

Donne e Ragazzi Casalinghi

Dispensa di pratiche ludiche - numero G/f- autunno 2613 (2001)



IL TEATRO DELLA SALUTE

- ◇ IL CORPO MALATO DELL'OCCIDENTE
- ◇ UN IDEOGRAMMA PER GUARIRE
- ◇ UN TOCCO AL POLSO DURATO MILLENNI
- ◇ PER UNA GEOGRAFIA DELLE ERBE
- ◇ DANZANDO SULLA VIA LATTEA
- ◇ UN TAMBURO PER ROMPERE I GHIACCI
- ◇ NEI SOGNI DI UNA LEVATRICE
- ◇ L'AVVENTURA DELLA MEDICINA "CREOLA"

**A SCUOLA DEGLI ANIMALI E DELLE
PIANTE**

sesta parte

n. 71

IL TEATRO DELLA SALUTE

Il trionfalismo della medicina moderna di fronte al diffondersi di antichi sistemi di cura e di nuove prospettive terapeutiche. Una sfida da raccogliere per arrestare

la forsennata ricerca del benessere ad ogni costo e per reintegrare l'infermità e la morte in una visione più complessa della vita.

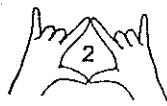
Il corpo malato dell'Occidente

ELISABETTA CONFALONI

«**L'***Hypochondria universalis* ha varianti nosologiche. Si dispiega quando il problema della morte diventa assillante. Quando la conoscenza della finitezza s'innerva su una coscienza alterata della temporalità: questa sembra accelerarsi, come nelle fasi di decadenza, o accrescere le chances di vita, modificare gli scarti tra classi d'età, mummificare, trasformare l'involucro, l'apparenza prolungare la giovinezza, confondere, - ed è ciò che avviene sotto i nostri occhi post-moderni». L'immagine della manutenzione ipocondriaca del presente, presa in prestito dallo sguardo di un antropologo contemporaneo (Cfr. Remo Guidieri, *La manutenzione, ne Il sapere della guarigione*) si porge, in un luccichio semantico, a interpretare la forsennata ricerca della salute-benessere posta in atto dalle nostre società. *Trend* emergente, oggetto denso nel cuore delle indagini sociali, sembrerebbe che di un tale feticcio siamo impossibilitati a disfarci.

Fotografia tratta da
"The fugitive
gesture"
ed: Idea book

Se ne preoccupa tra altri Daniel Callahan, tra i fondatori del Centro di studi internazionali di Hastings: nel libro *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna* (Baldini & Castoldi 2000) l'eminente studioso dei rapporti tra medicina ed etica, sferra una poderosa critica alle strategie trionfalistiche della medicina che, negli ultimi anni, hanno incoraggiato la crescita di smisurate aspettative degli abitanti del pianeta rispetto alle possibilità di efficacia delle terapie con la complicità del marchingegno dei mezzi di comunicazione.



Un simile vizio alimentato dalla comunità scientifica avrebbe prodotto alcuni esiti pericolosi: da una parte l'impossibilità per la tecnica di rinunciare alla volontà di dominio sulla natura, e con essa l'incapacità di sottomettersi alla fisiologia, fissando l'infermità e la morte come difetti biologici da eliminare piuttosto che passaggi da integrare in una visione composita della vita. Una versione moderna del peccato di *hybris* dell'antichità. Ulteriore conseguenza: la ridefinizione del luogo della medicina in cui avrebbero trovato riparo una gamma di problemi sociali come l'abuso di sostanze o la violenza, un tempo estromessi dal paesaggio della terapia medica. Si tratterebbe, per Callahann, dell'erronea collocazione di tematiche significative della modernità nella posticcia cornice della medicina, all'ombra dell'illusione che spaccia il tentativo quasi religioso di «migliorare la propria salute e il proprio corpo» con «il segreto del significato della vita».

Le figure dell'eccesso disegnate da Callahan si stagliano, in verità, sull'orizzonte di un consumismo dello star-bene che oscura, omologandoli con la sua ottusa e strabordante offerta, modelli della salute e della cura. Scaturiti talvolta da processi teorici e sociali di rara complessità nel cuore di un Occidente divenuto l'altrove di flussi di migranti senza più territorio, tali modelli sono ormai depositati nel nostro tempo. È il caso della diffusione in Europa e negli Stati Uniti della conoscenza, quando non addirittura dell'utilizzo di sistemi medici o dei dispositivi di salute di altre culture.

Sfrondata la facciata consumistica della domanda di salute, assistiamo all'emersione di nuclei sapienziali di sistemi antichi accanto a prospettive terapeutiche più recenti come l'omeopatia, a veri e propri «saper fare», come l'Etnopsichiatria sviluppatasi all'interno dei recinti di discipline solo formalmente delimitate grazie ai processi di contaminazione informale all'opera tra le culture. Tali sistemi, fortemente contrassegnati da valenze culturali, si incrociano oggi con i portati più ortodossi della medicina moderna, talvolta proponendosi come percorsi paralleli, integrativi oppure suscitando interrogazioni, volontà di assimilazione e di confronto. È necessario qui ricordare che, per la medicina scientifica, il contatto con altre culture ha avuto luogo dopo che l'innesto, relativo agli ultimi 50 anni, di discipline complementari sul fusto della scienza occidentale aveva modificato profondamente il rapporto di questa con gli oggetti della conoscenza. Con il contributo delle etnoscienze sono stati redatti dizionari, studiate classificazioni, decifrati sistemi di pensare e agite la salute, la malattia e la cura, mentre psicologia, immunologia e psicosomatica hanno ripristinato quel circuito che fa dell'organismo un *totum*, interrotto da Cartesio con l'edificazione del dualismo *res cogitans* - *res extensa*.

Saranno allora alcuni dei protagonisti di un *Teatro della salute* ad avvicinarsi su queste pagine de *il manifesto* - a partire da oggi e fino al 29 agosto. Che appartengano da millenni al

l'armamentario terapeutico dell'umanità, come la fitoterapia, la medicina tradizionale cinese, l'Ayurveda o la medicina tibetana, o che vengano utilizzati in alcune aree del mondo - è il caso della medicina maya quiché o delle terapie adoristiche in Maghreb o del sistema dei guaritori Sérer - o rientrino nell'area delle discipline specifiche, come l'etnopsichiatria, nessuno di essi ha comunque valore archeologico perché utilizzati ancora oggi e raccontati dalle voci di medici e ricercatori che spinti dal richiamo di conoscenza rivolto loro da altri mondi, hanno voluto raccogliere nelle loro vicende umane e professionali il solco di una doppia tradizione.

Sprovvisi delle icone della potenza, senza per questo rinunciare all'efficacia, questi saperi potrebbero - è questa l'interrogazione che affianca il nostro percorso - mitigare le promesse trionfalistiche della terapeutica biotech declinando l'esercizio della salute all'interno di contenitori sociali e di cultura, piuttosto che imboccare la direzione inversa criticata da Callahan. Forse, ma a patto di non snaturarsi completamente o perdere la fisionomia strada facendo, sconfitti o fagocitati da poli attrattivi più forti di loro.

Gli eventi storici che hanno offerto a questi sistemi l'occasione per veicolare elementi di anomalia all'interno della ragione occidentale sono diversi e non sempre omogenei: certo deve essere ricordato quel cambiamento di politiche sanitarie annunciato dall'Organizzazione mondiale della Sanità già nel 1975 con uno studio sui sistemi di medicina tradizionale. Nel 1978, dalla cittadina russa di Alma Ata, fu promulgata la risoluzione «Salute per tutti entro il 2000» con la quale gli stati membri si impegnavano a valorizzare e rafforzare le risorse di salute disponibili - e tra queste le medicine tradizionali e i guaritori - per consentire agli abitanti della terra il raggiungimento di un dignitoso livello di salute entro la fine del millennio. Al di là degli esiti non sempre felici di cui questo evento si è rivelato generatore negli anni - allo scoccare del 2000 si è dovuto constatare il mancato raggiungimento non solo di una salute accettabile, ma perfino minima nei paesi del Sud del mondo - la risoluzione poneva le basi per la promozione e lo sviluppo delle medicine tradizionali, utilizzate, in paesi come l'Africa, dall'80% della popolazione; incoraggiava poi lo studio dei farmaci tradizionali e facilitava la professionalizzazione di quei gruppi di guaritori che da secoli se ne tramandavano i saperi.

Piuttosto che di integrazione dei sistemi tradizionali con la medicina ortodossa si cominciò in quegli anni a parlare di «articolazione» tra due ambiti, concetto di cui chi scrive ha ricevuto una significativa delucidazione nel corso di

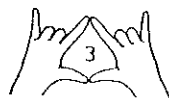
un incontro con Arouna Keita, farmacista responsabile del Centro di medicina tradizionale di Bamako in Mali, oggi scomparso, attraverso l'indicazione ostensiva di un braccio alzato e a partire dal quale «si articolava» la mano.

L'intervento dell'Oms favoriva, contemporaneamente, la valorizzazione di quei metodi di provata efficacia sul piano empirico nati nel solco del vitalismo e delle filosofie della natura europee: omeopatia, floriterapia, naturopatia, ecc. che, dopo alterne vicende di visibilità e riconoscimenti, in quegli anni ricevevano negli ambienti della medicina ortodossa la considerazione di pratiche destinate al più alla cura dei disturbi psicosomatici.

