farmaci,

69 D. E. Moerman, *Op. cit.*, p. 31.

70 Per approfondimenti sul ruolo del medico e su un nuovo tipo di comunicazione simpatetica medico-paziente, si vedano: *Il Medico come medicina* di Boris Luban-Plozza, Lothar Knaak e Giampaolo Magni, Piccin Nuova Libreria, Padova, 1983; *I gruppi Balint. Un metodo formativo alla relazione*, di Boris Luban-Plozza, U. Pozzi, Piccin Nuova Libreria, Padova, 1986 e *La malattia come errore di comunicazione*, a cura di Carlo Alvisi, Alessandro Borromei, Giovanna Chierigatti, Editrice universitaria Lo Scarabeo, Bologna, 1997.

vale a dire il colore, la forma, le dimensioni e la quantità. A ciascuno di questi fattori è legata un'interpretazione semantica da parte del paziente, strettamente connessa alla cultura di appartenenza, che incide sensibilmente sull'effetto del medicinale. Si tratta di credenze associate, per esempio, al codice dei colori, siano questi colori caldi (come il rosso o l'arancione) dagli effetti più stimolanti o freddi (come il blu o il verde), dagli effetti calmanti o alla quantità (assumere due pastiglie, anche se placebo, è più efficace che prenderne soltanto una). Anche la forma e la via di somministrazione delle medicine producono un effetto diversificato: solitamente le iniezioni (il cosiddetto placebo parentale) sono ritenute più efficaci rispetto alle pillole (o placebo orale); le compresse di piccole dimensioni sono comunemente considerate più potenti di quelle di media grandezza. E ancora, è opinione diffusa che i farmaci prescritti e ottenibili solo tramite ricetta medica siano più efficaci di quelli venduti liberamente. Tutti questi esempi mirano a dimostrare che il comune denominatore dell'efficacia terapeutica è il significato. Ecco come ne parla Moerman:

E' [...] un aspetto della condizione umana in genere, in cui tutto quello che facciamo – volenti o nolenti, di proposito o involontariamente – è impregnato di significati che costituiscono la nostra vita.

Il significato della medicina, la risposta al significato (e, nell'accezione più ristretta, l'effetto placebo) sono in gran parte un fenomeno culturale legato al gioco complesso dei significati relativi alle nozioni dello stare male ed essere malati. Il moderno trionfo della biologia universalista tende a rendere ciechi di fronte all'incredibile varietà di modi in cui le persone hanno esperienza della loro fisiologia, in base a quello che fanno e quello che sono.⁷¹

Attribuire significato ad una cura o ad un farmaco, vuol dire anche essere coscienti di cosa si sta assumendo. Questo è un altro aspetto importante che influisce sull'esito terapeutico. Sapere cosa succede nel proprio corpo iniettando una sostanza chimica o ingerendo una pillola, fare esperienza della terapia sia fisicamente che verbalmente, condiziona il risultato. L'informazione è, quindi, un elemento centrale per conseguire l'efficacia terapeutica.

In quest'ottica, la risposta al significato è un complesso fenomeno umano e culturale, che assume sfumature molto diversificate, che vanno oltre ai fattori terapeutici sopradescritti. Nelle varie parti del mondo, infatti, le persone assorbono saperi ed informazioni diverse. Parlare una lingua anziché un'altra, crescere con abitudini, costumi, eredità storiche e in

71 D. E. Moerman, *Op. cit.*, pp. 113-114

contesti sociali differenti significa avere una diversa esperienza del mondo. Le culture di appartenenza plasmano, a livello profondo ed indiretto, la visione del mondo delle persone e influiscono sui loro comportamenti. Questa pluralità di prospettive è una ricchezza, che si riflette inevitabilmente nei diversi significati attribuiti alla cura. Da ciò si evince che l'efficacia terapeutica è un fenomeno di plasmazione culturale.

Da questa prospettiva, emerge quanto biologia, natura e cultura siano interconnesse ed inseparabili. Parlare di malattia in termini puramente biologici, significa averne una visione estremamente parziale, basata sull'idea di processi fisiologici universali⁷². Al contrario, gli studi antropologici dimostrano l'esistenza di sindromi su base culturale e mettono in evidenza quanto la cultura, l'interpretazione semantica e i giudizi di ciò che è considerato normale o patologico, incidano sulla realtà corporea e sulla fisiologia umana. In aree geografiche differenti, le persone percepiscono e vivono diversamente lo stesso fenomeno biologico, perché vi attribuiscono significati diversi, così che ciò che in una cultura è considerato malattia, in un'altra è a mala pena notato. Ugualmente, alcuni comportamenti da sempre esistenti e considerati normali, si trasformano in patologici, in base alle mutate condizioni culturali. Da queste riflessioni si deduce che la malattia è una categoria culturale e non solo biologica: interpretare la realtà attraverso la lente specifica di una cultura produce una differenza sostanziale nel modo di reagire alla terapia e ai farmaci e, in generale, di vivere la malattia. Ciò significa che le credenze, maturate in luoghi differenti del mondo, producono effetti diversificati sulla biologia umana:

Nella misura in cui una cultura (tedesca, navajo o zulù) è una matassa di significati, interpretazioni, credenze e sapere, in qualche modo uniti da metafore, istituzioni e ricordi; e nella misura in cui questi elementi possono influenzare le singole esistenze, sembra ragionevole prevedere che gli elementi in questione funzioneranno diversamente in parti diverse del mondo e anche in parti apparentemente così simili come Germania e Olanda, o Gran Bretagna e Stati Uniti. Lo stesso elemento (una compressa di cimetidina, o un placebo che simula una compressa di cimetidina) significherà cose diverse in luoghi anch'essi diversi.

⁷² Si vedano, per esempio, gli studi di M. Lock sulla menopausa, un processo sintomatico, considerato generalmente universale e dagli effetti ubiquitari. In realtà, presso alcune culture, la fine delle mestruazioni non è un'immagine particolarmente potente e non esiste alcun vocabolo per indicare questa fase della vita femminile. In Giappone, ad esempio, la menopausa, intesa come malattia, non esiste e difficilmente si presentano sintomi somatici in concomitanza di questo fenomeno biologico, molto diffusi, invece, fra le donne occidentali. Lo stesso vale per la diagnosi di ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder o disturbo da deficit attentivo ed iperattività) oggi molto diffusa fra i bambini degli Stati Uniti, ma sconosciuta fino a poco tempo fa. Ciò dimostra come alcune variazioni della fisiologia umana si trasformino in sintomi e, quindi, in malattie al variare del contesto culturale.

E altrettanto diversi sono gli effetti che ci dobbiamo aspettare.⁷³

Come detto sopra, la risposta al significato non si limita alla somministrazione o all'assunzione di farmaci, ma svolge un ruolo fondamentale anche in altri campi, per esempio quello della psicoterapia, accusata da alcuni di essere puro effetto placebo, quindi, essenzialmente inerte. In realtà, anche in questo caso, sarebbe opportuno evitare di parlare di effetto placebo, visti i fraintendimenti che questo comporta e prediligere la definizione di risposta al significato. E', dunque, più ragionevole dire, come sostiene Moerman, che la psicoterapia evoca reazioni semantiche. Essa è un campo estremamente variegato, che funziona sulla base di alcuni elementi comuni e ricorrenti, vale a dire la presenza di un ascoltatore empatico e disponibile, uno spazio terapeutico definito e una relazione di fiducia o un rapporto umano positivo, che si instaura fra paziente e terapeuta. Si tratta di comuni denominatori, che caratterizzano la guarigione psicologica e ricorrono, non soltanto nella psicoterapia occidentale, ma in varie culture e in situazioni molto lontane fra loro, assumendo "forme" diverse. Si tratta degli stessi processi rintracciabili nel rituale sciamanico cuna descritto da Lévi-Strauss, in cui i simboli sono strumenti efficaci nell'indurre cambiamenti a livello organico. In sintesi, la funzione simbolica, sia essa di un mito o di un farmaco, è strettamente collegata alla risposta al significato.

Inoltre, il significato è strettamente legato all'espressione di sé, al modo in cui il racconto di un episodio complesso o doloroso della propria vita, trasforma l'accaduto in qualcosa di pensabile, comprensibile e coerente, lo inserisce in una relazione significativa rispetto ad altri eventi, all'interno di una cornice dotata di senso. Queste riflessioni rimandano nuovamente alle reti semantiche di B. J. Good e ad una visione terapeutica che promuove la partecipazione attiva del paziente, la sua responsabilità nello scoprire e percepire il senso di ciò che accade e nel trovare risposte adeguate per far fronte all'esperienza di malattia. Quest'ultima, infatti, pur essendo una condizione universale, assume per ogni persona, un significato unico e peculiare, anche se profondamente influenzato dal contesto culturale di appartenenza, che rimane comunque la principale fonte semantica a cui attingere. Ecco perché sofferenze biologicamente uguali assumono connotati molto diversi da una cultura all'altra e ciò condiziona, indirettamente, l'esperienza individuale del dolore:

Qual è la fonte dell'esperienza, della conoscenza e delle informazioni che mediano queste

73 D. E. Moerman, *Op. cit.* p. 137

risposte al dolore? Naturalmente, ogni uomo cresce seguendo un suo percorso, in cui un evento ne precede un altro, una data esperienza triste ne precede una lieta. Tuttavia, per un antropologo, è ovvio che nessuna esperienza è semplicemente individuale. In luoghi e in tempi diversi, le persone si evolvono in culture diverse, che comportano attese drammaticamente differenti nei confronti della vita, costumi e valori altrettanto distanti, e visioni del mondo che possono avere ben poco in comune. La cultura è un argomento complesso e molto discusso, che ha generato enormi controversie tra gli studiosi. Uno degli aspetti più incredibili della cultura è come riesca a rendersi invisibile per gran parte del tempo, almeno finché non entriamo in contatto con una cultura diversa. [...]

