

## «Chi cura non è il terapeuta»: la dimensione religiosa nella cura attraverso alcuni casi etnografici

*Alessandro Lupo*

*In memoria di Esperanza Nochebuena  
levatrice, erborista, guaritrice, amica*

*Abstract* – The article presents a reflection on the role played by the dimension of meaning in health and illness, and therefore also why the latter is often interpreted in religious terms, as punishment, trial, destiny or the result of bad relations with society, the cosmos, or extra-human entities. Starting from a number of «exotic» ethnographic examples and then arriving at others concerning patients admitted to a Roman hospital, the author illustrates how – even in modern and secularized Western society – the tendency to distinguish between the scientific explanation of the pathogenesis and the search for a moral explanation for the illness' origin is still widespread. He also tries to show how the use of biomedical therapies does not exclude the parallel need to make use of ritual practices. Finally, he explains how it is possible that the management of meaning can be not only functional to the management of the disease on a conceptual and emotional level; it can also generate an expectation of recovery in patients that may trigger endogenous processes whose effectiveness can be empirically verified.

Nelle pagine che seguono mi propongo di riflettere su alcuni aspetti delle terapie religiose che gli etnologi e i demologi hanno studiato da molti decenni, sia in regioni periferiche del pianeta, sia in ambienti domestici, e sulla persistenza della loro ragion d'essere, anche entro una cornice contestuale profondamente mutata, nella quale l'approccio razionalista della bio-medicina pretenderebbe di spazzare via tutte le premesse «arcaiche», «irrazionali» e «superstiziose» che presuppone soggiacciano a ogni trattamento rituale dei problemi di salute. Eppure, nel condurre le proprie ricerche nei più diversi contesti, anche endotici, gli antropologi constatano significativamente la persistenza di orizzonti di senso che si possono definire simbolici, quando non esplicitamente religiosi, nella

concettualizzazione, nella definizione e nella gestione della malattia anche da parte di soggetti che non ripudiano affatto il prioritario ricorso ai presidi che la scienza medica mette loro a disposizione. Per spiegare questa persistenza è inevitabile prendere in considerazione alcune caratteristiche del sapere biomedico e di coloro che lo mettono in pratica, le quali, pur essendo una delle principali ragioni del suo successo nel contrastare i problemi di salute che affliggono l'umanità, stanno anche alla base dell'insoddisfazione che molti utenti delle strutture e delle risorse sanitarie provano nei loro confronti, venendo per ciò stesso indotti a cercare altre risposte alle proprie esigenze di senso, che restano inevase.

Nel mio percorso argomentativo partirò da lontano, cioè dall'esame di concezioni e pratiche proprie di popoli e culture che sono stati a lungo considerati «arcaici» e «pre-moderni»; quelli studiati dagli etnologi di fine Ottocento e inizi Novecento, che alcuni fra noi continuano a considerare una imprescindibile fonte di esempi etnografici per pensare criticamente la nostra società e soprattutto le nostre categorie concettuali<sup>1</sup>. Dopodiché 'tornerò a casa', prendendo in considerazione alcune evidenze che mostrano come tali concezioni non siano affatto così esotiche e anti-moderne, ma più verosimilmente costituiscano delle risorse culturali cui fanno universalmente ricorso tutti gli esseri umani quando – a seconda delle proprie condizioni esistenziali e istanze concettuali – si trovano a fare i conti con la sofferenza, la menomazione e l'incombenza della morte.

La formula che ho scelto per intitolare il mio intervento («Chi cura non è il terapeuta») scaturisce dalle innumerevoli volte in cui – parlando del loro mestiere con i terapeuti indigeni del Messico, che in spagnolo vengono abitualmente denominati *curanderos* (e in lingue vernacolari come il nahuatl *tapahtiani*, 'coloro che curano la gente') – essi hanno insistito nel precisare che la capacità di curare ed eventualmente guarire i pazienti non è in loro, ma che essi al più fungono da intermediari, da «aiutanti» (nahuatl *tapalehuiani* «coloro che aiutano la gente»), ovvero da veri e propri «delegati» degli autentici e legittimi detentori del potere di guarire dai mali: ovvero le entità extraumane da cui essi hanno ricevuto l'investitura professionale e alle quali va ogni merito del successo eventualmente conseguito<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Cfr. F. Remotti, *Antropologia: un miraggio o un impegno?*, in «L'Uomo. Società Tradizione Sviluppo», NS, 2, 2012, 1-2, pp. 51-73; dello stesso autore, *Per un'antropologia inattuale*, Milano, Elèuthera, 2014.