Uno dei rari studi sociologici sulle medicine non convenzionali - il lavoro della finlandese Vaskilampi, realizzato nell'ambito di un progetto dell'Unione Europea - sottolinea come al fenomeno delle medicine non-convenzionali si possa guardare come ad un vero e proprio movimento sociale sviluppatosi nel cuore delle società e dei processi storici post-moderni in cui verità e strutture conoscitive subiscono indebolimenti e dissipazioni. In tempi sociali in cui soggettività ed esperienza vengono alla ribalta, parallelamente alla disintegrazione delle strutture sociali, movimenti laici come il femminismo, gruppi ecologisti e new age hanno proposto una possibilità diversa di partecipazione sociale favorendo l'avvento di nuovi stili di vita.

Gli apparati teorici di riferimento offerti sono spesso deboli, ma consentono rapidi spostamenti e sovrapposizioni di livelli e discorsi, oltre ad una più agile contrattazione dei terapeuti con clienti e mercato, e determinano nel corso di un ventennio lo sviluppo di un fenomeno quasi completamente sganciato dal controllo statale.

È evidente che un paesaggio così variegato e continuamente in divenire finisce anche col presentare falsi miti e nascondere involontariamente dietro ad essi le sue istanze più significative. Basterà citare l'ambiguità di alcuni concetti di sapore romantico che si trovano qui abbinati alla medicina: ad esempio «naturale» e «dolce», due aggettivi spesso rivendicati per le medicine non convenzionali. È ambigua e sfuggente infatti nel nostro tempo la declinazione del concetto di naturalità lì dove non può essere giustificata l'attribuzione con l'utilizzo di sostanze provenienti dal regno animale, vegetale, minerale - comunque composte in preparati che richiedono interventi di trasformazione (cioè arte-fatti). Se questo fosse il discrimine bisognerebbe accogliere all'interno della categoria nuovissimi farmaci biotecnologici nella categoria. Non si può ignorare come le elaborazioni teoriche e la sensibilità estetica postmoderna contribuiscano alla fissazione di concetti di natura più allargati e sfumati, quale quello proposto dallo psicoanalista James Hillman quando osserva che «si possono imitare i processi della natura, anziché i prodotti di quei processi, lo stile della natura, anziché le cose; come direbbero i filosofi, la natura *naturans* anziché *naturata*» (*Fuochi blu*). L'imitazione dei processi della natura è proprio ciò verso cui tendono in questo tempo le biotecnologie.



Allo stesso modo potrebbe essere imbarazzante e addirittura poco fruttuoso definire «dolce» un intervento di agopuntura. Secondo recentissime osservazioni che impiegano la tomografia ad emissione di positroni, non ci si può meravigliare nel constatare l'induzione di un efficacissimo effetto analgesico, e forse a breve, di riscontrare i fondamenti scientifici che fanno sì che questa tecnica, nell'arco di poche sedute, induca una remissione di quadri patologici severi. Allo stesso modo non si potrebbero definire miti le pratiche depurative dell'Ayurveda quando utilizza emetici e lassativi.

Certo è possibile fare riferimento alle modalità non-violente con cui queste tecniche globalmente promuovono la guarigione stimolando la risposta dell'organismo. Ma per valorizzare queste è necessario forse scoperciare altri scenari. Le medicine tradizionali e accanto ad esse molti dei sistemi non-convenzionali nati in Occidente sembrano rivolgersi al paziente come ad una entità biologica, emotiva e spesso spirituale che, traghettando nello spazio limitato e imprevedibile dell'esistenza, produce eventi di crisi spesso leggibili come adattamento ed elaborazione di fasi storiche. È il tema che attraversa la filosofia omeopatica nella sua proposta di un farmaco individualizzato o l'importanza del *mizar*, il temperamento, nella medicina greco araba. Nel caso di una disciplina come l'etnopsichiatria - di cui anticipiamo lo scritto di Piero Coppo, domani su queste pagine - questa muove nei suoi esordi da intenti classificatori per pervenire negli esiti contemporanei all'implosione della nosografie e alla rivendicazione dell'inesistenza dell'essere umano generico: «Gli esseri umani reali sono necessariamente specifici, locali» è la sfida di Tobie Nathan.

In questa accettazione dell'individuale, dello specifico, di ciò che è culturalmente caratterizzato questi sistemi sembrano accogliere la strutturalità dell'evento di crisi come parte integrante del ciclo vitale degli individui in seno ai gruppi umani. E nel far questo reinscrivono le biografie individuali in orbite cosmogoniche più vaste e mitografie specifiche, annodando i fili tra mondi visibili e invisibili la cui violazione o mancato riconoscimento può costituire, come presso le confraternite Gnawa del Maghreb, l'origine di disturbi. Questi sistemi producono modelli di terapie ecologiche perché sono dotati di competenze per il riconoscimento delle alterazioni strutturali dell'ambiente nel micro e nel macro.

L'influenza potenziale di questi sistemi di salute sul nostro sembra consistere nella suggestione di modelli nei quali l'intervento medico sia limitato e altissima l'attenzione alle dimensioni sociali del vivere: l'ambiente, il nascere, il crescere, il lavorare, l'essere con altri. In cui la capacità di fronteggiare il dolore, l'infermità e la preparazione alla morte rientrano comunque nei compiti di responsabilità dell'individuo adulto. Un tale modello curiosamente coincide con la III possibile via della Medicina suggerita dal bioeticista Callahan quando alla promessa illusoria di una *restitutio ad integrum* dal male (I via) o alla rassegnata convivenza con le malattie croniche (II) preferisce una medicina equa e pubblica che moderi le sue aspirazioni verso «l'infinitamente migliore» e promuova l'assunzione di responsabilità degli individui nei confronti della propria salute.

È evidente che il piano di fruizione dei modelli di salute nel nostro tempo non può che rappresentare un livello di costante contaminazione, traduzione e «intercessione» nel quale nessun modello esiste oramai più nell'originalità, al di fuori di un gioco di specchi. Potremmo ipotizzare che la posta in gioco sia, per i saperi tradizionali vedere dimostrati i propri fondamenti e la propria efficacia al prezzo della perdita dei miti di creazione. Da questo incontro potrebbe scaturire, però, per le società occidentali scientifiche e tecnocratiche l'occasione di riconoscere i propri modelli di sviluppo erronei e smascherare quella presunta ingenuità che vorrebbe contrabbandare per naturali ed innocue certe nostre visioni del mondo.



il manifesto martedì 14 agosto 2001



IL TEATRO DELLA SALUTE

Cade la distinzione tra tecnica e politica, sono la società e la cultura per l'etnopsichiatria a determinare alcune delle sofferenze psichiche più diffuse.

Di fronte alle quali il terapeuta non può più porsi il problema della cura della persona senza mettere in discussione il contesto che l'ammala



Mali, trattamento per la riduzione di una frattura.
Foto Walter Albisetti

La società delle cattive maniere

PIERO COPPO

Certo il professor Emil Kraepelin, neuropsichiatra tedesco contemporaneo di Sigmund Freud, non immaginava, partendo per Giava ai primi del '900, di inaugurare un'area di ricerca che sarebbe poi divenuta uno dei tre principali motori dell'etnopsichiatria.

La maggiore preoccupazione del fondatore della moderna classificazione delle cosiddette «malattie psichiche» era mettere ordine nei manicomi del tempo, abitati dai più eterogenei rappresentanti di un'umanità tanto variegata quanto disgraziata: folli, psicopatici, criminali, sifilitici, prostitute... Una volta isolati i folli dagli altri (lavoro già iniziato da chi l'aveva preceduto) bisognava però classificarli per tipi, così come si stava procedendo nelle scienze naturali con piante, insetti, minerali: solo in questo modo infatti, costruendo oggetti coerenti su cui poi poter lavorare (modelli per raggruppare pazienti in classi e categorie nosografiche, appunto), la psichiatria sarebbe diventata «scientifica». Al fine di preservare la purezza dell'oggetto, Kraepelin riteneva addirittura preferibile che lo psichiatra non conoscesse la lingua del paziente: sarebbe stato così meno distratto da implicazioni emotive o curiosità accessorie, e più concentrato sull'essenziale: l'osservazione dei fenomeni, di comportamenti, posture, gesti.

Kraepelin, con i limiti dell'epoca, era uno scrupoloso e attento uomo di scienza, come dimostrano gli innumerevoli rimaneggiamenti dei suoi schemi classificatori a significare lo sforzo continuo, ma sempre frustrato, di fissare in istantanee i «veri» tipi, nascosti dalle ingannevoli apparenze delle molteplici forme (e nei suoi

scritti emergono come lampi intuizioni immaginose sconvolgenti per l'epoca: classificando non costruiamo, piuttosto che una rappresentazione fedele del vivente in trasformazione, uno specchio irrigidito delle forme del nostro stesso pensiero, un mondo fittizio di idee, di idoli?).

Cogliendo l'occasione di una visita a amici e parenti, Kraepelin partì per l'Oriente col proposito di verificare se anche quegli altri, diversi ma pur sempre umani, chiusi nei manicomi là costruiti dai colonizzatori, presentavano gli stessi disturbi: se cioè quelle che osservava quotidianamente a Monaco erano davvero espressioni, sia pur patologiche, della Specie, quindi entità naturali presenti ovunque, o non piuttosto invenzioni, o frutto di storie e condizioni particolari.

Nel suo viaggio fece interessanti osservazioni: già dentro il manicomio apparivano differenze significative, ma soprattutto ne apparivano fuori, nelle comunità rurali, dove alcuni comportamenti, certo psicopatologici per la Neuropsichiatria, venivano invece considerati dalle culture locali, anche se eccessivi, normali.