Qui il principale problema analitico è che mentre da un lato simili questioni culturali sono l'aspetto più importante della nostra vita, dall'altro tra un'esistenza umana e un'altra esistono immense aree di sovrapposizione e comunanza, dovunque si vada. Consuetudini come il matrimonio, l'eredità, la religione e così via sono universali. Naturalmente i particolari possono variare, a volte in modo drammatico. Ma sono sempre presenti [...].⁷⁴

La percezione del dolore è, quindi, influenzata dalla risposta al significato. Questa constatazione concorda con le ultime scoperte scientifiche relative ai processi neurologici che si innescano nel cervello in seguito ad un'esperienza dolorosa o traumatica e alle modalità di trasmissione del dolore nel sistema nervoso centrale⁷⁵. Il pensiero, il significato, la consapevolezza che l'individuo ha della terapia non sono aspetti innocui, ma creano delle variazioni fisico-chimiche oggettive all'interno del corpo umano, dei collegamenti neurali particolari, i cui meccanismi necessitano di ulteriori indagini da parte degli scienziati. Approfondire quest'aspetto significa aumentare la consapevolezza che i processi biologici reali sono certamente facilitati o inibiti da sostanze chimiche e da principi attivi, ma sono ugualmente stimolati dalle conoscenze, dalle attitudini, dai significati elaborati dai singoli pazienti. Nuovamente, emerge che ciò che pensa il paziente, come vive la malattia e la cura, non sono fattori secondari nel processo terapeutico.

Un altro interessante aspetto compreso nel concetto di risposta al significato riguarda la cosiddetta *compliance* o aderenza alla prescrizione di cui Kleinman e gli esponenti della

74 D. E. Moerman, *Op. cit.* pp. 177-178

75 Si veda, ad esempio, la teoria del "controllo a cancello" di Ronald Melzack e Patrick Wall, secondo cui i segnali dolorosi si trasmettono al cervello, attraverso alcune sottili fibre nervose del midollo spinale, mentre le fibre di più grandi dimensioni sono responsabili di altre informazioni sensoriali. Così, se cadiamo e ci facciamo male, le fibre nervose più sottili si attivano, aprono i cancelli neurali e permettono ai messaggi di raggiungere il cervello. Come conseguenza di ciò, noi avvertiamo dolore. Al tempo stesso, le fibre di maggiori dimensioni possono bloccare questa trasmissione, chiudendo il cancello, per esempio se mettiamo del ghiaccio sulla parte dolente. L'aspetto interessante è che questi cancelli neurali possono essere controllati anche partendo dal lato opposto del sistema, per cui se mi faccio male mentre sto guardando un'appassionante partita di calcio, che mi coinvolge emotivamente, non mi accorgerò del dolore se non a fine partita, quando questi cancelli si riapriranno.

scuola di Harvard si sono occupati in modo specifico⁷⁶. Nell'ottica corrente, le medicine vanno assunte secondo prescrizione. Da questo punto di vista, è interessante notare come il miglioramento della cura sia attribuito all'esercizio competente e al rigido controllo dell'autorità medica. In questi termini, parlare di adesione o di osservanza alla terapia prescritta, rimanda quasi alla pratica devozionale religiosa e contiene implicitamente un giudizio di valore sul comportamento del paziente. Ma, il dato enigmatico che emerge da una serie di studi clinici condotti in quest'ambito, è che i pazienti più scrupolosi, che si attengono strettamente alla cura, ottengono benefici indipendentemente dal fatto che il farmaco prescritto sia attivo o sia un semplice placebo. Lo stesso vale per il fenomeno della cosiddetta "salute percepita", cioè la convinzione soggettiva che la singola persona matura del proprio stato di salute, a prescindere dalla situazione reale ed obiettiva in cui si trova. La valutazione positiva o negativa della propria salute sembra essere una sorta di profezia che si autoavvera e permette, in genere, una previsione sulla longevità o mortalità futura, molto più accurata di un'analisi basata su meri dati quantitativi (eccetto l'età).

Queste riflessioni ci hanno permesso di mettere in luce la complessità della risposta al significato come processo molto più vasto rispetto all'effetto placebo. Quest'ultimo è stato oggetto d'indagine ed interrogativi etici: generalmente le sostanze inerti venivano e vengono tuttora somministrate dai medici per aiutare i pazienti, nei casi in cui non esistono alternative terapeutiche efficaci⁷⁷, sapendo che la convinzione di assumere un rimedio valido (anche se in realtà è inerte) genera comunque un effetto positivo. Questa è la dimostrazione che le persone rispondono al significato e non soltanto alle sostanze chimiche ingerite o iniettate nei loro corpi. Tale considerazione permette di allargare il campo d'indagine e giustifica le descrizioni di alcune guarigioni sciamaniche, ritenute dagli occidentali una sorta di frode, in quanto basate su trucchi ed inganni (descritti dagli antropologi stessi⁷⁸), che producono, nonostante tutto, la guarigione desiderata.

Senza volere sminuire l'approccio e il metodo scientifico attualmente dominante, mi chiedo, però, perché l'analisi semantica ed antropologica dei casi sopracitati venga così spesso trascurata in ambito biomedico. Quali interessi o poteri può intaccare un'indagine di questo tipo? Perché è così scomoda? Con modalità che sono diverse, tanto quante sono le culture esistenti, il significato influisce sulla vita e, attraverso di esso, la vita acquista, a sua volta,

76 V. par. 1.1.

77 V. la Dichiarazione di Helsinki, formulata dalla World Medical Association.

78 V. il caso dello sciamano indiano Kwakiutl, dell'isola di Vancouver, descritto sia da F. Boas che da C. Lévi-Strauss.

significato. Dare significato è un processo vitale e universale, che instaura relazioni e corrispondenze, è un aspetto che contraddistingue la condizione umana. Gli uomini sono, infatti, sia creature biologiche che culturali. Considerare la malattia e la guarigione, o qualsiasi altro processo umano, come puri fattori biologici significa averne una visione distorta, che omette una parte fondamentale e costitutiva della specie umana. Occorre, dunque, chiedersi: se i rapporti umani, sociali e politici influiscono sulla realtà organica, perché non cercare di capire meglio le interconnessioni esistenti fra i processi biologici e quelli semantici?

Ecco allora che la spiegazione di Moerman ci viene in aiuto e offre una risposta realistica e significativa:

Suggerirei che la cultura occidentale contemporanea ha una concezione fortemente meccanicistica sul funzionamento del mondo. La nostra percezione dell'universo è di natura decisamente newtoniana: l'energia è conservata, un solo oggetto può trovarsi in un certo punto in un certo istante, i corpi senza sostegno cadono e le palle del biliardo rimbalzano come la geometria dice che devono rimbalzare. Gli esseri umani sono corpi con una mente all'interno. E la mente è nella testa (non in una gamba o nel torace), ed è un po' come un computer. Prima che i computer fossero un oggetto diffuso, la mente assomigliava di più ad una macchina a vapore, o, meglio ancora, a un complicato orologio con innumerevoli ingranaggi – insomma, al meglio della tecnologia del suo tempo. Un punto di vista molto meccanicistico, e tale è da secoli.⁷⁹

Se, inevitabilmente, la concezione occidentale dell'essere umano risente del dualismo cartesiano e dell'identificazione nel progresso tecnologico, diviene sempre più urgente un superamento o un aggiornamento di paradigma. Una prospettiva interessante, a questo proposito, proviene dalla cosiddetta teoria della capacità, secondo cui la persona è concepita come un'entità biologica e culturale insieme, per cui il soggetto non è più, semplicemente, una mente unita ad un corpo, ma è innanzitutto una persona:

Essere una persona comporta avere tutte le capacità dell'organismo biologico e in più la capacità speciale di essere un manipolatore di simboli e di vivere necessariamente in una cultura. Se vivere in una cultura è un modo speciale di essere un animale, non dovrebbe stupire che questa caratteristica influenzi altre capacità animali, inclusa quella di subire cambiamenti

79 D. E. Moerman, *Op. cit.* p. 217.

nello stato e nel funzionamento fisico. Il cambiamento dei sintomi causato dall'effetto placebo è quindi l'espressione corporea della partecipazione della persona al contesto di cura inteso come un fenomeno simbolico culturalmente determinato.⁸⁰

Tale approccio considera l'essere umano come un'unità, un organismo biologico che è, al tempo stesso, un partecipante ad una cultura e, in quanto tale, soggetto ad una duplice spinta evolutiva: biologica e culturale insieme⁸¹. In questa cornice teorica, è possibile pensare che le caratteristiche culturali modellino e plasmino le condizioni fisiche e viceversa. Ecco allora che l'effetto placebo diviene un dato atteso e non più anomalo. Astrarre da questa visione globale della persona le sole caratteristiche fisico-chimiche, senza considerarne gli aspetti culturali ad esse collegati, significa offrirne una lettura miope, adatta non a curare gli uomini, ma le macchine. Per evitare questo rischio è, dunque, necessario chiedersi cosa significhi favorire un nuovo paradigma in biomedicina e quali aspetti della cultura occidentale dovrebbero essere rivisitati e considerati con spirito critico, al fine di creare le condizioni non solo per migliorare l'efficacia terapeutica, ma per permettere l'avvento di una medicina più umana, nel senso pieno del termine.