<sup>2</sup> I. Signorini - A. Lupo, *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahua della Sierra di Puebla*, Palermo, Sellerio, 1989; A. Lupo, *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra*

Benché simili affermazioni risentano indubbiamente dell'influsso di cinque secoli di evangelizzazione cristiana, esse esprimono un pensiero ben radicato anche nelle civiltà «pagane», secondo il quale l'efficacia degli atti di cura non discende soltanto dal *sapere* tecnico dei terapeuti, ma dai *poteri* di cui questi sono investiti e che li rendono qualitativamente, direi quasi ontologicamente diversi dai loro pazienti. Non mi soffermerò, avendolo già fatto estesamente in altra sede<sup>3</sup>, sulle caratteristiche delle conoscenze specifiche dei guaritori tradizionali e sulla loro relativa differenziazione quantitativa rispetto alle conoscenze dei profani. Mi limito a ricordare che l'acquisizione dello status di terapeuta in moltissimi casi non dipende affatto dal comprovato possesso di un corpus di saperi, ma da un segnale di elezione da parte di entità del mondo extraumano, che non di rado si manifesta in una grave malattia e nel suo superamento, con la conseguente acquisizione di un «dono», che conferisce il *potere* di curare anche a chi non differirebbe sostanzialmente da chi ne è privo<sup>4</sup>.

I tanti resoconti etnografici esistenti che riportano le storie di vita e la ricostruzione dei percorsi professionali dei medici tradizionali di molte parti del globo traboccano di narrazioni in cui i protagonisti giungono alla soglia della morte, per poi ricevere dalla divinità l'investitura e il monito a fare un uso corretto, moralmente ineccepibile e socialmente utile del potere che viene loro delegato<sup>5</sup>. E per quanto la natura palesamente stereotipata di tali narrazioni sia strumentale a legittimare lo status di terapeuta in sintonia con i modelli tradizionali, non v'è dubbio che essi conferiscano al protagonista il consenso della collettività su cui si basa il riconoscimento di tale funzione, nonché parte della stessa efficacia del loro operato. Lo aveva ben compreso Claude Lévi-Strauss, quando – nel suo famoso saggio *Lo stregone e la sua magia* – osservava che «Quesalid

---

*dialogo e azione*, in «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», 7-8, 1999, pp. 53-92; dello stesso autore, *Corpi freddi e ombre perdute. La medicina indigena messicana ieri e oggi*, Roma, CISU, 2012.

<sup>3</sup> A. Lupo, *La Tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la Sierra a través de las súplicas rituales*, México, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, 1995; dello stesso autore, *Capire è un po' guarire*, pp. 53-92.

<sup>4</sup> Si veda C. Lévi-Strauss, *Lo stregone e la sua magia*, in C. Lévi-Strauss, *Antropologia strutturale*, Milano, Il Saggiatore, 1975 (1949<sup>1</sup>), pp. 189-209; M. Eliade, *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi*, Roma, Ed. Mediterranee, 1988 (1951<sup>1</sup>); I. Lewis, *Possessione, stregoneria, sciamanismo. Contesti religiosi nelle società tradizionali*, Napoli, Liguori, 1993 (1986<sup>1</sup>), pp. 117-136.

<sup>5</sup> Si veda in proposito il saggio di E. Godeau, *Il paradosso del medico malato*, in «Etnosistemi» 5, 1998 (numero monografico: *Figure della corporeità in Europa*, a cura di G. Pizza), pp. 9-18, sugli studenti di medicina che alla fine del percorso si sentono quasi immuni dalle malattie, quasi che l'acquisizione del sapere professionale comporti una sorta di intrinseca immunizzazione dagli agenti patogeni.

non è diventato un grande stregone perché guariva i suoi malati, egli guariva i suoi malati perché era diventato un grande stregone»<sup>6</sup>.

Ma torneremo alla fine sui meccanismi dell'efficacia terapeutica. Qui mi preme sottolineare come, se la capacità di guarire di un terapeuta deriva dal dono divino e non da saperi e tecniche appresi e difficilmente scordabili, essa possa essere revocata al venir meno del favore divino in ragione di condotte riprovevoli del terapeuta, quali il suo prestarsi a compiere aggressioni magiche, o un'eccessiva esosità nella richiesta di compensi. Non è un mistero che, tra le molle che spingono molte figure socialmente marginali e di esigue risorse a intraprendere (o, nella versione *emic*, ad accettare) la carriera di terapeuta, vi sia anche la loro speranza di incrementare, assieme al proprio prestigio sociale, anche gli introiti. E tuttavia non è soltanto retorica la ricorrente proclamazione che ci si accontenta delle offerte volontarie dei pazienti-clienti, e che si è disposti a curare anche gratuitamente quanti chiedono un intervento, in quanto si è ben consapevoli che un atteggiamento apertamente interessato alla pecunia farebbe immediatamente circolare un'immagine di avidità e rischierebbe di far scomparire i poteri di cui si è solo temporanei depositari, perdendo così l'ambito status che il favore divino ha concesso.