La domanda sull'universalità delle forme psicopatologiche anima uno dei principali vettori e delle possibilità dell'etnopsichiatria: verificare, grazie all'opportunità di confrontare manifestazioni di popoli tra loro diversi e lontani, quanto delle «malattie della psiche» appartenga alla invariante natura umana, e quanto sia invece prodotto da situazioni, condizioni, influenze locali.

Da lì nasce un percorso ricco di osservazioni e considerazioni preziose che continua ancor oggi (si vedano le recenti ricerche sulle epidemie di suicidio infantile-giovanile in società sottoposte a tumultuose trasformazioni: come Melanesia e Nativi Canadesi). Si tratta forse dell'unica via disponibile alla Scienza (che non può sull'uomo sperimentare liberamente) per sapere quanto, di quella delicatissima funzione che chiamiamo psichica, sia legato alla natura, alla biologia; e quanto sia invece dovuto alle condizioni di vita, all'ambiente, a condizioni specifiche.

La posta in gioco è ovvia: se un disturbo psichico apparisse in un popolo e non in un altro, o si rivelasse in uno significativamente più frequente che in un altro, si potrebbe allora pensarlo come determinato, o facilitato, da caratteristiche sociali, ambientali, o culturali specifiche. Le conseguenze sulle attività di cura, ma soprattutto di prevenzione, sarebbero enormi. Allora, il terapeuta non potrebbe porsi il problema della cura della persona senza mettere immediatamente in discussione il contesto che la ammala; la distinzione tra tecnica e politica cadrebbe, e i medici dovrebbero porsi inevitabilmente il problema della salute delle comunità di cui curano i membri. In questi casi infatti il paziente soffrirebbe la spinta patogena del suo ambiente (di cui sarebbe un sintomo), o ne manifesterebbe l'inefficacia dei meccanismi di protezione.

Che le diverse culture e situazioni possano colare in specifiche forme la sofferenza psichica è oggi un dato acquisito, dopo che diverse fonti hanno documentato in determinate culture sindromi specifiche, non riscontrabili in altre. Attualmente, dopo che ne sono state contate più



di cinquanta, queste «sindromi legate alla cultura» appaiono enumerate in cataloghi, sorta di inventari di curiosità e bizzarrie esotiche (il terrore dei fantasmi di ghiaccio antropofagi dei Nativi Canadesi, i genitali maschili che si ritirano nel ventre a Singapore, la corsa omicida dei giovani uomini, i «corridori di Amok», e la compulsi- sione femminile a ripetere le parole altrui e proferire oscenità in Malesia). Ma, a parte queste lontane sindromi che coinvolgono un piccolo numero di persone e non riguardano direttamente l'Occidente, l'insopportabile dubbio di fondo è che certe società e culture non solo met- tano in forma, ma addirittura determinino alcu- ne delle sofferenze psichiche più diffuse; e che questo riguardi anche il nostro mondo. Dubbi di questo tipo sono stati sollevati in particolare per la depressione e la schizofrenia, considerate da alcuni sindromi legate alle moderne culture oc- cidentali, e da queste in parte determinate.

Su questa pista, che Kraepelin aveva chiama- to *Psichiatria comparativa*, hanno continuato a lavorare psichiatri coraggiosi. Henry B. Murphy, per esempio, si era dedicato alla «psichiatria transculturale» (altro termine, con altre sfuma- ture, per dire etnopsichiatria) dopo aver osserva- to nei campi profughi della II guerra mondiale la varietà dei disturbi psichici presentati dai vari gruppi di internati: polacchi, ebrei, lettone. Cer- cando di chiarire le determinanti sociali, econo- miche, culturali delle psicopatologie considerate da altri come date, biologiche, naturali, spinse la ricerca non solo in aree geografiche lontane, ma anche a ritroso, nella storia; e si convinse, per esempio, (e lo scrive nel suo testo *Comparative Psychiatry* pubblicato nel 1982), che la depres- sione nacque, così come oggi la conosciamo, in Inghilterra dalle trasformazioni legate alla rivo- luzione industriale e all'impianto del capitali- smo cristiano-protestante tra '700 e '800; e non per nulla infatti era chiamata «malattia inglese», *spleen*, da curare con svaghi e spaesamenti.

Anche Georges Devereux, di cui dirò dopo, ebbe il coraggio della chiarezza. In un testo del 1965, ripubblicato recentemente, scriveva: «Considero la schizofrenia come pressoché incurabile, non perché sia dovuta a fattori organici, ma perché i suoi sintomi principali sono sistematicamente alimentati da alcuni dei valori più caratteristici, più potenti – ma anche più disfunzionali – della nostra civilizzazione.» E si chiedeva di conse- guenza come un dottore che soffre, senza però ammetterlo o addirittura saperlo, delle disfun- zioni che alimentano il male del suo paziente, possa sperare di curarlo.

Occorre sottolineare che non si tratta qui di prese di posizione risentite, passionali, superfic- ciali, basate su slogan, come quelle cui una certa contestazione antipsichiatrica semplicistica (anche se spesso motivata) e di moda ci ha abituati; ma di considerazioni che derivano da un rigoro- so, paziente, difficile, laborioso lavoro di analisi e riflessione che si pone dentro l'ambito della Scienza e che a tratti raggiunge alti livelli di ela- borazione teorica e metodologica.

Anche altri, in seguito, sull'onda della conte- stazione antiautoritaria che sconvolse l'Occiden- te negli anni '60 e '70, criticarono a fondo, po- nendosene al di fuori, l'apparato psichiatrico e la società che l'aveva espresso, a volte con la stessa serietà e profondità di argomentazioni, spesso con maggiore radicalità, decisione e forza: Her- bert Marcuse, Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia, per citarne alcuni. Ma, diversamente da essi, gli «psichiatri comparativi» in- tendevano restare nell'ambito di questa società, della psichiatria e della Scienza. In un certo sen- so, volevano verificare, dall'interno del sistema psichiatrico, la tenuta del sistema stesso per ren- derlo, finalmente, coerente.

Per tornare a Gorge Devereux, è suo il primo testo in cui viene organicamente descritto il sa- per-fare di un popolo altro nelle aree che noi chiamiamo psicologiche e psichiatriche: *Etno- psichiatria degli indiani Mohave* (1961). Deve- reux era ungherese, laureato in fisica, pianista, grecista, psicanalista, etnologo. Passò vari anni della sua vita in altri mondi, con altri popoli: con i Mohave della California, ma anche con i Se- dang-moi in Vietnam. Ciò che andava via via os- servando, e lo sforzo per piegarlo alla gabbia psi- coanalitica, lo costrinse a una fortissima tensio- ne teorica. Da quella fatica sono scaturite alcune delle più interessanti scoperte e invenzioni me- todologiche della moderna etnopsichiatria, che tuttora orientano chi si avventuri in questo campo.

Devereux formò a Parigi, in seminari e labo- ratori destinati a una piccolissima cerchia di al- lievi, alcuni che hanno ruoli di rilievo nell'etno- psichiatria attuale; tra i quali il più conosciuto è Tobie Nathan. Devereux è senza dubbio la figura principale di questo secondo motore dell'etno- psichiatria, quello di matrice etnografica, che ri- cerca sui saper-fare altri, li studia e li descrive con attenzione anche per scoprire cosa contengano di utile per il mondo della Scienza: se non altro, delle preziose sfide metodologiche, delle feconde impossibilità di traduzione che metta- no in luce angoli bui, impasse nel metodo scien- tifico. Devereux riassumeva in sé le competenze dell'etnologo e dello psicanalista; altri, dopo di lui, saranno obbligati al lavoro interdisciplinare per trattare la stessa materia. Antropologi, etno- logi, psicologi, sociologi, psichiatri, medici, stori- ci, etnomusicologi, etnoscientziati e etnobotanici si troveranno d'ora in poi a lavorare gomito a gomito, in relazioni non sempre pacifiche, nelle aree dell'etnopsichiatria. Uno straordinario esempio di gruppo multidisciplinare al lavoro nelle culture subalterne italiane fu quello che riunì, tra gli altri, Ernesto de Martino, Diego Car- pitella, Giovanni Jarvis, Raffaello Misiti in Luca- nia, Puglia, Emilia: le loro osservazioni e riflessio- ni forniscono tutt'ora all'etnopsichiatria mate- rialti di prim'ordine.

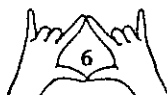
Questo ambito di ricerca ha prodotto un ric- chissimo archivio di pratiche e saperi espressi da popoli viventi nel presente o nel passato, nello sforzo di assorbire e trasformare il disordine ec- cessivo e la sofferenza che i disturbi psichici por- tano a individui e gruppi.

Negli stessi anni altre esperienze finirono per completare l'ambito dell'etnopsichiatria dotan- dolo del terzo, fondamentale motore: quello ap- plicativo.