80 H. Brody, *Op. cit.*, p. 86.

81 Si veda anche il testo di U. Galimberti, *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 1983, da cui è tratto il seguente brano: "Finché la medicina, la psichiatria e la psicoanalisi, non guadagneranno l'*ambivalenza* del corpo, superando la disgiunzione cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa*, tra mente e corpo, tra soma e psiche, non solo si troveranno a trattare il corpo come un qualsiasi oggetto di natura, con un atteggiamento che, lungi dall'essere "naturale" come queste discipline pretendono, è "naturalistico", ma di fronte alla malattia, al suo insorgere, al suo aggravarsi o alleviarsi, si troveranno nelle condizioni di considerare "spiegare" qualcosa, come dice Jaspers, senza nulla "comprendere", a meno di non considerare "compreso" un fenomeno per il fatto che gli si è assegnato il nome magico di "conversione" o di "somatizzazione", intorno a cui si sollevano le polemiche degli organicisti, e degli psicologi, occupati entrambi a far collimare le due parti di un'unità che non la natura, ma le esigenze metodologiche della scienza hanno impropriamente tenute divise e separate", pp. 14-15.

3. VERSO UN NUOVO PARADIGMA IN BIOMEDICINA

3.1 ALCUNI ASPETTI DEL NUOVO UMANESIMO MEDICO

Come evidenziato nel capitolo precedente, “dare significato” rappresenta un processo umano universale, vitale e creativo e, nell'esperienza di malattia, acquisisce la valenza specifica di restituire al paziente la possibilità di sentirsi partecipe e co-artefice del processo terapeutico, riappropriandosi, così, del diritto di prendersi cura di sé in modo responsabile. In particolare, secondo la teoria della capacità della persona, un aspetto che distingue gli esseri umani dagli animali, consiste nell'utilizzo dei simboli e nelle modalità attraverso cui essi acquistano significato. Attraverso le sue credenze e convinzioni, il paziente, diviene così un manipolatore di simboli, che influenza la realtà biologica ed organica. In sintesi: i significati possono favorire i processi biologici ed aumentare il potere terapeutico dei farmaci. In questi termini, l'abilità dimostrata dal medico o l'efficacia di un farmaco, oltre ad avere un valore intrinseco, si trasformano in simboli di fiducia, di sostegno e conoscenza, che agevolano la cura o la guarigione.

I vari esempi precedentemente riportati ci hanno fornito, inoltre, una pluralità di interpretazioni e punti di vista sulla malattia e sul processo terapeutico. La malattia esige, di per sé, una rielaborazione, una re-invenzione culturale e, al tempo stesso, richiede al paziente di riallacciare un nuovo tipo di rapporto con il sociale. Essa rappresenta, infatti, come afferma M. Augé⁸², una “forma elementare dell'evento”, intendendo, con questo termine, tutti quegli accadimenti biologici elementari, come anche la nascita e la morte, la cui interpretazione è primariamente sociale.

Al tempo stesso, abbiamo visto come il considerare il paziente una persona, quindi, un soggetto di diritti ed interessi, favorisca il senso di controllo e di padronanza della malattia e attribuisca al malato, la capacità di comportamenti autonomi e responsabili, oltre alla facoltà di porsi scopi ed obiettivi. Ciò è particolarmente vero nei casi di malattia cronica, in cui il paziente è obbligato ad integrare il trattamento terapeutico e la cura costante nella cornice quotidiana della sua vita. In questi casi, la relazione medico-paziente si trasforma in un rapporto di negoziazione e di cooperazione, nel senso che diventa necessario, da parte del

82 Augé Marc, Herzlich Claudine, *Il senso del male*, Il Saggiatore, Milano, 1986.

medico, trasmettere e condividere una certa quantità di informazioni scientifiche al paziente, in modo tale che quest'ultimo possa autogestirsi nel miglior modo possibile. In questi casi, infatti, una parte del trattamento terapeutico viene delegato al malato, il quale acquisisce un sapere specifico, basato sull'osservazione quotidiana dei sintomi, sull'ascolto del proprio corpo e sull'auto-percezione, che gli permettono di divenire, da un certo punto di vista, il medico di se stesso. Egli, infatti, ne fa esperienza diretta e incarnata. Questo tipo di paziente, impegnato in una sorta di *self-care illness*, cioè di autocura o autoterapia, non è più passivo, ma si prende cura di sé in modo autonomo. In questo senso, si fa carico del proprio stato di salute, nei limiti delle sue possibilità e con gli strumenti che la biomedicina mette a disposizione. Un approccio di questo tipo, ci permette di “smontare” la visione mitica del medico onnipotente, che interviene dall'alto delle sue competenze e trasmette, invece, il messaggio “più democratico” che i sintomi sono riconoscibili e controllabili da parte del paziente stesso, anche se, inevitabilmente, sono spesso necessarie molte prove ed insuccessi e una certa dose di umiltà per imparare dagli errori, prima di riuscire a raggiungere uno pseudo-equilibrio. Ugualmente, ci permette di riconoscere, il valore di una rappresentazione “profana”, che di diritto può e deve dialogare col modello biomedico.

Un esempio di questo tipo ci stimola a riflettere sul concetto di cura e ad evidenziare la differenza, da un punto di vista antropologico, fra cura e terapia. Mentre quest'ultima si riferisce, in modo specifico, al trattamento di una malattia, la cura è un concetto più ampio, che non riguarda unicamente l'aspetto medico, ma include l'esperienza complessa dei rapporti umani e dello scambio sociale. Il “prendersi cura” indica un'attitudine particolare, che unisce attenzione, ascolto e dialogo. In ambito medico, denota le pratiche di aiuto, sostegno, assistenza o compagnia destinate a persone malate o sofferenti. Per questo motivo, la cura non si limita all'efficacia e va oltre il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico, che diviene secondario. Essa funziona nei termini di un “processo di relazioni umane” e non coincide con la guarigione. Ciò che contraddistingue la cura è, infatti, l'umanità⁸³, intesa non come dato naturale, ma come prodotto culturale, che rimanda al senso di appartenenza alla specie umana. La cura è, dunque, una forma di attenzione e di amore. Per questo, da un punto di vista antropologico, non esistono malattie 'incurabili', in quanto qualsiasi forma di relazione che si esplicita in un gesto, uno sguardo o una parola, rivolta ad una persona, esercita un'efficacia di cura su di essa.

83 E' interessante, a questo proposito, fare riferimento al mito della cura essenziale, di origine latina, ma con base greca, che si trova in *Essere e Tempo* di Heidegger, F.lli Rocca Ed., Milano e Roma, 1953, p. 211. Qui, alla figura mitica di Cura, viene affidato il compito di creare l'essere umano e di prendersene, appunto, cura.

Il prendersi cura implica anche il concetto di empatia, cioè la capacità “camaleontica”, antropologicamente ben esemplificata da Malinowski e dalla sua osservazione partecipante, di mettersi nei panni dell'altro e di penetrarne le emozioni. In un rapporto di questo tipo il rischio è, però, quello di riflettere i propri bisogni e le proprie aspettative nell'altro, senza realmente coglierne il punto di vista, “colonizzando”, così, involontariamente l'intimo altrui.

Si potrebbe, a questo proposito, fare un parallelo fra il rapporto medico-paziente e quello fra antropologo-nativo. Si tratta, in entrambi i casi, dell'incontro fra differenti culture o, come le definisce A. Kleinman, modelli esplicativi, che utilizzano diversi linguaggi. Il paziente può essere assimilato al nativo nell'incontro etnografico: esso è parte attiva di questo processo dialogico, non semplice “oggetto” da studiare, ma soggetto partecipante, portatore di credenze, vissuti, esperienze uniche e peculiari e, in quanto tale, corresponsabile del proprio percorso di cura o guarigione. Da questa prospettiva l'efficacia terapeutica e la guarigione sono processi complessi, che non possono prescindere dall'atteggiamento e dalla partecipazione del paziente.

Quindi, così come in campo prettamente antropologico, la natura delle relazioni fra chi scrive (l'etnografo) e chi viene intervistato o descritto (il nativo), è profondamente cambiata negli ultimi decenni, ed è sempre più orientata verso una visione polifonica e dialogica, che riconosce l'altro come coautore della rappresentazione etnografica, allo stesso modo sarebbe auspicabile applicare questo nuovo approccio inclusivo ed olistico al rapporto medico-paziente, al fine di operare lo stesso processo di “decolonizzazione”.