Un'altra costante delle osservazioni effettuate dagli osservatori occidentali nei confronti delle medicine tradizionali riguarda l'ambito di applicazione di tali conoscenze, che assai spesso stupisce per l'apparente irrilevanza attribuita ai saperi tecnici nella risoluzione delle malattie, mentre la preminenza è data agli interventi di ordine simbolico: non di rado la maggior gravità dei mali va di pari passo con il peso attribuito ad atti e parole rituali e con la scarsa rilevanza di farmaci e interventi diretti sul corpo del malato. Una constatazione in palese contrasto con l'approccio empirista della medicina occidentale (anche quella di stampo ippocratico-galenico, ancorata alle antiche concezioni sui quattro fluidi e sugli influssi astrali sulla salute), che privilegia nettamente il concreto intervento farmacologico, manipolativo o chirurgico sui corpi a quello più astrattamente simbolico che chiama in causa le figure divine e/o l'azione sulle menti e le anime. Basterà qui citare una constatazione del francescano Gerónimo de Mendieta, il quale alla fine del XVI secolo rilevava come, tra gli indigeni della Nuova Spagna (l'attuale Messico), «il medico che era chiamato a curare l'infermo, se la malattia era lieve, gli applicava alcune erbe o cose che usava come rimedi; ma se la malattia era acuta e pericolosa, gli diceva: 'Tu hai commesso qualche peccato'. E lo importunava e assillava tanto

<sup>6</sup> C. Lévi-Strauss, *Lo stregone e la sua magia*, p. 203.

col ripeterglielo, che gli faceva confessare ciò che molti anni prima gli era capitato di commettere»<sup>7</sup>.

Una testimonianza che rivela assai chiaramente come l'eliminazione delle origini extraumane dei mali venisse considerata prioritaria rispetto all'intervento sull'organismo del paziente, le cui affezioni erano espressione di quelle, e dunque passibili soltanto di essere attenuate o sopite, ma non estirpate, finché non se ne fosse rimossa la causa ultima.

Quanto appena osservato ci porta ad affrontare la questione del senso profondo della malattia, della sua interpretazione come «castigo» e di quella della salute come premio da guadagnarsi con una retta condotta (con la conseguenza che ai malati si accolla anche l'onere della possibile imputazione di una colpa morale che la giustifichi, come fanno tutti coloro che vedono certe malattie come l'ineluttabile conseguenza delle disordinate condotte di chi «se l'è andata a cercare»<sup>8</sup>).

In effetti, ridurre l'individuazione, la classificazione e il trattamento delle diverse patologie che ci affliggono alla sola loro dimensione empirica e organica spesso non soddisfa affatto l'anelito di «spiegazione» (e di intervento) dei malati e dei loro parenti, i quali sono per lo più animati dall'esigenza avvertita da ogni uomo e ogni donna di conferire senso (e dare una spiegazione morale) alle sventure improvvise e gravi, tra cui anche – ma non soltanto – la malattia. Donde la distinzione avanzata per primo da Edward Evans-Pritchard<sup>9</sup> circa i ragionamenti degli Azande sul *come* e sul *perché* della sventura, nei quali essi manifestavano la consapevolezza del tutto razionale che la caduta di un granaio sulla testa del malcapitato proprietario fosse certo causata dall'azione corrosiva delle termiti sui pali, senza che però questo impedisse di interrogarsi sulle «vere cause» della morte di chi si era casualmente trovato lì sotto al momento sbagliato. Per una simile logica, che Marc Augé chiamerebbe «monista»<sup>10</sup>, in cui i fatti del mondo naturale (che oltre alle malattie possono includere anche terremoti, inondazioni e ogni genere di disastri) sono sempre letti nell'ottica delle relazioni umane e del sistema di valori vigenti nelle società, non

<sup>7</sup> Fr. G. de Mendieta, *Historia eclesiástica indiana*, (1596), a cura di J.G. Icazbalceta - A. Rubial García, 2 voll., México, CONACULTA, 2002 (1860<sup>1</sup>), p. 441.

<sup>8</sup> A. Lupo, *Il significato della malattia, la negoziazione intorno al percorso terapeutico e la complessa efficacia degli atti curativi: uno sguardo antropologico*, in M. Caporale - P. Falaschi - G. Familiari (edd), *Prendersi cura: la relazione terapeutica medico-paziente. Manuale di Metodologia clinica e Scienze Umane*, I, Roma, Universitalia, 2012, pp. 219-244, qui pp. 220-223.

<sup>9</sup> E.E. Evans-Pritchard, *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, Milano, Franco Angeli, 1976 (1937<sup>1</sup>).