Per ammodernare il manicomio che i coloni avevano costruito a Dakar, in Senegal, per ospi- tare innanzi tutto soldati e funzionari colpiti dalla «follia dei tropici», poi le élite locali, fu scel- to un ufficiale medico francese, psichiatra e psi- canalista, Henri Collomb, vicino all'Etnologia parigina. Collomb si installò col suo gruppo di lavoro costituito da medici, psicologi, antropolo- gi ed etnologi all'Ospedale di Fann, vicino a Da- kar. Subito prese a frequentare, e conoscere, le grandi figure degli iniziati locali: cacciatori, gua- ritori, leader religiosi. Cacciatore lui stesso e non di prede facili (cacciava il coccodrillo alla manie- ra africana, immerso nell'acqua fino alla cintola), pilota d'aereo, medico, chirurgo, militare, aveva tutti i requisiti per essere accettato come un ini- ziato e un leader delle comunità tradizionali lo- cali. Poté così raccogliere ed elaborare, utilizza- ndo le diverse competenze dei suoi collaboratori, molti elementi dei saper-fare locali; per intro- durli immediatamente nel lavoro della cura.

I guaritori entrarono nell'Ospedale, Collomb entrò nelle case dei guaritori; all'ombra di un al- bero nel cortile dell'Ospedale venne riprodotto il modo tradizionale di discutere le storie dei pa- zienti, facendo della parola pubblica (che impli- ca parenti, compaesani, passanti, tecnici vari) il fulcro della presa in carico. Collomb favorì la creazione di villaggi terapeutici rurali dove gua- ritori e infermieri, sotto la supervisione di medici e psichiatri, curavano pazienti nel contesto lin- guistico e culturale d'origine; e riversò poi i risul- tati del suo lavoro in una serie di scritti e nella ri- vista, *Psychopathologie africaine*, tuttora esisten- te. Cercò, poco prima di morire, di esportare l'e- sperienza in Francia, scontrandosi però con l'ap- parato psichiatrico francese e con le difficoltà in- site in un simile progetto. Quasi nello stesso tempo, in Nigeria, un altro psichiatra, Thomas A. Lambo, formato in Inghilterra alla nascente psichiatria di comunità, iniziava esperienze ana- loghe.

I lavori di Collomb e Lambo avviarono una serie di riflessioni sull'esportabilità in altre regio- ni del globo della psichiatria nata in Occidente e sul necessario dialogo coi leader tradizionali e i guaritori locali; e motivarono diversi interessanti tentativi di articolare la medicina che si richia- ma alla Scienza coi sistemi locali, indigeni di cu- ra. Tra questi un'esperienza italiana, il Centro di Medicina Tradizionale della Quinta Regione in Mali, realizzato negli anni '80 dalla Cooperazio- ne e dall'Istituto di Psicologia del Cnr, è tuttora attiva.



Qualche anno ancora, e la cosiddetta «emergenza migratoria» avrebbe trasferito in Europa la questione del come far coesistere culture e saper-fare diversi; e di conseguenza, di quali forme e compiti dare a servizi sanitari e scuole in società multiculturali. L'altro, l'esotico, era ormai in carne e ossa qui, dentro casa.

Proprio da questo punto prende l'avvio il lavoro di Tobie Nathan a Parigi. Lui stesso immigrato (figlio di un profumiere ebreo del Cairo), allievo di Devereux, psicologo e psicanalista, Nathan raggruppa forse meglio di chiunque altro il passaggio dalla storia dell'etnopsichiatria al suo possibile futuro. Nel Centre Devereux (Università di Parigi VIII) da lui creato, viene rivoluzionato il setting, il contesto dell'aiuto psicologico alle famiglie migranti. Non c'è più lo psicologo o lo psichiatra seduto dietro la scrivania o su una poltrona, con di fronte l'altro, il portatore di disturbi, ma anche di una cultura da decifrare e includere in categorie conosciute. Nathan sceglie di non «strappare le radici», di non estirpare il paziente dalla sua cultura e dal gruppo naturale di appartenenza (quello concreto, reale: la famiglia, gli amici, i compaesani; e quello immateriale, ma altrettanto reale, degli antenati, delle entità invisibili raccontate nei miti, nelle narrazioni di fondazione) per includerlo in quelli che lui chiama i «gruppi statistici» di pazienti: i depressi, gli anoressici, i borderline. Da questa scelta, e da quella di prendere alla lettera (per metterli alla prova sperimentandoli) i saper-fare dei guaritori tradizionali, deriva l'originalità, e la fedeltà, del lavoro nathaniano.

Non si tratta più qui di tradurre altre lingue nel saper-fare occidentale: ma di inventare un nuovo saper-fare, obbligati dalla sfida che i nuovi arrivati incarnano, latenti di altre espressioni del dolore, di altri rimedi, di altre concezioni dell'uomo e del mondo. Nathan costruisce subito un dispositivo multiplo, dove vari assistenti e terapeuti (alcuni in funzione di «mediatori culturali», provenienti dalle stesse aree culturali dei pazienti; altri formati alle tecniche terapeutiche locali e a quelle occidentali: guaritori ma anche psicologi) e il paziente (ma col suo gruppo di familiari e amici) si confrontano su teorie, pratiche e vie di uscita, finendo per trovarne una, la più adatta (forse) a quel gruppo in quella situazione. Da questo alambiccato, da questa ricchissima sorgente di informazioni e sperimentazione Nathan distilla i primi elementi di un saper-fare che si basa sulla competenza del paziente, considerato l'unico esperto del suo problema (ogni guarigione, dice Nathan, è un'autoguarigione); sulle conoscenze del mediatore culturale, spesso un terapeuta della stessa lingua, che ne amplifica e completa gli enunciati; sul saper-fare del terapeuta principale che conduce gli incontri e che utilizza una piattaforma teorica e metodologica, costruita ed esplicita, che dovrebbe essere valida in ogni contesto culturale.

Nel costruire questo saper-fare, questa base metodologica tendenzialmente valida per ogni essere umano, Nathan è costretto a confrontarsi con l'universalismo della cultura occidentale, e in particolare con la pretesa che i modelli psicologici, psicoanalitici, psichiatrici frutto di una specifica storia rappresentino delle realtà biologiche, e quindi valgano per qualunque

umano. Nathan sostiene invece che l'essere umano generico è un'astrazione inesistente; gli esseri umani reali sono necessariamente specifici, locali, culturalmente determinati.

In questo lavoro di verifica e costruzione (che si basa, lo ripeto, non solo sulle acquisizioni etno-antropo-psicologiche, ma sul lavoro clinico quotidiano e su ciò che lì viene provato e che da lì emerge) cadono per primi gli assunti freudiani: l'universalità dell'Edipo, la neutralità del terapeuta; e poi, a seguire, le pretese verità universali delle varie psicologie e psichiatrie.

Naturalmente, l'enfasi sull'appartenenza culturale degli individui, cioè, in termini meno «politicamente corretti», sulla loro «identità etnica», ha attirato su Tobie Nathan, che per primo si proclama «ebreo-ebreo» (in contrapposizione agli ebrei a metà, gli «ebrei-cristiani»), ogni sorta di anatema. Altri gli riprovano un uso troppo disinvolto dei dati etno-antropologici, che piegherebbe troppo ai bisogni delle sue argomentazioni. Resta il fatto che Nathan è forse la prima figura dell'etnopsichiatria ad aver assunto consapevolmente la sfida implicita nel futuro della disciplina: la costruzione di un saper-fare nuovo, essenzialmente multidisciplinare e multiculturale, che nasca dal vedere dall'alto, e in parallelo, i vari sistemi culturali e quindi anche i vari modelli antropologici e saper-fare terapeutici; tra i quali, ma sullo stesso livello gerarchico, anche quello prodotto in Occidente. Un saper-fare cioè nello stesso tempo universalmente umano e capace di rispettare, e contenere, differenze e specificità; in grado di servire anche da mediazione nei conflitti tra gli inevitabili, ma anche auspicabili perché portatori di diversità, localismi. Una sfida, appunto, per il futuro.

Nell'ultimo decennio è proprio in Occidente che si sono moltiplicati i luoghi (consultori, insegnamenti, pubblicazioni, seminari) dell'etnopsichiatria. Essa è stata invocata per lenire ansie e sofferenze portate dai flussi migratori; per decifrare psicopatologie e cure di recente apparizionate; per rimediare ai disastri di guerre che originano in Occidente ma devastano altri paesi e popoli; per trovare spiegazioni a conflitti o fatti altrimenti incomprensibili.

La diffusione dell'etnopsichiatria può servire ad allargare gli orizzonti degli operatori, ad approntare servizi davvero multiculturali, a dare forza alla costruzione di nuovi saper-fare che si traducano immediatamente in interventi preventivi e terapeutici efficaci e tendenzialmente meta-culturali, così necessari alle società che si vanno disegnando.

Tuttavia in questa diffusione (sostenuta da istituzioni e amministrazioni pubbliche) l'etnopsichiatria può rischiare di venire del tutto assorbita dalla gestione dei problemi correnti; di essere cioè arruolata da una delle parti impegnate nelle aree calde dei conflitti tra popoli perdendo la sua libertà, e con essa la sua preziosa funzione critica e provocatoria. Si ridurrebbe allora a un

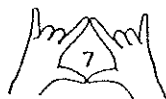
modo per dotare la psichiatria di sensibilità «culturale», di un'interfaccia universale che le permetta di essere più convincente e spendibile ovunque; o per celare (psicologizzando e esotizzando) dinamiche di potere e sopraffazione così frequenti nelle relazioni tra gruppi umani e tra culture; dinamiche che interrogano più la giustizia sociale che la medicina o la psicologia.