Da queste riflessioni emerge, dunque, la preziosità e l'importante contributo che un approccio antropologico può offrire al contesto di cura e al processo terapeutico, innanzitutto nell'ottica di bilanciare e valorizzare il sapere “profano”, frutto dell'esperienza di malattia incarnata del paziente e, al tempo stesso, sottolineare l'umanità del medico, il suo essere uomo o donna, prima ancora che scienziato. In questi termini, parlare di guarigione non significa soltanto considerare il paziente nella sua globalità di essere umano, andando oltre il puro aspetto biologico od organico, ma implica anche una rilettura antropologica e polifonica del rapporto medico-paziente.

Ma cosa significa “umanizzare” il rapporto medico-paziente? Oggi si parla sovente di “umanesimo medico” o di nuovo paradigma in biomedicina, ma nonostante le scienze umane, in generale, e l'antropologia medica, in particolare, abbiano messo in discussione gli assunti di questa disciplina, ciò non ha ancora determinato un effettivo processo di cambiamento in quest'ambito. Perché? L'umanizzazione della medicina non si limita all'empatia, che si

instaura fra il medico e il paziente, ma riguarda anche la riproduzione sociale della conoscenza e della prassi medica. Se l'approccio umanizzante applicato alla biomedicina contemporanea mira soprattutto a migliorare la relazione medico-paziente, in realtà, non ne mette sufficientemente in discussione i paradigmi di fondo, relativi sia al processo di cura, sia alle istituzioni sanitarie, oggi sempre più interessate a seguire logiche di mercato e processi di aziendalizzazione. A tal fine, occorre considerare la biomedicina non tanto come un ambito teorico e scientifico, basato su dogmi oggettivi, eterni ed immutabili, restii a qualsiasi tipo di cambiamento, ma uno spazio sociale e flessibile, in cui si inseriscono dinamiche umane complesse ed eterogenee, che possono dar vita ad alleanze o metodologie innovative e creative.

Ugualmente, si rende necessario, ridefinire e chiarire il significato strategico del termine “umano”, sia dal punto di vista del paziente che del medico. Se da un lato, il concetto di umanità richiede il superamento della dicotomia cartesiana mente/corpo, nel riconoscimento dell'unità dell'essere persona, dall'altro, il medico “umano” non è tanto, o solo colui che, empaticamente, è in grado di dialogare e condividere le proprie conoscenze con il paziente. Un approccio dialogico, pur essendo importante, non è sufficiente ad innescare un reale processo di trasformazione in biomedicina. A tal fine, occorre, invece, mettere in discussione l'identità stessa della disciplina biomedica, in particolare, il riduzionismo biologico, che rischia di “svuotare” ed appiattare il valore e la pienezza che contraddistinguono ogni incontro umano e, quindi, anche quello medico-paziente. Infatti, l'importanza di essere umani non si riduce all'aspetto biologico. La natura umana è essenzialmente un processo, espressione di un'evoluzione costante e vitale, che prende forma anche nella dimensione biologica, nonché in quella sociale e culturale, ma che non si riduce ad esse. E' questo tipo di umanità, questa visione antropologica, che è profondamente carente nella medicina occidentale e che è causa di tutta una serie di limiti e mancanze, che si riversano inevitabilmente nei contesti di cura. Da quando la malattia ha iniziato ad essere considerata una mera disfunzione organica, l'ammalato non è più persona. La sua identità si riduce ad un corpo frammentato in una pluralità di parti, che i medici-scienziati misurano, comparano, soppesano e rinominano in una lingua “pseudosciamanica”, comprensibile ai soli “iniziati”. La possibilità di un dialogo reale o di uno scambio viene, dunque, annullata. Ciò è sintomo di quella che I. Illich definisce la iatrogenesi (clinica, sociale e culturale), cioè una sorta di “colonizzazione” operata dalla medicina, la quale, nell'ottica di favorire la salute si trasforma, in realtà, in un virus patogeno, che “espropria” le persone del potere di gestire

autonomamente la propria sofferenza e di prendersi cura della propria guarigione. Nel paragrafo successivo indagheremo, quindi, gli effetti collaterali di questa diffusa “medicalizzazione della vita”.

3.2 LA MEDICALIZZAZIONE DELLA VITA: DA UNA SOCIETA' ANESTETIZZATA AD UNA SOCIETA' CONSAPEVOLE

Nella società occidentale il monopolio e il potere medico hanno innescato, negli ultimi decenni, un generale processo di medicalizzazione della vita, che Illich definisce con il termine di iatrogenesi⁸⁴, indicando, in questo modo, una tendenza generalizzata ad affidare la tutela della salute alla “casta” dei medici e privando il singolo individuo del potere di guarire se stesso e di modellare autonomamente il proprio ambiente. Poiché nella società industriale questa “colonizzazione” medica ha superato i limiti di tollerabilità, Illich la definisce un'epidemia iatrogena, con effetti profondamente negativi, primo fra tutti quello di espropriare il singolo del diritto di libertà nei confronti del proprio corpo. L'aspetto interessante, che viene messo in luce da questo antropologo e che lo differenzia sostanzialmente dalle soluzioni sopraesposte, è che la “guarigione” da questa malattia iatrogena è un compito politico più che professionale o medico. Se nel paragrafo precedente, abbiamo evidenziato come l'avvento di una medicina “più umana” sia conseguenza della messa in discussione dei paradigmi di fondo di questa disciplina, quindi, di un lavoro di autocritica operato dai medici stessi e dai professionisti sanitari, diversamente Illich sottolinea come questo cambiamento possa derivare solo ed esclusivamente da un'azione politica messa in atto dai “profani” e rivolta alla riappropriazione della libertà di occuparsi del proprio stato di salute o di malattia. Si tratta, dunque, di un rovesciamento di tendenza.. Se finora, la società ha trasferito ai medici il diritto esclusivo di definire i confini fra malattia e salute, fra chi è malato, chi lo può diventare e quali trattamenti terapeutici prescrivere, ciò ha creato le condizioni per una società che fa un cattivo uso politico e sanitario delle conquiste scientifico-tecnologiche, al fine di favorire la crescita industriale più che quella personale e umana. Ciò ha privato gli individui della consapevolezza che ciascuno può fronte alla vita e alle sue difficoltà in modo autonomo e responsabile, e ha favorito, invece, la dipendenza dalle istituzioni sanitarie. Oltre un certo livello critico, questa dipendenza genera una sorta di malattia sociale e si trasforma in

84 Termine derivato dal greco “iatros” che significa “medico” e “genesis” che significa “origine”.

negazione sistematica della salute, di cui Illich dà la seguente definizione:

“Salute”, [...], è semplicemente una parola del linguaggio quotidiano la quale designa l'intensità con cui gli individui riescono a tener testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali. Nell'*homo sapiens*, “sano” è un aggettivo che qualifica azioni etiche e politiche. Almeno in parte, la salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specialmente nei più deboli, la fiducia in se stessi, l'autonomia, la dignità. Di conseguenza, la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile. Il livello della salute non può che calare quando la sopravvivenza viene a dipendere oltre una certa misura dalla regolazione eteronoma (cioè diretta da altri) dell'omeostasi dell'organismo. Oltre una certa intensità critica, la tutela istituzionale della salute – qualunque forma assuma, preventiva, curativa o ambientale – equivale a una negazione sistematica della salute.⁸⁵

Questa definizione, mi stimola a riflettere su di un concetto di salute, da intendersi non tanto, da un punto di vista meramente biologico come assenza di malattia, quanto, da una prospettiva antropologica, come la capacità e la forza, propriamente umana di affrontare, sia la malattia che la salute, in quanto aspetti del processo vitale. Pertanto, la salute non coincide con uno stato di perfezione fisica o di benessere totale, come sostiene l'ideologia dominante. Essa indica, invece, un atteggiamento esistenziale, collaborativo e maturo, che l'individuo può mettere in atto nei confronti delle diverse situazioni della vita, qualunque esse siano. Essere sani significa, dunque, trasformare e dare un senso a qualsiasi esperienza vissuta, significa rielaborare i tabù della malattia, della vecchiaia e della morte, ritenuti dalla cultura occidentale aspetti da evitare ed accettarli, invece, come connaturati alla dimensione umana. In una società come la nostra, fondamentalmente deresponsabilizzata, in cui si preferisce delegare la cura anziché farsene carico, si fugge il dolore, inseguendo il mito di una vita perfetta e senza problemi che, di fatto, non rispecchia la condizione propriamente umana. In quest'ottica, si rende necessario un lavoro di cambiamento culturale, affinché ciascun individuo si possa riappropriare della propria umanità autentica e riscopra in sé la fiducia di potersi occupare responsabilmente del proprio stato di salute o di malattia, senza dipendere troppo da forme di potere esterno, siano esse medico-sanitarie o religiose.

In particolare, gli effetti negativi di questo monopolio medico si esplicitano, secondo

85 I. Illich, *Op. cit.*, p. 13.

Illich, attraverso diverse forme “patogene” di iatrogenesi, che agiscono a diversi livelli: clinico, sociale e culturale e sono conseguenza della cosiddetta “nemesi medica”⁸⁶, definizione che, alludendo al mito greco, sottolinea l'ambizione di equipararsi agli dei nella gestione della vita e della morte. Oggi, la nemesi può, dunque, indicare un aspetto specifico della biomedicina, ma , in generale, è divenuta un problema strutturale ed endemico, che interessa l'intera società e si riferisce al mito sovrumano di una crescita ed una produzione industriale illimitate. Da questo punto di vista, si rende sempre più urgente, un intervento politico, che parta dalla volontà non tanto dei medici, quanto dei profani, di farsi carico responsabilmente di se stessi.