<sup>10</sup> M. Augé, *Genio del paganesimo*, Torino, Bollati Boringhieri, 2002 (1982<sup>1</sup>).

vi è alcuna disgrazia che non abbia un significato (e un responsabile), e pertanto nessuna morte è «naturale»: tutti i decessi, inclusi quelli dei vegliardi più decrepiti, sono ritenuti sempre causati dalla stregoneria o dall'intervento malevolo di qualche entità dotata di consapevolezza e responsabilità (dagli spiriti dei luoghi, agli antenati, agli dèi capricciosi, fino alla divina provvidenza cristiana, i cui disegni – per quanto imperscrutabili agli umani – sono sempre in qualche misura «giusti»).

La constatazione della sostanziale autonomia della dimensione empirica della sfera organica e dei fenomeni naturali da quella del significato, che in buona misura la trascende, ha portato anni fa Gilles Bibeau<sup>11</sup> a formulare una schematizzazione dell'«asse eziologico» ricavato dalle concezioni degli Ngbandi dell'Africa centrale, e a proporre la separazione tra il livello dei fatti *empirici* (per la biomedicina: le cause sperimentalmente dimostrabili della malattia, come i geni, i batteri o la degenerazione delle cellule; per le medicine tradizionali, in cui includo quella ippocratico-galenica: gli squilibri «termici» o l'effetto dei «miasmi») e il livello dei fenomeni *psico-sociali*, ove si può immaginare che agiscano le intenzionalità (umane o extraumane) di chi ha il potere di inviare le malattie. Al livello del «come» ci si ammala – riconducibile alle cause patogene che la biomedicina sa così ben determinare e combattere – si sommano così i due piani ulteriori, della *causa agente* (cioè del «chi» sta dietro ai fattori empirici, determinandone l'andamento) e della *causa iniziale* (o «ultima» che dir si voglia, quella del «perché» si sia attivata l'intenzionalità ostile del «chi»; ragionamento che fa entrare in gioco la responsabilità morale dello stesso malato, il quale rischia di vedersi imputare la colpa del male che lo affligge, avendo ad esempio suscitato l'invidia di un vicino o il risentimento degli antenati).

Sulla dimensione del significato, delle relazioni sociali e del valore dell'esperienza di malattia pesano fortemente i modelli culturali della società cui il paziente e i suoi familiari appartengono, sicché si è da tempo capito che non è possibile limitare la patologia alla sua dimensione prettamente organica, legata a malformazioni, lesioni o disfunzioni di tessuti, organi e sistemi corporei (il *disease*, o «infermità», secondo la ben nota tripartizione proposta dalla scuola di Harvard<sup>12</sup>), in quanto della sua re-

<sup>11</sup> G. Bibeau, *A Systems Approach to Ngbandi Medicine*, in S.P. Yoder (ed), *African Health and Healing Systems: Proceedings of a Symposium*, Los Angeles, Crossroads, 1982, pp. 43-84.

<sup>12</sup> Si veda L. Eisenberg, *Disease and illness. Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», 1, 1977, 1, pp. 9-23; A. Kleinman - L. Eisenberg - B.J. Good, *Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transcultu-*

altà esperita e vissuta dagli esseri umani fanno parte indissolubilmente anche la dimensione psichica e affettiva del vissuto individuale (*l'illness*, o «malessere») e quella sociale e politica del riconoscimento collettivo (o dell'imposizione) dello status di ammalato e della sua socializzazione (il *sickness*, o «stato di malattia»<sup>13</sup>). Quante volte succede che si «stia male» – e dunque si provi una condizione di profondo malessere – malgrado l'evidenza empirica (visite specialistiche, esami diagnostici, radiografie, ECG, TAC ecc.) non riveli alcuna alterazione della normale condizione di salute? E quanto spesso, anche qualora vi sia una ben individuata e ag-gredibile infermità organica, dopo la sua risoluzione sul piano clinico possono persistere a lungo sensazioni di malessere che i medici si rifiutano di trattare, in quanto non ne individuano le cause organiche e non ne riconoscono la natura? Non di rado può succedere che, dinanzi a dichiarazioni di sofferenza da parte di pazienti privi di conclamate evidenze di patologie organiche, ai bio-medici più schematici (e riduzionisti) capiti di non riconoscere la «realtà» a tali «malattie», come nell'episodio riferito da Lock e Schepers-Hughes:

«[Un]a paziente spiegò, con frasi zoppicanti, di fronte a una affollata classe di studenti di medicina del primo anno, che suo marito era un alcolista che talvolta la picchiava, che era stata letteralmente relegata in casa, negli ultimi anni, per accudire l'anziana e incontinente suocera e che era costantemente preoccupata per suo figlio, adolescente, che stava per essere espulso dalla scuola superiore. Benché la storia della donna avesse riscosso una grande solidarietà da parte degli studenti, alla fine una studentessa interruppe il professore per chiedergli: 'Ma qual è la vera causa dei mal di testa?'.