Su questo crinale, dove è definitivamente giocato, si muove l'etnopsichiatria attuale, galassia di eterogenei interessi, figure, esperienze, strumenti, oggetti, bisogni insieme divergenti e convergenti. Le sue caratteristiche rispecchiano le qualità del suo principale oggetto: la varietà e unità delle culture e il variare e l'invariare, nei tempi e nei luoghi, delle dinamiche che animano gruppi e individui: gli umani.

il manifesto mercoledì 15 agosto 2001

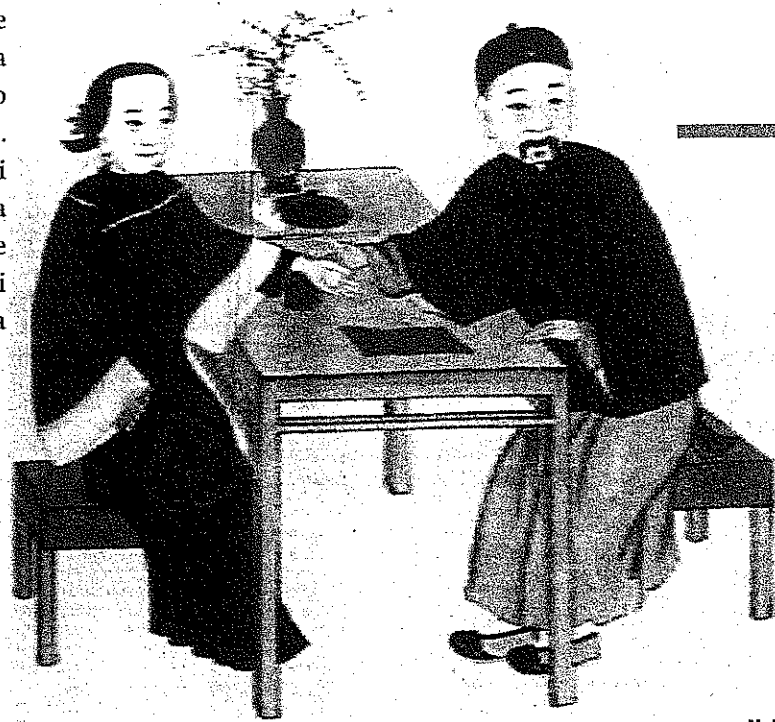
L'AUTORE

Piero Coppo, medico, neurologo, etnopsichiatra e psicoterapeuta si interessa dal 1977 di medicina tradizionale ed etnopsichiatria. Dal '79 al '93 ha lavorato in Mali e in Guatemala, Somalia, Somaliland come consulente dell'Oms, esperto del ministero degli esteri. È autore di «Guaritori di follia», Bollati 1994; «Etnopsichiatria», Il Saggiatore 1996; «Passaggi», Colibri, 1998. È direttore de «I fogli di Oriss»



IL TEATRO DELLA SALUTE

Per l'antica medicina cinese, nata oltre tremila anni fa, la malattia è una disarmonia e il sintomo l'effetto di uno squilibrio più generale e complesso. Una concezione che dimostra ancora oggi validità ed efficacia e che esorta la scienza occidentale a modificare i concetti ippocratici di salute e di cura



Un'antica stampa cinese

Un ideogramma per guarire

LUCIO SOTTE

La medicina cinese si sta diffondendo sempre più rapidamente e capillarmente in Italia, in Europa e negli Stati Uniti. L'agopuntura è stata la testa d'ariete di questo sfondamento in Occidente e, gradualmente, anche le altre tecniche cinesi di terapia hanno iniziato a essere introdotte: massaggio, moxibustione, ginnastiche mediche, dietetica e farmacoterapia.

Molti fattori hanno contribuito a promuovere la conoscenza di questa medicina in Occidente, dopo che per millenni è stata rinchiusa all'interno dei confini cinesi.

In primo luogo, la Cina ha gradualmente aperto le sue frontiere nell'ultimo secolo. Questo fenomeno ha avuto luogo non senza difficoltà e ostacoli (la guerra sino-giapponese e la rivoluzione culturale hanno infatti interrotto per anni questo processo), tuttavia, le modifiche della politica interna cinese, le mutate condizioni internazionali e il progresso dei mezzi di comunicazione hanno, senza dubbio, avvicinato l'Estremo Oriente all'Occidente.

D'altra parte, il mondo occidentale ha forse rivolto alle varie civiltà extra-europee uno sguardo scevro da pregiudizi iniziando a scoprire e apprezzare gli apporti positivi delle altre culture.

La «crisi» che la medicina occidentale sta attraversando negli ultimi 15 anni è il terzo fattore che ha promosso la conoscenza e la diffusione della medicina cinese. Si tratta di una crisi positiva che certamente promuoverà un ulteriore sviluppo. Analizziamone brevemente la natura.

Per secoli, per millenni, la medicina praticata in Occidente è stata caratterizzata dal concetto ippocratico di malattia. «Lo scopo della medicina - affermava Ippocrate - è quello di estirpare la malattia». Si

tratta di una definizione al negativo che non si basa sull'idea di salute, bensì su quella di evento patogeno. La stessa nosografia occidentale mostra di essere influenzata da questa impostazione quando fonda la classificazione della malattia sul concetto di «lesione organica» o di «attacco patogeno di microrganismi esterni all'uomo»: cioè virus, batteri, funghi. Le recenti acquisizioni della psico-neuro-endocrino-immunologia (Pnei) hanno dimostrato che l'evento morboso non è un fenomeno localizzato, ma deve essere concepito come la conseguenza di uno squilibrio generale in cui i fattori interni ed esterni agiscono attraverso l'alterazione generale di complessi meccanismi omeostatici. La gastrite non può più essere definita soltanto in base alle lesioni organiche che colpiscono la mucosa dello stomaco così come l'ulcera duodenale non equivale alla presenza di un «viscere malato» in «un organismo sano». Ogni malattia, anche se caratterizzata da una lesione organica speci-



fica, deve essere concepita come l'effetto locale di complessi squilibri più generali di cui l'endocrinologia, la neurofisiologia e l'immunologia fanno oggi intuire le caratteristiche. Occorre dunque modificare il vecchio concetto di salute e di malattia per poter iniziare a percorrere la nuova strada di progresso della scienza medica occidentale.

Questo è il punto di arrivo della medicina occidentale. Questo punto di arrivo è stato, tremila anni or sono, il punto di partenza della medicina cinese. Ciò giustifica la sua estrema attualità. Nel *Classico di Medicina Interna dell'Imperatore Giallo*, compilato in Cina in era pre-cristiana, si afferma che «bisogna curare il malato e non la malattia». L'antica concezione cinese di malattia, intesa come disarmonia, squilibrio, che si pensava arcaica e limitativa, dimostra oggi tutta la sua modernità.

Secondo la teoria medica estremo-orientale, «curare» equivale a «governare». L'ideogramma «Zhi» esprime il significato dell'atto del medico, il curare e, contemporaneamente, quello del lavoro del funzionario dello stato, il governare.

La medicina cinese è dunque approdata in Occidente per tre fondamentali motivi: l'apertura delle frontiere della Cina, l'atteggiamento di maggior interesse nei confronti degli apporti positivi delle culture extra-europee, la modernità del concetto di salute-malattia su cui l'arte medica cinese si fonda.

Si tratta di un complesso sapere medico che comprende numerose ed elaborate discipline.

In primo luogo occorre ricordarne i principi: la teoria yin-yang, quella dei cinque movimenti e quella dell'energia e del sangue. Tali principi, formulati in epoca precristiana, si mantengono intatti nel III millennio, seppur rivisitati alla luce delle più moderne teorie scientifiche.

Sulla base di questi principi si fonda l'anatomo-fisiologia che descrive le strutture-funzioni principali dell'uomo: gli organi, i visceri e i meridiani principali e secondari ad essi correlati. L'uomo è una centrale energetica in cui gli apporti esterni forniti dall'alimentazione e dalla respirazione vengono assimilati e trasformati dagli organi e visceri e trasportati e distribuiti in tutto il corpo dai vasi e dai meridiani.

L'eziopatogenesi affronta il problema delle cause di malattia che agiscono, attraverso complessi meccanismi, alterando la circolazione dell'energia e del sangue e producendo gli squilibri che provocano l'evento morboso.

La semeiologia e la diagnostica ci forniscono i mezzi per interpretare segni e sintomi di malattia: occorre ricordare l'importanza di due complesse metodiche diagnostiche fornite dall'osservazione della lingua: la glossoscopia e dalla palpazione dei polsi: la sfigmologia.

Unendo segni e sintomi di malattia e interpretandoli, si arriva alla clinica, in cui i quadri di riferimento di sindromi specifiche differiscono notevolmente da quelli in uso in Occidente. La diversità nasce dall'approccio funzionale e globale della medicina cinese che si oppone a quello organico e settoriale di quella occidentale. Si potrebbe dire che la medicina cinese fotografa la realtà dell'uomo con un grand'angolo mentre quella occidentale la osserva con il teleobiettivo. Il primo ha un'ottica allargata che tiene conto della totalità del malato ed ha il limite di non cogliere i particolari, il secondo mette a fuoco con profondità di campo gli elementi più specifici dell'evento morboso con il difetto di perdere di vista l'uomo nella sua integrità. Da questa diversità nasce l'integrabilità delle due medicine che si completano a vicenda proprio sulla base della differenza del loro metodo di osservazione e analisi dell'uomo.

Va sottolineato che le due medicine osservano l'uomo diversamente perché utilizzano due differenti sistemi di descrizione del reale che possiamo in parte identificare con i due diversi metodi di scrittura: grafemico e fonemico per l'Occidente e pittografico e ideografico per la Cina.