Come anticipato, i danni della nemesi medica, hanno ricadute a vari livelli. La iatrogenesi clinica, in particolare, si riferisce al fatto che, molto spesso, la medicina, anziché curare le malattie, ne è causa diretta. Molte di esse, infatti, derivano dagli effetti collaterali di terapie farmacologiche potenti (molti farmaci, per esempio, provocano dipendenza, altri causano lesioni o svolgono un'azione mutogena, combinandosi fra loro). I danni della iatrogenesi clinica non si limitano all'uso “spersonalizzato” dei farmaci, ma includono anche, in generale, l'atteggiamento profondamente difensivo della medicina attuale, per cui i medici tendono a tutelarsi, in ogni modo e con qualsiasi mezzo, da eventuali contestazioni o denunce per malpratica.

La medicina non pregiudica la salute della popolazione solo attraverso l'intervento clinico diretto sugli individui, ma anche agendo a livello di organizzazione sociale. Illich parla, a questo proposito, di iatrogenesi sociale, alludendo, con questo termine, agli effetti negativi di una burocrazia medica che favorisce un rapporto di dipendenza fra istituzione sanitaria e paziente, genera nuovi bisogni, che abbassano il livello di sopportazione del dolore ed espropriano il singolo del diritto di autosalvaguardarsi. In questi termini, la iatrogenesi sociale si verifica quando la cura della salute si trasforma in un'industria con finalità di lucro, in cui ogni fase della vita umana, dalla nascita alla morte, viene ospedalizzata e medicalizzata. In questo contesto, il soffrire, il piangere, l'ammalarsi, il guarire o il morire al di fuori del controllo medico, sono considerati una forma di devianza...ma è davvero così? Non si tratta forse di espressioni umane, prima ancora che di casi “clinici”? Il problema è che la medicina ha creato la malattia come stato sociale: è il medico che ha l'autorità di etichettare la patologia

86 Con questo termine, Illich si riferisce al mito greco di Prometeo, il quale rubò il fuoco agli dei per donarlo agli uomini e attirò su di sé l'ira di Nemesi. Per questo suo gesto “presuntuoso”, Prometeo venne incatenato sui monti del Caucaso e sottoposto ad una condanna feroce: ogni giorno un'aquila gli divorava il fegato e, ogni notte, altre divinità glielo reimpiantavano, tenendolo così in vita.

del paziente e legittimarne il ruolo sociale di malato, stabilendo cosa deve o non deve fare. Nella pratica, la medicina crea una nuova categoria di “diversi” ogni volta che effettua una diagnosi o stabilisce nuovi parametri che distinguono ciò che è normale da ciò che è anormale, ciò che è sano da ciò che è patologico. Nel momento in cui il medico fa una diagnosi, influenza, inevitabilmente, il paziente, attribuendo una sorta di “marchio” alla sua identità, a cui fa seguito un percorso educativo e terapeutico, nel rispetto di alcune direttive medico-scientifiche, stabilite da apposite istituzioni ed organizzazioni sanitarie. Da questo punto di vista, i medici delle società industriali costituiscono una casta professionale, che esercita un potere pressoché totalitario e il cui operato viene considerato indipendente dai valori umani o da qualsiasi giudizio morale, in quanto basato e legittimato da fondamenti scientifici oggettivi. Mettere in discussione tali dinamiche sociali, riportandole all'esperienza umana attraverso un approccio antropologico, significa, non solo riunificare la scissione operata da Cartesio, ma anche favorire una medicina più responsabile e rispettosa della persona nella sua totalità.

E' interessante notare, inoltre, che l'attuale stato élitario della medicina è un privilegio acquisito di recente. La professione medica ha iniziato ad esercitare il monopolio sulla cura e sulla salute nel XX secolo. Fino alla rivoluzione francese, i medici vivevano in povertà, il loro status era quello di artigiani, animati dalla missione di alleviare il dolore e favorire la vita in tutte le sue forme. La rivoluzione francese, diede, invece, origine a due miti: il primo consisteva nella convinzione che i medici avrebbero surrogato il clero; il secondo nell'utopia che, grazie al cambiamento politico, la società avrebbe riacquisito uno stato di salute perfetto. Da queste basi culturali, deriva l'attuale professione medica, che costituisce una sorta di corporazione, socialmente riconosciuta, a cui è affidato il compito di controllare la collettività e di favorire la classificazione “sociale” delle patologie. Si sono create, così, costose strutture burocratiche, che spesso non giovano realmente alla salute dei cittadini. Il monopolio medico è poi arrivato al punto di “medicalizzare la vita” ossia di trasformare tutti gli individui in pazienti, a qualsiasi età, dalla nascita fino alla morte. Da questo punto di vista, la vita è considerata un succedersi di periodi di rischio, ciascuno dei quali richiede una tutela particolare. A questo proposito, le parole di Illich sono molto significative:

Dalla culla all'ufficio e dal Club Méditerranée al letto di morte, ogni fascia di età è condizionata da un ambiente il quale definisce la salute per conto di coloro che segrega. [...]
Per il ricco come per il povero, la vita diventa un pellegrinaggio tra test e cliniche verso la

corsia dove essa ebbe inizio. Il vivere è così ridotto a un “lasso di tempo”, a un fenomeno statistico che, nel bene e nel male, dev'essere pianificato e modellato con strumenti istituzionali. Questo lasso di vita comincia a esistere con l'esame prenatale, quando il dottore decide se e come il feto dovrà essere partorito, e terminerà con un timbro su un grafico che prescriverà di sospendere la rianimazione. Tra il parto e il termine estremo, questo fascio di interventi biomedici trova la sua migliore collocazione in una città che sia costruita come un utero meccanico. Ad ogni stadio della sua vita l'individuo è reso inabile in specifico rapporto all'età.⁸⁷

La vita umana è, così, scandita in periodi e fasce d'età, per ciascuna delle quali sono previsti e pianificati controlli medici specifici, che si trasformano in particolari riti di passaggio, che segnano l'ingresso in una nuova fase esistenziale. Però, mentre i riti delle culture “altre” rimandano sempre alla crescita personale, all'acquisizione di nuovi poteri e funzioni a livello sociale e sottolineano le forze rigeneratrici della vita, viceversa, la medicalizzazione permanente dell'esistenza umana priva l'individuo del suo potere e della fiducia nelle sue capacità di prendersi cura di sé. Oggi la biomedicina etichetta e cataloga le varie fasi della vita secondo schemi fissi, definendo malattia anche quelli che sono stati biologici e naturali. La medicalizzazione della vecchiaia ne è un esempio significativo. Non casualmente essa è stata medicalizzata proprio nel momento storico in cui è divenuta, da un punto di vista demografico, uno stato comune e diffuso, a seguito dell'allungamento della prospettiva di vita nei paesi occidentali. In quest'ottica, neonati, bambini, adolescenti, adulti e anziani si trasformano tutti in “consumatori” di attenzioni mediche, in quanto soggetti a specifici rischi patogeni.

Non soltanto la cura delle malattie, ma anche la cura della salute è oggetto di un processo di mercificazione e si trasforma in qualcosa che il paziente può acquistare. Si parla, a tal proposito, di medicalizzazione della prevenzione, con cui il singolo delega la responsabilità personale di occuparsi della propria salute a qualche istituzione esterna, che si fa carico della gestione del suo futuro. La diagnosi medica, infatti, influenza indirettamente anche coloro che si devono proteggere da eventuali malattie future e che, quindi, si sottopongono ad accertamenti diagnostici preventivi. In questi termini, la medicina si trasforma in una caccia preventiva alle malattie.

Il problema è che una diagnosi effettuata con queste premesse produce dipendenza, concentra

87 Ivi, pp. 88-89.

i pensieri dell'individuo sulla non-guarigione, sull'inevitabile peggioramento e degenerazione, sull'incertezza del suo futuro. Mi chiedo allora se, un approccio di questo tipo, sia veramente a favore della salute o, piuttosto, non determini, come sostiene Illich, una generale perdita di fiducia e di autocontrollo. Non sarebbe più giusto e sano, ricollocare la medicina nel suo ruolo essenziale di strumento al servizio dell'individuo, senza, per questo, sminuirne la funzione sociale? E', infatti, a quest'ultimo che spetta il diritto e la libertà di scegliere come curarsi e come gestire il proprio stato di salute o di malattia. Nel momento in cui pensa di non essere in grado di fare ciò autonomamente (e questo è il tipo di dipendenza che viene stimolato dal sistema biomedico) cede, inconsapevolmente, il potere ad altri, che si arrogano il diritto di sostituirsi al soggetto stesso e di pensare per lui/lei. In quest'ottica, il medico adempie funzioni religiose, magiche e politiche insieme, con risultati non sempre positivi ed efficaci. E' il cosiddetto "effetto nocebo" o placebo negativo, per cui le pratiche mediche anziché favorire ed incoraggiare il potere di sostenere e rielaborare autonomamente la difficoltà, insito in ogni persona e far leva sulla sua forza vitale, lo considerano una vittima del sistema e fanno sì che tutte le sue aspettative si concentrino unicamente sugli ultimi ritrovati tecnologici e farmacologici, capaci di fornire una soluzione a tutti i problemi...o quasi. In questo modo, in realtà, si depotenzia l'individuo, lo si mortifica, anziché aiutarlo a trovare una soluzione creativa alla sua sofferenza, nella consapevolezza dolorosa, ma inevitabile, che nessuno può sostituirsi a lui/lei.