La studentessa di medicina, come molti dei suoi compagni, interpretò il flusso delle informazioni circa il contesto sociale come irrilevante ai fini della diagnosi biomedica. Voleva invece informazioni sui cambiamenti neurochimici, che riteneva costituissero la vera spiegazione causale. Questo pensiero profondamente materialistico è il prodotto dell'epistemologia occidentale ... ed è alla base della prassi clinica ... Ne risulta che la dimensione *soggettiva del disagio umano viene medicalizzata e individualizzata piuttosto che politicizzata e collettivizzata. La medicalizzazione implica inevitabilmente una mancata identificazione tra i corpi individuale e sociale e una tendenza a trasformare il sociale in biologico*»<sup>14</sup>.

È ben evidente come anche nella nostra società – per quanto razionali e secolarizzati siano i suoi membri – moltissimi pazienti, specialmente se

rale, in «Sanità Scienza e Storia», 1, 1989 (1978), pp. 3-26; B.J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità, 1999 (1994<sup>1</sup>).

<sup>13</sup> A. Young, *Antropologie della «illness» e della «sickness»*, in I. Quaranta (ed), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2006 (1982<sup>1</sup>), pp. 107-147.

<sup>14</sup> M. Lock - N. Schepers-Hughes, *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, in I. Quaranta (ed), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2006 (1990<sup>1</sup>), pp. 149-194, qui pp. 155-156, corsivo aggiunto.

afflitti da patologie gravi e dolorose, avvertano il bisogno di trovare una spiegazione al «perché» morale e sociale della loro sofferenza:

«Penso che [il mio tumore al polmone] sia casuale, ma soprattutto penso: 'Ma perché proprio a me?' O ho fatto qualche cosa di male, ma proprio male male male per meritarmelo? Chi lo sa? ... Mi sto scervellando, ma io cose grosse non ne ho fatte ... Giuro su Dio – io so' credente – cose volontarie di cattiverie non ne ho mai fatte» (donna di 62 anni)<sup>15</sup>.

Questa ricerca del perché della malattia da un lato si presta a proiettare su altri soggetti le responsabilità che oggettivamente il paziente stesso può vedersi imputare per l'insorgenza del male – come nel caso di intemperanze dietetiche o di altri stili di vita a rischio (fumo, alcool, droghe, promiscuità sessuale ecc.) – e così non dovere portare anche il fardello psicologico dell'«essersela andata a cercare». Ma tale ricerca offre strumenti ulteriori d'intervento anche in quelle condizioni che la medicina proclamerebbe «senza speranza», e per cui si limita a prevedere mere cure palliative, nella più totale rassegnazione all'imminente peggioramento e al decesso. In simili casi, che riguardano una fetta sempre più consistente della popolazione anziana, ciò si deve alla banale ragione che l'efficacia stessa della bio-medicina fa vivere le persone assai più a lungo, prevenendo e curando i loro mali acuti, che un tempo le avrebbero fatte morire in condizioni di gioventù e relativa «salute», sicché si diventa sempre più vecchi ed esposti alle patologie metaboliche, degenerative e croniche, per le quali non esistono rimedi efficaci, dovendosi rassegnare alla finitezza e caducità della nostra specie (quello che potremmo chiamare il «complesso di Titone»<sup>16</sup>). In simili frangenti è assai difficile, tanto per il malato come spesso anche per i suoi familiari, reggere psicologicamente a una situazione apparentemente «senza sbocchi», dimodoché il

<sup>15</sup> Tutte le citazioni che seguono sono tratte dai materiali raccolti da alcune studentesse e studenti della Laurea specialistica in Discipline etnoantropologiche della Sapienza Università di Roma (Emanuele Bruni, Silvia D'Amico, Serena Di Genova, Arianna Drudi, Sara Fabrizi, Anastasia Martino, Aurora Massa, Giovanna Salome) nel corso del 2006-2007, durante una ricerca etnografica sulle narrazioni di degenza coordinata dal sottoscritto e dalla dott.ssa Giovanna Natalucci, responsabile dell'U.O.C. U.R.P. dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma. Per alcuni risultati di tale indagine, si vedano C. Astolfi - L. Biscaglia - A. Iuso - A. Lupo - G. Natalucci, *Medico o dottore? Ti racconto la mia malattia*, Roma, Edizioni Panorama della Sanità - Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, 2008; A. Lupo, *Introduzione. Sessione I. Antropologia medica e Sanità Pubblica nel Lazio*, in M. Pavanello - E. Vasconi (edd), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e Sanità Pubblica*, Roma, Bulzoni, 2011, pp. 15-23; E. Bruni - S. Di Genova - A. Massa - G. Salome, «Progetto diari»: le narrazioni di degenza ospedaliera come strumento per migliorare la qualità della cura, in M. Pavanello - E. Vasconi (edd), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e Sanità Pubblica*, pp. 37-46, nonché il video *Ti racconto la mia malattia!*, vincitore del 1° premio nazionale del FORMEZ nel 2007.