Non è un caso che l'Occidente abbia usato l'alfabeto formato da segni (grafemi) che corrispondono a dei suoni (fonemi) per descrivere la realtà: ciò è in linea con il suo modello di pensiero che si fonda sul metodo analitico e deduttivo. Si cerca di scomporre il reale nei suoi elementi di base (atomo, cioè a-tomo: ciò che non può essere ulteriormente diviso), di dedurre le leggi che reggono il rapporto tra questi elementi e di dimostrare con il metodo sperimentale l'applicabilità di queste leggi. Questo metodo è applicato alla fisica così come alla medicina e la nostra scienza medica è figlia di questo criterio di osservazione sempre concentrato sull'analisi del particolare.

Non è un caso che l'Oriente abbia usato gli ideogrammi che sono dei disegni o pittogrammi che esprimono e descrivono degli oggetti e dei concetti ad essi associati: ciò è in linea con il modello cinese di pensiero che si fonda sull'analogia e sul simbolismo. Il reale viene conosciuto attraverso simboli (ideogrammi) che suggeriscono per analogia dei concetti. Questo metodo di conoscenza è applicato nella filosofia come nella medicina e rende la scienza medica cinese attenta all'idea che la salute dell'uomo sia non solo l'esito di un buon equilibrio interno all'uomo, ma anche di una buona combinazione e sintonizzazione del microcosmo umano con il macrocosmo.

A livello di terapia, la medicina cinese offre un ampio ventaglio di possibilità utilizzate sempre in questa ottica di riequilibrio: tecniche esterne, tecniche interne e ginnastiche mediche. Tra le tecniche interne rientrano l'agopuntura, la moxibustione, la coppettazione, il massaggio e le metodiche più moderne di stimolazione dei punti di agopuntura: l'elettroagopuntura, la magnetopuntura, la laseragopuntura e la chemioagopuntura. La farmacologia e la dietetica rappresentano invece, le terapie interne che in Cina si utilizzano nel 65-70% dei casi, cioè in un'alta percentuale di pazienti.

L'uso dei farmaci iniziò nel periodo degli albori della civiltà cinese, anche se, come è accaduto per i principi della medicina cinese e per l'agopuntura, la farmacologia fu sistematizzata soltanto nel primo millennio a.C., durante il regno degli Stati Combattenti e della dinastia Han. Si tratta perciò di una tradizione antichissima che si è perpetuata intatta fino a noi. La maggior parte delle ricette cinesi ha una storia di secoli o di millenni che garantisce la loro sperimentazione clinica ed il fatto che siano state modificate nella maniera ottimale per aumentarne l'efficacia e smorzarne i possibili effetti collaterali.

Si tratta di una farmacologia ben diversa da quella occidentale in cui la stragrande maggioranza dei rimedi è di origine recente e supera raramente i 40-50 anni di vita.

Altri due fattori determinano la differenza tra i nostri farmaci e quelli cinesi: il principio di terapia utilizzato per formulare la prescrizione e l'origine chimica o naturale dei rimedi.

Per poter impostare una prescrizione occorre aver preventivamente stabilito la diagnosi di malattia. Abbiamo già affermato che le sindromi della medicina cinese non si sovrappongono a quelli occidentali. La logica conseguenza di questo fatto è che non è possibile fare diagnosi utilizzando i criteri occidentali e impostare la terapia con i farmaci cinesi. Ma in cosa consiste questa differenza?

La si può definire partendo da un antico concetto: quello della «cima» e della «radice». La cima è il sintomo della malattia che spinge il paziente a consultare il medico, la radice è lo squilibrio generale che determina la comparsa del sintomo. La cima è la malattia che il paziente ci racconta, la radice è il paziente stesso, il malato. In questo senso la medicina cinese è prevalentemente costituzionale e solo raramente sintomatica, al contrario di quella occidentale che tende più frequentemente ad affrontare il sintomo, tralasciando talora l'aspetto diatesico della patologia. Rifacendoci all'esempio citato in precedenza, potremmo affermare che lo scopo della terapia della gastrite non è quello di curare lo stomaco malato di un paziente che per il resto è sa-



no, bensì quello di trattare lo squilibrio generale che si concentra, si localizza e si evidenzia a livello gastrico.

Per ottenere questo scopo è necessario indagare profondamente, facendo riferimento ai principi generali dello yin e dello yang, dell'energia e del sangue.

La terapia cinese è prevalentemente costituzionale; il suo scopo non è soltanto curativo, ma, soprattutto, ed eminentemente, preventivo. Curare le patologie costituzionali equivale a riequilibrare, a prevenire la malattia. L'aspetto preventivo della farmacoterapia cinese è un ulteriore fattore che la distingue da quella occidentale e, contemporaneamente, la rende ad essa complementare. Un antibiotico è in grado di trattare efficacemente un'infezione batterica, ma è incapace di prevenire la recidiva; il farmaco cinese può integrarlo per ottenere questo secondo scopo.

I rimedi cinesi provengono tutti dalla natura. Prevalentemente vegetali e solo in piccola quota di origine minerale e animale, i farmaci cinesi conservano queste loro caratteristiche naturali anche nella modalità con cui vengono preparati e somministrati. Il decotto rappresenta tutt'ora la più efficace e più utilizzata forma di assunzione dei farmaci perché ne esalta la solubilità, l'assimilabilità, la digeribilità e l'efficacia. Esistono molte altre presentazioni tradizionali dei rimedi: pillole, tavolette, estratti alcoolici, tinture e pomate. Anche in queste ultime, tuttavia, i farmaci non vengono manipolati chimicamente, ma con metodi naturali. E' questa un'ulteriore differenza tra la farmacologia cinese e quella occidentale che, soprattutto negli ultimi decenni, si avvale quasi esclusivamente di prodotti di sintesi. L'Ephedra Sinica, un'erba utilizzata da millenni in Cina per il trattamento delle patologie respira-

torie, contiene un importante principio attivo, l'efedrina, un farmaco antiasmatico usato in Occidente. L'uso dell'erba intera differisce da quello del suo principale componente attivo per svariati aspetti. Il solo principio attivo è più efficace nel trattamento dei fenomeni acuti, tuttavia la pianta intera garantisce una maggiore biodisponibilità e la diminuzione degli effetti tossici e collaterali; contiene infatti moltissime sostanze che tamponano e talora smorzano i principi attivi più potenti per una sorta di armonia interna del vegetale.

Ricordiamo inoltre che, di norma, una ricetta cinese contiene dai 5 ai 10 componenti e solo raramente si scende al di sotto di questo numero. L'uso di più sostanze è utile per trattare i vari aspetti della malattia, per potenziare gli effetti di molti farmaci, sfruttando il loro sinergismo d'azione, per eliminare o smorzare al massimo gli effetti collaterali e tossici e per promuovere l'assimilazione e la digestione del preparato.

il manifesto

venerdì 17 agosto 2001

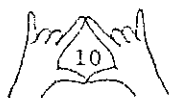
L'ultima determinante differenza tra i farmaci cinesi e quelli occidentali consiste nella diversa analisi delle loro caratteristiche e modalità d'azione. In Occidente la farmacologia si fonda sullo studio biochimico, molecolare, farmacodinamico e farmacocinetico di ogni rimedio. Tremila anni or sono, quando fu compilato il *Classico di Materia Medica dell'Imperatore Shen Nong*, non esistevano le conoscenze biochimiche, fisiche e le indagini strumentali necessarie a garantire queste ricerche moderne. I farmaci furono comunque analizzati approfonditamente secondo criteri più naturali che muovono dalla verifica degli effetti energetici che ogni sostanza induce nel nostro organismo. Alla base di tali criteri ci sono alcune proprietà tipiche di ogni farmaco: il sapore, la natura, il tropismo etc.

Siamo medici occidentali e viviamo nel XX secolo, perciò è doveroso promuovere tutte le più moderne ricerche clinico-sperimentali sui rimedi classici cinesi; tutto ciò, tuttavia, non deve e non può cancellare tre millenni di storia medica.

La mia esperienza nel settore della medicina cinese applicata in Occidente mi suggerisce che sia possibile un'integrazione con la biomedicina anche perché, partendo da modelli di pensiero differenti, queste due scienze mediche non solo non si escludono a vicenda, ma anzi spesso tendono ad integrarsi. Tale integrazione che inizia nel settore medico è un solo un primo passo verso un'integrazione di culture e di sistemi di pensiero che sfortunatamente fino ad ora si sono generalmente scontrati e solo nelle migliori occasioni si sono ignorati a vicenda.

L'AUTORE

Lucio Sotte, medico chirurgo, svolge la sua attività professionale di agopuntura, farmacoterapia, dietetica, massaggio e ginnastica terapeutica cinese a Civitanova Marche dove nel 1980 ha inaugurato il primo ambulatorio pubblico di agopuntura. Dal 1984 insegna alla Scuola italiana di Medicina cinese e presso la Fondazione Ricci di Bologna. È docente presso i Corsi di perfezionamento in agopuntura dell'università di Chieti, Milano e Brescia. È direttore della Rivista Italiana di Medicina tradizionale cinese.