Ecco, dunque, che mentre nelle culture "altre"⁸⁸ o "profane", la malattia e la guarigione assumono un significato simbolico, che rende accettabile la malattia e la sofferenza come parte di un processo vitale e collettivo, giustificato dalle motivazioni più diverse, che vanno dal rapimento della forza vitale ad opera di spiriti maligni, al karma accumulato in vite precedenti, la biomedicina tende a negare tutto ciò che appare irrazionale e inspiegabile secondo il paradigma scientifico dominante. A questo punto, è importante notare che, mentre la funzione dello sciamano è prettamente strumentale e consiste nel guarire e fornire rimedi terapeutici, entrando in contatto con gli spiriti maligni ed allontanandoli dal corpo del malato o dall'intero gruppo sociale, egli non ha la facoltà di creare nuovi demoni. Diversamente, il medico occidentale ha il potere di "inventare" nuove malattie, catalogare i pazienti, definirne i ruoli sociali, sgravandoli dalla responsabilità dei loro malesseri. Il medico, dunque, non solo guarisce, ma crea egli stesso le patologie che cura. In questo modo, egli esercita un controllo sociale, legittimato dalla corporazione professionale di cui fa parte,

88 Si vedano, ad esempio, i casi citati nel capitolo precedenti dei Navajo o dei Cuna.

che dà origine ad una sorta di imperialismo medico e, al tempo stesso, ad una società morbosa, che chiede una medicalizzazione universale.

Il terzo tipo di iatrogenesi descritto da Illich, è la iatrogenesi culturale, attraverso cui il sistema biomedico mina la capacità e la volontà degli individui di far fronte alla propria realtà e di accettare il proprio dolore. La civiltà medica è pianificata in modo tale da sopprimere il dolore, eliminare la malattia ed annullare la necessità umana di elaborare la sofferenza. Essa, così facendo, proietta il mito della perfezione umana. In realtà, assumendo che l'essere umano è un processo in continuo divenire ed è il risultato di una lunga evoluzione, questa stessa evoluzione non sarebbe stata possibile senza qualche imperfezione e, quindi, anche senza la malattia. La perfezione, di per sé, è stagnante, non richiede alcuno sforzo per migliorare o cambiare. Da questo punto di vista, la malattia riacquista una sua dignità e una sua profonda motivazione: non è più un tabù o un nemico da combattere, ma una presenza da accettare e con cui cooperare, nell'ottica di ristabilire un equilibrio vitale...che può anche non essere perfetto. Essa diviene, dunque, una sorta di motore evolutivo e un'occasione di crescita, anziché una forma di inabilità o di debilitazione fisica e morale. In fondo è solo accettando e riconoscendo i propri limiti, che la specie umana si è evoluta, nel tentativo di superarli.

Ciò si collega al concetto di salute sopraesposto e alla seguente definizione di Illich:

Godere buona salute non significa soltanto riuscire a fronteggiare la realtà, ma anche gioire di questa riuscita; significa esser capaci di sentirsi vivi nel piacere e nel dolore; significa aver caro ma anche arrischiarsi di sopravvivere. La salute e la sofferenza come sensazioni vissute e consapevoli sono fenomeni propri degli uomini, che in ciò si distinguono dalle bestie. [...] Salute e cultura sono in gran parte la stessa cosa. Ogni cultura modella una sua particolare Gestalt di salute e un suo particolare tipo di atteggiamenti nei confronti del dolore, della malattia, della menomazione e della morte, ciascuno dei quali è una diversa specie di quella interpretazione umana tradizionalmente detta l'arte di soffrire.⁸⁹

Se, dunque, la salute è innanzitutto un processo di plasmazione culturale, allora essa si definisce in modi diversi a seconda dello stile e dei codici, previsti da ogni società, del vivere ed esprimere la gioia, il dolore, il soffrire e il morire. Ecco allora che:

89 Ivi, pp. 140-141.

Le culture che sopravvivono sono appunto quelle che forniscono un codice vitale, coerente con la costituzione genetica di un dato gruppo, con la sua storia e col suo ambiente, e adatto alle peculiari esigenze nascenti dal confronto con i gruppi vicini. [...]

In senso contrario a queste funzioni si muove l'ideologia diffusa dalla medicina cosmopolita del nostro tempo. Essa scalza dalle radici i vecchi programmi culturali e impedisce che ne sorgano di nuovi.⁹⁰

La biomedicina, come sistema culturale, ha “estirpato” la cultura del significato, si è sostituita al singolo e alla sua capacità “culturale” di rielaborare l'esperienza della sofferenza, del dolore e della morte, trasformandolo in un problema tecnico da sopprimere⁹¹. Quindi, mentre le culture tradizionali considerano il dolore e la malattia in termini di sfide significative da affrontare, che esigono una risposta attiva da parte dell'individuo stesso e, in questo modo, rendono tollerabile e carica di senso qualsiasi esperienza di sofferenza; viceversa, il sistema biomedico, oggettivando il dolore, cioè separandolo dal soggetto che lo vive, mortifica la persona e il suo diritto a rielaborare autonomamente la sua esperienza. Il dolore si trasforma, così, in una mera reazione organica, suscettibile di misurazioni e verifiche. Esso diviene oggetto di controllo medico, più che occasione di crescita e rielaborazione personale. Come conseguenza di ciò, le persone si percepiscono sempre più impotenti e meno capaci di trovare autonomamente un senso alla propria esperienza e la delegano, quindi, all'esterno, nell'illusione di trovare una soluzione “facile”. Per questo, Illich sottolinea quanto segue:

Le culture tradizionali rendevano ognuno responsabile del suo comportamento sotto l'impatto del male fisico o morale. Il dolore era riconosciuto come una componente inevitabile della realtà soggettiva del proprio corpo, nella quale ognuno si trova costantemente modellata dalle reazioni coscienti che ognuno le oppone. La gente sapeva di dover guarire da sola, di dover fare i conti da sola con la propria emicrania, col proprio difetto o con la propria afflizione.

Il dolore patito dagli individui aveva l'effetto di stabilire un limite all'abuso dell'uomo da parte dell'uomo.⁹²

Diversamente, nella società medicalizzata ed industrializzata, non c'è più posto per il dolore, che, per sua natura, fa sorgere interrogativi e domande profonde. Queste sono

90 Ivi, p. 143.

91 “Le culture sono sistemi di significati, la civiltà cosmopolita è un sistema di tecniche”, I. Illich, *Op. cit.*, p. 148.

92 Ivi, pp. 148-149.

sistematicamente sopresse, al fine di ottenere un'anestesia artificiale, una sorta di fuga dalla vita, che procura incoscienza e irresponsabilità. Ma nel processo evolutivo umano, molto più ampio di quello della sola biomedicina, l'uomo ha imparato non solo a soffrire, ma anche a gestire questo dolore. In quest'ottica, la medicalizzazione e la tecnologizzazione della vita, se portati all'estremo e se trasformati da mezzi a fini, rappresentano un passo indietro nella logica evolutiva: anziché migliorare la capacità umana di sostenere e rielaborare la sofferenza, la anestetizzano, con il rischio di atrofizzarla. Se, da un lato, il paziente viene deresponsabilizzato e stimolato ad avere una posizione passiva, a non prendersi cura dei propri movimenti interiori, dall'altro, il medico non è più abituato ad ascoltare gli interrogativi che il dolore suscita in chi soffre, assume un approccio spesso superficiale, con l'unico intento di catalogare i dolori secondo i suoi parametri scientifici. Così diventa tendenza comune e “normale” fuggire la sofferenza e la malattia, a qualsiasi costo, anche a rischio di perdere la propria indipendenza. Spinta al limite, l'espropriazione del dolore per via medica, conduce ad un atteggiamento disumano, all'indifferenza, nonché all'insensibilità artificiale. In realtà, la capacità di soffrire è un sintomo di buona salute, è segno che si è vivi. Purtroppo, l'idea di trasformare la sofferenza in un'attività responsabile è il frutto di una plasmazione culturale, molto lontana dal sistema dominante, asservito a dinamiche economiche ed industriali, che hanno tutti gli interessi nel mantenere gli individui in uno stato di “anestesia” totale, rendendoli spettatori passivi piuttosto che attori protagonisti delle proprie vite.