<sup>16</sup> Titone era il mitico sposo di Eos (l'Aurora), che agli dèi benevoli incautamente chiese l'immortalità, anziché l'eterna giovinezza.



pensare che la propria condizione sia determinata anche da un superiore volere extraumano offre l'opzione di un'ulteriore e postrema risorsa, da sommare alle altre rivelatesi inefficaci. Di qui anche l'attesa dei miracoli e il pellegrinaggio nei luoghi di cura mistica: la statistica di quanti tornano guariti da questi «viaggi della speranza» è impietosamente deficitaria rispetto a quanti ricorrono ai presidi della medicina scientifica: sono assai più numerosi i pazienti guariti dei reparti di oncologia di quelli miracolati a Lourdes<sup>17</sup>. Eppure milioni di persone si affidano ogni anno a queste iniziative, non tanto per la concreta guarigione dal *disease* che ne riescono a ottenere, quanto per la speranza che vi ripongono e la rassicurazione psicologica che ne ricavano, che li aiuta a vivere con fiducia e paziente sopportazione il tempo restante, o anche semplicemente a riordinare il proprio atteggiamento verso la sofferenza e la malattia che la condivisione con tante altre persone afflitte può generare.

«Essendo stata sempre bene prima di quel momento [quando mi hanno diagnosticato il tumore], ero molto arrabbiata. All'inizio non riuscivo a parlare del mio male, mi ero chiusa in me stessa, rifiutavo totalmente di affrontare il problema. Poi, durante il ricovero, ho conosciuto un medico che mi ha spinto con la sua attenzione verso di me a esprimere ciò che tenevo dentro. Ho iniziato a riflettere su me stessa e ho capito che fino a quel momento mi ero considerata immortale, mi ero illusa di stare sempre bene, mentre la mia malattia mi ha fatto toccare da vicino la mia condizione reale, quella di essere umano. Ho capito che potevo vivere in modo diverso, privo di rabbia, godendo dei momenti che posso vivere. Bisogna comprendere che la vita non finisce con la malattia, cioè che si deve cercare di vivere al meglio il tempo che rimane, altrimenti si muore prima di morire» (donna di 67 anni con difficoltà respiratorie).

Ma al di là degli aspetti «consolatori» della speranza in una guarigione divina e del sollievo che essa può arrecare sul piano psicologico, non va trascurato il fatto che la dimensione del significato non è priva di connessioni con le risposte che l'organismo stesso può contrapporre alla malattia. Il fatto che gli esseri umani siano soliti attribuire un senso a tutto ciò che li circonda può certamente costituire un *handicap*, che li espone a forme di «somatizzazione» e di sofferenza per le proprie traversie sociali ed esistenziali. Basti pensare ai casi di «morte vodù» su cui da tanto tempo si interrogano neuropsichiatri e antropologi, che porterebbero a morire per la sola suggestione quanti si convincono di essere bersaglio di un'aggressione magica<sup>18</sup>. Analoga e di segno opposto a queste conse-

<sup>17</sup> Cfr. C. Gallini, *Il miracolo e la sua prova. Un etnologo a Lourdes*, Napoli, Liguori, 1998.

<sup>18</sup> M. Mauss, *Effetto fisico nell'individuo dell'idea di morte suggerita dalla collettività (Australia, Nuova Zelanda)*, in M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Torino, Einaudi, 1965 (1926<sup>1</sup>), pp. 327-347; W.B. Cannon, «Voodoo» *Death*, in «American Anthropologist», 44, 1942, 2, pp. 169-181; C. Lévi-Strauss, *Lo stregone e la sua magia*; G. Lewis, *La paura della stregoneria e il problema*

guenze estreme dell'effetto «nocebo» – che l'aspettativa di morte produceva negli aborigeni australiani studiati dagli etnografi britannici di fine XIX secolo, ma che affligge in non piccola misura anche tanti pazienti dei moderni nosocomi e *hospices* –, vi è anche l'aspettativa di guarigione, capace di far concretamente migliorare un cospicuo e ben misurabile numero di quei pazienti cui si somministrano farmaci privi di principi attivi, ovvero dei «placebo»<sup>19</sup>.

Quanto appena accennato mi permette di soffermarmi brevemente sulla potenza del significato, la virtù quasi taumaturgica che ogni terapeuta ha nello strappare dalla sua condizione di passività il malato (non a caso detto «paziente», perché «patisce»), ma anche e soprattutto perché è relegato in una condizione di passività non sempre a lui imputabile):

«Ne sopportiamo tante durante il giorno, è per questo che ci chiamano 'pazienti'; ma se loro fossero pazienti con noi, anche noi lo saremmo di più con loro» (donna di 54 anni, affetta da trombosi).