IL TEATRO DELLA SALUTE

圖 離 填 坎 取

Decotti e afrodisiaci per una farmacopea fragrante, tecniche di meditazione, ascendenze sciamaniche e una raffinata arte erotica per accedere all'ignoto

陽丹結在陰海帶猶如坎裏一爻雄
擒來離內溫溫養此即神仙顏功

取出坎中養補離還復乾
純陽命本回靈砂性珠圓
克念全天理離塵合上神
採鉛知下手三疊舞胎仙

Mentre l'Occidente si affanna per appropriarsi del sapere estremo-orientale, la medicina cinese si disfa delle sue più antiche tradizioni e di qualsiasi suggestione magico-religiosa



Un'antica stampa cinese

Eros e Psiche, la medicina nel boudoir

GIULIA BOSCHI

L'ingresso della Medicina Tradizionale Cinese (Mtc) in alcune strutture pubbliche e la sua ormai discreta diffusione in quelle private vanno accolte con favore. Sebbene tardivo e ancora limitato, il riconoscimento dell'efficacia terapeutica di tecniche come l'agopuntura è stato salutato come una vittoria degli utenti del sistema sanitario.

Il lungo iter del riconoscimento ufficiale iniziò dalla ben poco tradizionale tecnica dell'elettroagopuntura, utilizzata per analgesia in chirurgia. Era il 1972, e mentre Nixon rendeva la sua storica visita in Cina, suscitava scalpore il caso di un giornalista americano operato nell'Ospedale Antimperialista (il destino non manca certo di ironia...). L'elettroagopuntura fu molto sopravvalutata durante

la Rivoluzione Culturale, perché emblematicamente dimostrava che era possibile l'emanipolazione del sapere autoctono dai suoi incresciosi legami con la cultura feudale, verso una scienza che si voleva dialettica e marxista. Talmente sopravvalutata da essere utilizzata anche per quegli interventi - come ad esempio quelli alla gola o comunque in prossimità della testa - per i quali risultava inefficace. Sono documentati casi di malcapitati che cercarono di corrompere gli anestesisti per ottenere un'analgesia efficace con altri

mezzi. Fu tuttavia da questo poco ortodosso utilizzo in chirurgia che derivarono le prime spiegazioni scientifiche dell'agopuntura, come la famosa «teoria del cancello» (saturazione del canale nervoso che diventa refrattario alla trasmissione dello stimolo dolorifico) o quella della stimolazione alla produzione di analgesici naturali nell'organismo. Dal momento che l'intento era quello di dar conto dell'effetto analgesico, tali spiegazioni hanno sinora confinato l'agopuntura alla sola terapia del dolore, paradossalmente piuttosto marginale nell'agopuntura tradizionale. Anche le recentissime ricerche con la Pet, condotte da Cnr, università Bicocca ed istituto S. Raffaele di Milano, sono servite a confermare l'effetto antidolorifico ma non quello omeostatico e psicoregolatore dell'agopuntura cinese, comunque praticata da molti medici nostrani fuori dalle strutture pubbliche.



Il processo di «emancipazione» della medicina cinese dalla cultura tradizionale sta attualmente subendo una forte accelerazione. In tempi recentissimi sono state escluse dalla formazione universitaria materie inerenti il background culturale della medicina classica; agli istituti stranieri che aspirino ad un riconoscimento accademico cinese viene ingiunto di astenersi dal trattare il «pensiero cinese»; pratiche tradizionali come Qigong e Taijiquan – che in Cina fino all'inizio degli anni Novanta andavano per la maggiore anche nelle strutture sanitarie pubbliche – non sono più incoraggiate (tanto per dirla con un eufemismo) e persino il linguaggio tradizionale, quello dello Yin-Yang che tanto affascina l'occidente, è ormai desueto in patria. Le autorità cinesi giustificano tale atteggiamento con il più ovvio degli argomenti, e cioè che nessuna dignità scientifica può essere accordata a ciò che non venga espresso nel linguaggio della scienza.

Ma vi è un'altra ragione, più antica e transculturale, per la quale farei uso di una definizione popolare: «caccia alle streghe». La recente repressione della setta Falungong si è infatti probabilmente estesa anche a certe forme meno esoteriche di esercizio, tipiche della medicina classica, comunque egualmente capaci di portare i singoli individui ben oltre la salute convenzionale (alti coefficienti di produttività e adattamento) verso forme di libertà interiore, autonomia sociale e risveglio di capacità latenti. Il problema, naturalmente, riguarda tutte le società «evolutive».

Così, mentre molti occidentali restano ancora convinti che fra i Cinesi – eccetto quelli che emigrano in massa – abbondino i filosofi e i «grandi maestri», mentre la terza generazione di alacri pionieri occidentali – per la maggior parte medici – si affanna sulle scarse e spesso approssimative traduzioni dei classici per tentare di appropriarsi del «fiore d'oro» del sapere estremo-orientale, in Cina questa stessa tradizione viene vista quasi con vergogna, relegata in un passato che – contro ogni evidenza archeologica – si fa sempre più remoto, quasi a voler aumentare le distanze da quella medicina che non disdegnò di occuparsi dell'invisibile, occulto o trascendente che fosse, ed individuò nelle tecniche di regolazione sessuale uno dei mezzi più idonei ad avervi accesso.

Come ormai noto, alla fine della Rivoluzione Culturale iniziò una serie di scoperte archeologiche che hanno gettato luce sulla fase di gestazione del corpus teorico dell'Mtc, situata attorno al III secolo a.C. (e non duemila anni prima come molti continuano a sostenere): ricorderei i testi di Mawangdui (recentemente tradotti in inglese da D. Harper) e di Wuwei (1972), il libro intitolato *Miriade di cose* trovato nella tomba di Xiahou Zao (1977), i testi della tomba 247 di Zhangjia-shan (1983) cui vanno aggiunti i trattati di emerologia divinazione e magia di Fangma-

tan (1983). Gli altri classici superstiti hanno subito numerose modifiche, censure ed omissioni nel processo di trasmissione; mentre questi originali venuti alla luce hanno per la prima volta aperto una piccola finestra per sbirciare la medicina classica, nel momento del completarsi del suo impianto teorico di base, senza le lenti deformanti dei commentatori e copiatori delle generazioni successive.

Ne emerge una medicina in cui i due terzi dei precetti non riguardano il come operare sui pazienti bensì il come potenziare se stessi, coniugando l'uso di determinate sostanze ed alimenti con tecniche meditative (di respirazione e movimento) e con l'arte del rapporto sessuale, che ripetutamente si raccomanda dover essere «lento e prolungato»; istruzioni a uso degli uomini che non suonavano certo generiche, poiché dettagliate nei tempi, nella frequenza e nella modalità delle penetrazioni, sì da usufruire appieno di quei vantaggi, in termini di energia vitale, derivanti dagli orgasmi femminili ma anche dall'affettività della donna che, se così soddisfatta, avrebbe concesso «l'intimità che si ha con un fratello e l'amore che si nutre per il padre e la madre».

La tradizione salutistica dell'antenato Peng, per intenderci quella fondata sul rispetto dei ritmi e delle caratteristiche stagionali nelle abitudini quotidiane, offrirà poco dopo una visione più falloccentrica dell'«arte della camera» fra l'astinenza e la strumentalizzazione anaffettiva dell'orgasmo femminile.

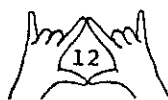
Quanto alla medicina in senso stretto, se la fisiologia dei canali energetici (meridiani) è già ben definita, l'agopuntura risulta ancora in gestazione (nonché del tutto assente dai testi di Mawangdui). Le tecniche terapeutiche spaziano da una concretissima traumatologia con dettagliate istruzioni chirurgiche (siamo nel periodo «Stati Combattenti») a tecniche esorcistiche e magico-religiose di matrice sciamanica, passando per una farmacopea che contempla bagni medicati, fumigazioni e semplice contatto prolungato oltre alla somministrazione orale. Gli oltre 500 rimedi comprendono antipiretici, rimedi anti-età, purganti, tonici, afrodisiaci e sostanze «demonifughe»; tradizione, quest'ultima, perpetuata dai testi medioevali, nella cui classificazione gerarchica le droghe non strettamente terapeutiche occupavano il primo posto.

Gli storici della medicina – soprattutto cinesi – sembrano compiacersi nel constatare che già nel *Neijing Suwen* e nello *Shanghan-lun* – probabilmente compilati attorno al I secolo a.C. e a tutt'oggi i classici più studiati ed usati – non vi sia più traccia del retaggio sciamanico e nemmeno di sessuologia. Nel primo sono state comunque conservate nozioni di

autotutela della salute in linea con la tradizione dell'antenato – per altri sciamano – Peng, ma epurate di ogni riferimento alla sessualità (e pensare che secondo lo *Shiwen* di Mawangdui l'antenato Peng avrebbe detto che «l'arte della longevità sta tutta nel pene» – anche se alludeva all'astinenza). Sempre nel *Neijing*, il tema della psicosomatica, fondato sulla supremazia dello *Shen* («spirito») su tutte le altre attività vitali – emotività inclusa – viene ampiamente sviluppato, tanto da risultare, ancor oggi, uno dei punti di forza e modernità dell'intero scritto. Nello *Shanghan-lun* invece, l'eziologia interna delle emozioni scompare del tutto, per lasciar spazio a una medicina finalmente definita protoscientifica. Essa, pur rimanendo fondata sulla fisiologia energetica dei canali, individua nei fattori esterni la sola causa scatenante ogni malattia. Inoltre entra nei dettagli della semeiotica (polso, lingua, colorito ecc.), assegnando a ogni quadro diagnostico una prescrizione farmacologica quale unica terapia contemplata. Nel *Neijing Suwen* – e soprattutto nella sua parte più tarda, nel *Neijing Lingshu* – si privilegia invece l'agopuntura.