3.3 L'INVENZIONE DELLA MALATTIA E DELLA SALUTE COME FATTO SOCIALE E LA GESTIONE ETERONOMA DELLA VITA

Come precedentemente accennato, fu con la rivoluzione francese che la malattia divenne una questione pubblica, più che individuale. Gli ideali della rivoluzione: libertà, uguaglianza e fraternità avrebbero dovuto estirpare i mali della società e, quindi, anche le malattie. Fu in questo contesto che venne progettato il servizio sanitario nazionale, con il compito specifico di sovrintendere la salute collettiva, promuovendo uno stile di vita sano e sobrio. La malattia iniziava, così, ad essere considerata come un prodotto umano, una forma di ingiustizia sociale e di degradazione politica, che sarebbe scomparsa attraverso il risanamento pubblico. Quindi, l'utopia di una salute perfetta e il mito di una condizione umana senza malattie, affondano le loro radici nel programma politico della rivoluzione

francese. Solo successivamente, durante la Restaurazione, il compito di eliminare le malattie fu affidato ai medici, che iniziarono ad assumere le vesti di taumaturghi-salvatori, più per rendere credibile e concreto il programma politico fallito con la rivoluzione, che per l'effettiva efficacia delle loro tecniche. In questo periodo si moltiplicarono, quindi, gli ospedali e le scuole di medicina godettero di uno sviluppo considerevole. La malattia iniziò ad essere gestita dalle élite e dalle classi dominanti, anche da un punto amministrativo e divenne un'entità a se stante, staccata dall'esperienza soggettiva del singolo. In ambito medico, questo passaggio dalla dimensione soggettiva a quella oggettiva della patologia, costituiva una sorta di rivoluzione copernicana: in entrambi i casi l'uomo non era più al centro del mondo e veniva relegato ad una posizione subalterna, con conseguenze profondamente diverse nei due ambiti scientifici. Come specificato nel primo capitolo, Cartesio consolidò ulteriormente i contorni di questo progetto, separando l'anima dal corpo e quindi il dolore dal soggetto che lo esperiva. Ugualmente, nella relazione medico-paziente, lo sguardo del primo si separò dal malessere del secondo: il paziente iniziò a trasformarsi in un meccanismo da riparare e da guardare con distacco. Per quanto riguarda le malattie, esse iniziarono ad essere classificate e catalogate, allo stesso modo delle piante o dei minerali. Inoltre, l'uso del metodo quantitativo, basato sulle misurazioni fisiche, favorì la convinzione che le malattie esistessero di per sé, indipendentemente dalla percezione del medico o del paziente. La loro causa era da ricercare in elementi preesistenti e provenienti dall'esterno, che attaccavano e infettavano il corpo umano. In questo periodo si assistette, dunque, a quel processo di spostamento dell'attenzione del medico dal malato alla malattia, che è tuttora alla base dell'approccio biomedico. Successivamente, verso la fine dell'800, oltre a continuare a catalogare le patologie, si iniziò a definire anche la salute come assenza di sintomi clinici. Da questo momento in poi, essa venne associata alla normalità dei parametri clinici e la malattia all'anormalità degli stessi. Gli standard e le norme divennero i criteri scientifici per effettuare diagnosi e prescrivere terapie. L'apoteosi della biomedicina moderna deriva da queste premesse e sta attraversando un momento critico in cui, i problemi di personale e di risorse finanziarie, non sono che sintomi superficiali del decadimento in atto. La lettura interessante che Illich propone di questa crisi è che la soluzione ad essa non può provenire dalla scienza o dalla tecnologia medica, ma dall'epistemologia:

Ogni malattia è una realtà creata socialmente. Il suo significato e la risposta ch'essa ha suscitato hanno una storia. Lo studio di questa storia ci consentirà di capire sino a che punto

siamo prigionieri dell'ideologia medica in mezzo alla quale siamo cresciuti.⁹³

Ma le società industrializzate non hanno alcun interesse a favorire il cambiamento e la soluzione della crisi:

Finché la malattia è qualcosa che s'impadronisce degli uomini, qualcosa che questi "prendono" o da cui sono "colti", le vittime di questo processo naturale possono essere esentate da ogni responsabilità per la loro condizione. Possono essere compatite, non incolpate, per il modo querulo, abietto o sprovveduto con cui soffrono la loro realtà soggettiva: possono tramutarsi in un capitale duttile e lucroso se accettano supinamente la loro malattia "perché così vanno le cose"; e possono essere scaricate di ogni responsabilità politica per la mano che danno ad accrescere lo stress patogeno dell'industria superintensiva. Una società industriale genera malati perché rende gli uomini incapaci di controllare il proprio ambiente e, quando essi crollano, sostituisce una "protesi clinica" alle relazioni spezzate. Contro un simile ambiente gli uomini si ribellerebbero se la medicina non spiegasse il loro scombussolamento biologico come un difetto della loro salute, invece che come un difetto del loro modo di vivere che viene loro imposto o che essi impongono a se stessi.⁹⁴

Sono gli effetti collaterali di un'eccessiva medicalizzazione della vita, in cui la malattia, come anticipato nel primo capitolo attraverso le tesi di M. Lock e N. Scheper-Hughes, assume i contorni di una forma di resistenza incarnata ai dettami della società.

Da quanto detto emerge, dunque, come le varie forme di iatrogenesi siano conseguenza del dominio industriale sulla società, il risultato di un monopolio, che atrofizza l'azione autonoma. Illich definisce questo effetto collaterale della civiltà industriale come "controproduttività specifica", che si verifica ogni volta che l'uso eccessivo di un'istituzione priva la società proprio di ciò che l'istituzione voleva originariamente offrire. Il sovrapporsi del modello industriale al sistema biomedico ha, ulteriormente, accentuato la situazione di dipendenza sopradescritta: il paziente, nella società occidentale, oltre che essere considerato una macchina da riparare è, innanzitutto un consumatore, tendenzialmente più abituato a comprare piuttosto che a creare. Come conseguenza di ciò, il malato si sente più facilmente vittima di un sistema che co-artefice della propria guarigione. Il suo potere di azione si riduce e, infine, si paralizza nel momento in cui viene affidato ad istituzioni impersonali. Si parla, a questo proposito, di gestione eteronoma della vita:

93 Ivi, p. 180.

94 Ivi, pp. 182-183.

In una società così intensamente industrializzata, la gente [...] vuol essere istruita, trasportata, curata, guidata, anziché apprendere, muoversi, guarire, trovare la propria strada. Si assegnano funzioni personali a istituzioni impersonali. L'azione di guarire non è più considerata compito del malato. [...]

A causa della nostra visione del mondo ormai industrializzato, spesso si trascura che ognuna di queste merci continua ad essere in concorrenza con un valore d'uso non commerciabile che gli individui producono liberamente, ciascuno per proprio conto. L'essere umano impara osservando e facendo, si muove sulle proprie gambe, guarisce, si prende cura della propria salute e contribuisce alla salute degli altri. Tutte queste attività hanno dei valori d'uso che non sono alienabili sul mercato. L'apprendimento dotato di valore, il movimento corporeo, l'azione di guarire, per la maggior parte non figurano nel prodotto nazionale lordo. La gente impara la lingua materna, si muove, fa figli, recupera l'uso di ossa rotte, prepara il cibo locale, e fa queste cose con maggiore o minore competenza o piacere. Queste sono tutte attività ricche di valore che il più delle volte non si fanno né possono essere fatte per denaro, ma che possono essere svalorizzate se c'è troppo denaro in giro.⁹⁵

Quindi, queste attività propriamente umane hanno un valore intrinseco non quantificabile in termini economici. La soddisfazione dei bisogni legati alle cure mediche e l'efficacia terapeutica, vanno nettamente distinti dalle dinamiche e dalle strategie di mercato: la malattia e la salute non sono merci, ma stati esistenziali. In questi termini, parlare di “guarigione” non significa soltanto alludere all'efficacia dei farmaci o al trattamento terapeutico delle singole malattie, ma favorire, attraverso una prospettiva antropologica, un risanamento sociale e collettivo, che passi attraverso l'autoresponsabilizzazione dei singoli. La “guarigione” dall'epidemia iatrogena è, innanzitutto, un compito socio-politico, più che medico in senso stretto e deve, quindi, partire dal consenso popolare, nell'ottica di riportare la gestione professionale della sanità entro limiti accettabili e favorire la capacità e la libertà dei singoli di salvaguardare la propria salute.

95 Ivi. pp.230-231.

CONCLUSIONI

Ho vissuto la stesura di questa tesi come un'occasione di ricerca e di rielaborazione personale. A questo livello, essa ha rappresentato sia una risposta ad un bisogno profondo, generato dall'insoddisfazione verso una visione biomedica estremamente riduttiva della malattia e, al tempo stesso, una sorta di percorso terapeutico alternativo. Le idee e le prospettive antropologiche con cui sono venuta a contatto, mi hanno permesso, infatti, di allargare l'indagine da una lettura centrata sul vissuto individuale o sulla relazione medico-paziente ad una visione più ampia ed inclusiva delle dinamiche sociali, politiche ed economiche, in quanto fattori fondamentali, che incidono nel definire l'esperienza di salute o di malattia a livello globale.

Ho capito meglio quanto i confini fra sano e patologico, così netti a livello biomedico, siano in realtà fondamentalmente arbitrari, si diversifichino da una cultura all'altra e siano suscettibili di cambiamenti nel corso del tempo. Analizzare antropologicamente il contesto biomedico, nei termini di un sistema culturale, mi ha permesso, inoltre, di ripercorrerne gli inizi e di individuarne le radici filosofiche e cartesiane. A partire da queste origini, è diventato per me pensabile e possibile metterne in discussione gli aspetti più dogmatici e rigidi. Ritengo, infatti, che la biomedicina attuale, pur presentando aspetti utilissimi e funzionali a certi tipi di problemi, abbia creato un sistema profondamente carente a livello umano e concordo con Ivan Illich e la sua lettura della medicalizzazione della vita, come un processo che, anziché favorire la gestione autonoma della salute, crea una dipendenza strutturale dalle istituzioni.