Se la malattia non è fatta di solo *disease* (cioè di riscontrabili manifestazioni organiche), quante volte – di fronte all'impossibilità di risolvere tali problemi – i medici rinunciano per la propria formazione riduzionisticamente organicista a fornire quel sostegno e quell'ascolto che sono di per sé fonte di stimolo per le risorse endogene dei malati, e che potrebbero concretamente farli stare meglio? Si considerino le parole di due pazienti afflitte da malattie croniche assai difficili da estirpare, ma che nondimeno nutrono profonda fiducia nel potere della relazione terapeutica, allorché a instaurarla siano operatori capaci di ascolto ed empatia:

«lo fino a che non ho trovato loro ero diventata una pazza davvero, poi ho trovato loro che mi hanno dato una tranquillità, mi sento davvero in buone mani, infatti quello che mi dicono di fare, faccio sempre ... Qui sono molto umani, e quello è tanto importante. Anche quando ti fanno la visita, ti mettono una mano sulla testa, una mano sulla spalla, una mano su una mano, gli infermieri stessi non ti chiamano mai ... – sai spesso quando vengono la mattina a fare il prelievo, aprono le porte, entrano, ti prendono il braccio ... – loro invece ci svegliano con una mano sulla spalla per nome, neanche per cognome, e ti dicono: 'S. mi dai il braccio, così facciamo il prelievo?' Sono brave persone, probabilmente

---

della morte per suggestione, in «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», 3-4, 1997, pp. 281-312; R.A. Hahn - A. Kleinman, *Belief as Pathogen, Belief as Medicine: «Voodoo Death» and the 'Placebo Phenomenon' in Anthropological Perspective*, in «Medical Anthropology Quarterly», 14, 1983, 3, pp. 3, 16-19; R.A. Hahn, *The Nocebo Phenomenon: Concept, Evidence, and Implications for Public Health*, in P.J. Brown (ed), *Understanding and Applying Medical Anthropology*, Mountain View, Mayfield Publishing Company, 1998, pp. 138-143.

<sup>19</sup> D.F. Moerman, *Placebo. Medicina, biologia, significato*, Milano, Vita e Pensiero, 2004 (2002<sup>1</sup>).

è proprio il reparto tutto ... sono persone molto, molto umane, ed è importante per questa malattia, perché se non vedi empatia, comprensione, è tutto più difficile» (donna di 35 anni, affetta da morbo di Chron).

«Se una persona è anziana e per di più malata, ha bisogno di conforto, di attenzione oltre che di medicine, di un sorriso, perché deve considerare che in un ospedale si perde ogni tipo di orientamento, si ci sente soli e confusi ... Io sono convinta che trattare i malati con umanità significa non solo farli sentire più compresi, ma vuol dire anche farli guarire prima in modo più dolce e meno faticoso per sé e per gli altri ... Noi siamo composti da corpo, mente e cuore. In ospedale invece si considera solo il fisico, non quello che c'è dietro. Secondo me è un problema di prospettiva più generale, perché i medici sono come addestrati a guardare al corpo sul modello di una macchina e non considerano i sentimenti e le sensazioni che ci fanno agire come esseri umani. Questa per me è la grossa lacuna della preparazione sanitaria. Bisogna capire che io non sono un malato, sono una persona che ha bisogno in questo momento di cure e che perciò già vive la degenza in modo traumatico ... Bisogna fare in modo che il malato sia partecipe della cura, che capisca le proprie condizioni, non agire come se ci si trovasse davanti a un bambino *cretino* a cui bisogna sorridere e scherzare perché non può capire. C'è la tendenza a trattare il malato come un oggetto. Il parlare sulla testa della gente è una vergogna e qui si fa. Se il medico dice qualcosa sulla mia vita, io ho il diritto di sapere. Mentendo non si rende la vita più semplice, ma solo più insicura. Ecco cosa si deve cambiare: queste semplici cose. Non cercare sempre di migliorare le medicine» (donna di 67 anni, con difficoltà respiratorie).

Per concludere, è bene rammentare che la «salute» non consiste solo nella mera assenza di patologie organiche ma, in una prospettiva olistica, anche nel benessere psicologico e relazionale, in una condizione di serenità mentale che paradossalmente può anche coincidere con l'aspettativa di beatitudine celeste di chi vede la malattia e la sofferenza come prove e strumenti per la conquista del regno dei cieli. E parallelamente, allorché chi è investito dell'onere della cura riesce a coinvolgere il malato nel processo terapeutico, gestendo il significato attribuito agli atti di cura in maniera tale da strapparli dalla sua condizione di passività e portarlo ad attivare processi di reazione endogeni, non è escluso che possa ottenere concreti miglioramenti nelle sue condizioni di salute complessive, se non addirittura producendo una piena guarigione. Un risanamento che la scienza magari non imputerà alle entità extraumane cui gli attori sociali possono eventualmente attribuirle, ma che gli antropologi ben sanno dipendere proprio dalla capacità che i simboli posseggono di sollecitare la nostra psiche: come efficacemente sostenne già settant'anni fa Claude Lévi-Strauss:

«La cura [sciamanica kuna] consiste ... nel rendere pensabile [in termini simbolici, attraverso l'evocazione di personaggi ed azioni mitici] una situazione che in partenza si presenta in termini affettivi: e nel rendere accettabili alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare. Che la mitologia dello sciamano non corrisponda a una realtà oggettiva è

un fatto privo di importanza: l'ammalata ci crede, ed è un membro di una società che ci crede. [...] Malgrado i microbi esistano, mentre i mostri non esistono[,] la relazione fra microbo e malattia è esterna alla mentalità del paziente, è una relazione di causa ed effetto; mentre la relazione tra mostro e malattia è interna a quella stessa mentalità, ne sia essa consapevole o meno: è una relazione tra simbolo e cosa simbolizzata, ... tra significante e significato. Lo sciamano fornisce alla sua ammalata un *linguaggio* nel quale possono esprimersi immediatamente certi stati non formulati, e altrimenti non formulabili»<sup>20</sup>.

È possibile che nel caso della partoriente kuna i meccanismi di sollecitazione dei processi endogeni di guarigione non vengano innescati esattamente dalle sequenze ipotizzate dall'antropologo francese, come hanno sostenuto sulla base dell'evidenza etnografica diversi studiosi<sup>21</sup>. Ciò che tuttavia resta pienamente convincente della proposta analitica di Lévi-Strauss è l'idea che la chiave dell'efficacia delle terapie rituali (e in una certa misura di tutte le terapie, in ragione del significato che i pazienti sempre attribuiscono ad esse) risieda nella capacità delle loro aspettative di guarigione (e dunque anche delle concezioni magico-religiose che le ispirano) di sollecitare e orientare il pensiero e le emozioni dei malati, strappandoli così alla loro condizione di passività, scuotendoli dalla rassegnazione e dall'inerzia che la malattia impone loro e inducendoli a divenire attivamente co-protagonisti, assieme al terapeuta, della propria cura, co-artefici della propria agognata e non irraggiungibile guarigione<sup>22</sup>.

<sup>20</sup> C. Lévi-Strauss, *L'efficacia simbolica*, in C. Lévi-Strauss, *Antropologia strutturale*, Milano, Il Saggiatore, 1975 (1949<sup>1</sup>), pp. 210-230, qui pp. 221-222.

<sup>21</sup> J. Sherzer, *Curing and Magic: Counseling the Spirits*, in J. Sherzer, *Kuna Ways of Speaking. An Ethnographic Perspective*, Austin, University of Texas Press, 1983, pp. 110-138; M. Squillacciotti, *Il linguaggio dei segni nel canto del 'Muu igala'*, in M. Squillacciotti, *I Cuna di Panamá. Identità di popolo tra storia ed antropologia*, Torino, L'Harmattan Italia, 1998 (1995<sup>1</sup>), pp. 123-147; C. Severi, *La memoria rituale. Follia e immagine del Bianco in una tradizione sciamanica amerindiana*, Firenze, La Nuova Italia, 1993; C. Severi, *Il percorso e la voce. Un'antropologia della memoria*, Torino, Einaudi, 2004.

<sup>22</sup> Per un approfondimento di questa tematica, su cui la letteratura è vastissima, si vedano almeno: R. Beneduce, *Dall'efficacia simbolica alle politiche del sé*, in R. Beneduce - E. Roudinesco (edd), *Antropologia della cura*, Torino, Bollati Boringhieri, 2005, pp. 7-27; G. Bibeau, *L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli Angbandi*, in V. Lanternari - M.L. Ciminel-li (edd), *Medicina, magia, religione, valori. II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Napoli, Liguori, 1998 (1983<sup>1</sup>), pp. 131-158; J. Dow, *Universal Aspects of Symbolic Healing. A Theoretical Synthesis*, in «American Anthropologist», 88, 1986, 1, pp. 56-69; A. Lupo, *Capire è un po' guarire*; A. Lupo, *Malattia ed efficacia terapeutica*, in D. Cozzi (ed), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia, Morlacchi, 2012, pp. 127-155; R. Prince, *Shamans and Endorphins. Hypothesis for a Synthesis*, in «Ethos», 10, 1982, 4, pp. 409-423; T. Seppilli, *La questione dell'efficacia delle terapie sacrali e lo stato della ricerca nelle scienze umane. Dialogo a cura di Pino Schirripa*, in «Religion e Società», 48, 2004, pp. 75-85; C. Severi, *La memoria rituale*, e, dello stesso autore, *Il percorso e la voce*; J.B. Waldram, *The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues*, in «Medical Anthropology Quarterly», 14, 2000, 4, pp. 603-625.