Ritengo, invece, importante promuovere l'autonomia e la libertà di ogni singola persona, nell'ottica di favorire la cura responsabile e dignitosa del proprio stato di salute o di malattia, come un diritto/dovere di ciascuno, da non delegare a terzi. Penso che si tratti del primo passo verso un risanamento della cosiddetta "iatrogenesi" clinica, sociale e culturale, che caratterizza la nostra società industriale e postindustriale. Le idee qui elaborate, mi hanno permesso, in particolare, di capire meglio quali meccanismi storici, politici ed economici siano alla base del sistema biomedico attuale. Personalmente la ritengo una scoperta importante: avvicinare i medici o i professionisti sanitari con questa consapevolezza, ha il potere di trasformare la mia esperienza ed il mio vissuto.

Penso che l'attuale crisi del sistema biomedico rappresenti, in realtà, un'opportunità di cambiamento, sia a livello di rivisitazione dei paradigmi scientifici e filosofici su cui si fonda,

sia di rifocalizzazione della sua funzione sociale come strumento al servizio dell'essere umano. Nel momento in cui la salute si trasforma in un prodotto da acquistare, la medicina diventa un'industria che si rivolge a dei consumatori particolari: i pazienti. In questa logica di mercato, il sistema biomedico è asservito al profitto e non agli ideali disinteressati della scienza e non persegue più il reale benessere della persona. A questo fine, è importante ricollocare il medico nella sua funzione specifica, e sicuramente preziosa, di colui/colei che utilizza le proprie conoscenze per indagare, comprendere la malattia e fornisce al paziente gli strumenti utili per la cura o la guarigione, laddove possibile. Ma a questo livello si rende necessario unire ad una preparazione tecnico-scientifica, una sensibilità umana e “antropologica” che riconosce l'altro come persona e soggettività incarnata. Da queste riflessioni è emersa, dunque, l'urgenza di un rinnovamento, di un processo di umanizzazione della biomedicina e dei medici stessi, in cui l'antropologia medica può giocare un ruolo centrale al fine di favorire un cambiamento di paradigma.

A partire da questi presupposti, il mio interesse si è concentrato, in particolare, sui dispositivi di efficacia, con l'obiettivo di fornirne una lettura antropologica, dal punto di vista del paziente. Approfondendo questo aspetto, ho evidenziato quanto quest'ultimo risponda alla terapia, non solo in termini fisiologici, di reazioni chimiche stimulate nel suo organismo, ma soprattutto in quanto persona, che attribuisce significato alla propria esperienza di cura. Da questo punto di vista, la risposta al significato costituisce per il paziente un valore terapeutico aggiuntivo al potere del farmaco. Per questo, ho sentito importante ridefinire antropologicamente l'identità del paziente non solo nei termini di un corpo da curare, ma di una soggettività incorporata che influisce, attraverso la sua visione del mondo e la sua lettura della realtà, sul processo terapeutico.

In quest'ottica, questa tesi rappresenta un esempio concreto di “risposta al significato”, come direbbe Moerman ed una forma alternativa di efficacia simbolica, nel senso che i suoi contenuti hanno inciso ed incidono ad un livello semantico profondo, in uno spazio libero e creativo, dove nessuna terapia farmacologica ha il potere di agire.

BIBLIOGRAFIA

- Alvisi C., Borromei A., Chieregatti G. (a cura di), 1997, *La malattia come errore di comunicazione*, Editrice universitaria Lo Scarabeo, Bologna.
- Atkinson J. M., 1987, *The Effectiveness of Shamans in an Indonesian Ritual* in «American Anthropologist», vol. 89, pp. 342-355.
- Augé M., 2005, *Antropologia della cura*, Bollati Boringhieri ed., Torino (ed. or. 1986).
- Augé M., Herzlich C., 1986, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.
- Brody H., 1998, *Per una filosofia della guarigione. Scienza ed etica dell'effetto placebo*, Franco Angeli, Milano (ed. or. 1980).
- Cavalli Sforza Luigi e Luca, Menozzi P., Piazza A., 1997, *Storia e geografia dei geni umani*, Adelphi, Milano (ed. or. 1994).
- Clifford J, Marcus G. E., 1997, *Scrivere le culture. Poetiche e politiche dell'etnografia*, Meltemi, Roma (ed. or. 1986).
- Cottingham J., 1991, *Cartesio*, Il Mulino, Bologna (ed. or. 1986).
- Cortelazzo M., Zolli P., 2003, *Dizionario Etimologico della lingua italiana*, Zanichelli ed., Bologna.
- Csordas J. T., 2002, *Body/Meaning/Healing*, Palgrave Macmillan, New York.
- De Martino E., 2008, *La terra del Rimorso*, Il Saggiatore, Milano (ed. or. 1961).
- Destro A., 2005, *Antropologia e Religioni. Sistemi e Strategie*, Morcelliana, Brescia.

Fabietti U., 1995, *Storia dell'antropologia*, Zanichelli, Bologna.

Fabietti U., Matera V., *Etnografia. Scritture e rappresentazioni dell'antropologia*, 1997, Carocci ed., Roma.

Fabietti U., Remotti F., 1997, *Dizionario di antropologia*, Zanichelli, Bologna.

Fabrega H., Silver D., 1973, *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*, Stanford University Press, Stanford.

Foucault M., 1969, *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino.

Frank J. D., 1974, *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, Schocken, New York.

Galimberti U., 1983, *Il corpo*, Feltrinelli, Milano. (ed. or. 1983).

Good Byron J., 2006, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Giulio Einaudi Editore, Torino (ed. or. 1994).

Griaule M., 2002, *Dio d'acqua. Incontri con Ogotemméli*, Bollati Boringhieri, Torino, (ed. or. 1948).

Hell B., 1999, *Possession et chamanisme. Les Maîtres du Désordre*, Champs Flammarion, Paris, pp. 23-50.

Illich I., 2004, *Nemesi Medica: l'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano (ed. or. 1976).

Kuhn T. S., 1962, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Come mutano le idee nella scienza*, Einaudi, Torino.

Le Breton D., 2007, *Antropologia del corpo e modernità*, Giuffrè ed., Milano (ed. or. 1990).

- Lévi-Strauss C., 1966, “L'efficacia simbolica” in *Antropologia Strutturale*, Il Saggiatore, Milano (ed. or. 1958), pp. 210-230.
- ID., 1980. *Antropologia*. Enciclopedia del Novecento, Treccani.
- Locke J., 2004, *Saggio sull'intelletto umano*, (a cura di D'Amico M. G., Cicero V.), Bompiani, Milano (ed. or. 1690).
- Luban-Plozza B., Knaak L., Magni G., 1983, *Il Medico come medicina*, Piccin Nuova Libreria, Padova,. (ed. or. 1982).
- Luban-Plozza B., Pozzi U., 1986, *I gruppi Balint. Un metodo formativo alla relazione*, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Metraux A., 2001, *La commedia rituale nella possessione* in «Antropologia. Annuario», Meltemi, Roma, pp. 119-138. (ed. or. 1955).
- Moerman D. E., 2004, *Placebo. Medicina, biologia, significato*, Vita e Pensiero, Milano (ed. or. 2002).
- Mauss M., 1965, “Le tecniche del corpo” in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino, pp. 383-409 (ed. or. 1950).
- Nannini S., *L'anima e il corpo. Un'introduzione storica alla filosofia della mente*, Laterza, Roma-Bari.
- Pandolfo S., 2005, “L'altra voce”, in *Antropologia della cura*, Vol. 2, Bollati Boringhieri, Torino, pp. 209-230 (ed. or. 1986).
- Pizza G., 2005, *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci ed., Roma.
- Quaranta I. (a cura di), 2006, *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

I.D., 2003, “La malattia come pratica culturale e le molteplici ontologie del corpo: il caso della CFS/ME nel Regno Unito” in Destro A. (a cura di), *Territori dell'Antropologia. Memorie Testi Corpi*, Patron ed., Bologna, pp.7-39.

Rossi I., 1997, *Corps et Chamanisme. Essai sur le pluralism médical*, Armad Colin, Paris, pp. 17-43.

Shapiro A. K., 1968, “The placebo response” in J. G. Howells, *Modern Perspectives in world psychiatry*, Vol. 2, Oliver and Boyd, Edinburgh and London, pp. 596-613.

Severi C., 1993, *La memoria rituale: follia e immagine del Bianco in una tradizione sciamanica amerindiana*, La Nuova Italia, Scandicci (Firenze).

Tesi citate:

Giberti Massimiliano, *Determinismo e complessità. Dalla coscienza individuale alla coscienza collettiva: un'analisi storica*, tesi di laurea in Storia della Scienza e della Tecnica, Facoltà di Lettere e Filosofia, Università di Bologna, sessione II, anno accademico 2004-05.

Siti Internet consultati:

<http://www.ernestodemartino.it>

<http://www.treccani.it>