Rimane da chiedersi come mai questo presunto distacco «della medicina protoscientifica dalla primitiva medicina sciamanica» sia stato in tal misura enfatizzato, quando poi, in realtà, gli elementi esorcistici, la sessuologia e le tecniche di meditazione continueranno ad apparire in diversi trattati di medicina almeno fino all'inizio del '900. Il *Qianjin Yaofang*, attribuito al celeberrimo medico Sun Simiao (fine VI secolo) è un testo fondamentale per la preparazione accademica dei medici tradizionali. La sua selezione di punti d'agopuntura per il trattamento di problemi specifici è ancor oggi molto popolare; sono anche di uso comune, soprattutto in pediatria, ostetricia e ginecologia, le sue ricette fitoterapiche. Tuttavia, l'ampio spazio dedicato alle arti e alle tecniche di origine sciamanica – qui già molto ben sviluppate – sembra essere del tutto ignorato. Gli unici capitoli sinora tradotti riguardano l'agopuntura. Sun Simiao è uno dei pochi autori riconosciuti e rinomati nella storia ufficiale della medicina ad aver trattato in modo tanto esplicito queste tematiche, e il *Qianjin Yaofang* è uno dei rari libri da cui tali argomenti non siano stati epurati nel processo di trasmissione a noi giunto; argomenti esclusi da una medicina sempre più meramente orientata alla cura delle malattie, ma comunque preservati nei quasi impenetrabili testi del canone taoista.

Tra le parti neglette del *Qianjin Yaofang* vi è, ad esempio, un'intera sezione dedicata al «nutrimento della natura originaria» (*yang xing*); essa tratta delle discipline per «nutrire la vita» (*yang sheng*) – quali massaggi, tecniche sessuali, dietetica, esercizi *Daoyin-Qigong* – e accenna ad altre tecniche (dette di alchimia interna) relative alla trasformazione di sé attraverso una medicina «endocrina» – il *dan* – che permetterebbe il contatto con una dimensione trascendente.



Sun Simiao così sintetizza: «Trattenere la colera per completare lo Yin, reprimere la gioia per nutrire lo Yang; quindi prima si assumano erbe e radici per colmare le carenze, poi si assuma il *dan* aureo per stabilizzarsi nel senza limite. I principi del nutrire la propria natura originaria si esauriscono qui».

Questa frase merita un commento. Da essa si evincono due termini fondamentali dell'autoelevazione, cioè della medicina che va dallo stato di salute in poi: *xing*, la natura originaria, e *ming*, la vitalità, intesa anche come quantità di vita da vivere e quindi come destino. Quale natura innata, *Xing* si riferisce anche alle nostre predisposizioni, ai talenti – sotterrati o spesi che siano – e viene contrapposta a *qing*, termine comprendente le pulsioni e le emozioni della vita post-natale.

Da Sun Simiao in poi, il principio base delle tecniche di autoelevazione verrà espresso dal precetto «coltivare sia *xing* che *ming*», ossia raggiungere la durata massima della vita fisica che ci è stata destinata, esprimendo ciò che siamo in origine, ritrovare la pienezza dell'energia innata per scoprire il nostro «vero volto». Il percorso verso una salute superiore è rivolto all'autenticità, l'appellativo riservato ai grandi iniziati che l'abbiano compiuto è *Zhen Ren* (persona autentica).

Nei testi moderni si identificano l'energia innata e il suo substrato fisiologico nel patrimonio genetico dei gameti parentali. Effettivamente, le cellule riproduttive tesaurizzano buona parte dell'energia innata, che però, avendo assunto una forma, è già relativamente immanente. Nella teoria originale si precisa invece una concezione epigenetica (pura eresia nel «secolo biotech») secondo la quale la natura originaria non verrebbe trasmessa dai genitori ma *attraverso* di loro. L'estasi sessuale aprirebbe un varco temporaneo fra le due dimensioni convogliando l'energia di una dimensione trascendente nelle «essenze seminali». Val la pena di ricordare che l'ideogramma *xing* di «natura originaria» è lo stesso che si usa per «sesso».

茶葉茶類
離卦象
天地定位
返本還元

Questi brevi appunti, su aspetti che restano essenzialmente esoterici, si prefiggono lo scopo di ricordare che la Medicina Tradizionale Cinese non è solo agopuntura o fitoterapia. Lungi dal voler rimpiangere una prassi medica che non può certo competere – in termini di successi terapeutici e di aspettativa di vita – con quella attuale, ci si domanda però se vadano negate dignità e possibilità di sviluppo a ciò che è destinato a rimanere fuori dall'agognata soglia del riconoscimento scientifico. Per evolversi, la scienza dovette ripudiare la religione, la psicologia affrancarsi dalla filosofia. Non ne consegue che gli esseri umani debbano abdicare all'aspirazione di compiutezza.

Sempre di più nelle varie discipline delle «scienze umane» si avverte la necessità di reintegrare il «senso» al «fine», ritrovando lo spazio del soggetto nella conoscenza oggettiva. Riducendo l'Mtc a combinazioni di punti e di erbe, forse perderemo una rara opportunità di contribuire a un ben più elevato concetto di salute, oltre il benessere, che risponda a bisogni più profondi di relazione, umana e mistica, senza dover rinunciare a gettare lo sguardo là dove il microscopio non potrà mai arrivare.

il manifesto sabato 18 agosto 2001

L'AUTRICE

Giulia Boschi, sinologa, è docente di Sinologia medica presso diversi istituti di medicina tradizionale cinese e shiatsu. La sua attività di ricercatrice è rivolta allo studio del contesto culturale del pensiero medico cinese con particolare riferimento al Qi gong medico e all'agopuntura, argomenti sui quali ha pubblicato lavori originali e traduzioni specifiche tra cui «Medicina cinese, la radice e i fiori», Erga Edizioni 1997

圖 離 填 坎 取

取出坎中寶補離還復乾
純陽命本回靈砂性珠圓
克念全天理離塵合上禪
探鉛知下手三疊舞胎仙

陽丹結在陰海中猶如坎裏一爻確
擒來離內溫溫養此即神仙類同功



IL TEATRO DELLA SALUTE

Risalgono al primo millennio a. C. le più remote testimonianze di un sapere medico nella regione della valle dell'Indo. Appannaggio, all'inizio, della classe sacerdotale bramini, la medicina ayurvedica viene, poi, esercitata da asceti, yoghi e sadhun, figure marginali che vivono nei boschi e

sono esperti nell'impiego della flora medicinale. Praticata nei monasteri buddisti e da lì esportata in altre regioni, verso il Tibet, la Cina e l'Estremo oriente, è, a tutt'oggi, un sistema vivo e insegnato nelle università. Ad esso fanno ricorso centinaia di milioni di individui nel mondo



Un'antica stampa indiana

Un tocco al polso durato millenni

ERNESTO IANNACCONE

Roma, giugno 1985, sono in attesa del dottor Triguna, luminare ayurvedico in visita in Italia per tenere una conferenza. Per l'occasione vedrò alcuni pazienti ed io sarò il suo assistente-traduttore. Sono molto incuriosito: ha fama di essere uno dei più grandi medici ayurvedici viventi. Davanti alla porta del suo studio, nel quartiere poverissimo di Nizamuddin, nella vecchia Delhi, tra mucche e mendicanti, si accalca ogni giorno, una folla di centinaia di persone d'ogni censo e religione, ognuna delle quali aspetta pazientemente il proprio turno. Ogni tanto accade di vedere il viso disorientato di qualche europeo. Le visite del dottor Triguna, totalmente gratuite, durano uno, due minuti al massimo: per lui il tempo di sfiorare il polso del malato, dettare una ricetta all'assistente seduto a fianco e di impartire qualche veloce consiglio. Nessuna domanda, nessuna parola di troppo. Come farà?

Ho deciso di chiedere ai pazienti italiani di espormi i loro problemi di salute, prima di entrare nel salottino dove Triguna li vedrà. Annoterò tutto in dettaglio e poi confronterò con la diagnosi del dottore indiano.

Uno, due, tre, dieci pazienti entrano ed il mio scetticismo iniziale è scosso: le diagnosi del dottor Triguna, fatte in pochi secondi con un semplice tocco sul polso, coincidono sorprendentemente con quelle dei miei appunti, anzi, se possibile, sono ancora più accurate! Quasi cento pazienti, la lunga giornata è finita e con essa se ne è andato tutto il mio scetticismo. Sono molto confuso: la mia fiducia nei sofisticati metodi d'indagine della medicina moderna è scesa al minimo. E penso a quanto lo stato potrebbe risparmiare se tutti i medici fossero dei Triguna.

Solo alcuni mesi dopo eccomi su un aereo, in viaggio per l'India, diretto verso il Maharishi World Center for Ayurveda, un ospedale ayurvedico situato nei pressi di Delhi, dove mi fermerò per qualche tempo, deciso ad approfondire questa conoscenza che ha messo in crisi i miei schemi di riferimento, ma che mi ha aperto nuovi orizzonti.

L'Ayurveda è uno dei grandi sistemi medici dell'antichità, le cui origini si perdono nella notte dei tempi. Insieme alla medicina cinese esso rappresenta una delle poche forme di sapere medico organizzato che si siano conservate pressochè inalterate per millenni e che costituiscano una realtà viva e vitale tuttora oggi. Il segreto della preservazione di questo sapere è insito, forse, nel modo tradizionale in cui, fin dall'antichità, i membri di gruppi familiari apprendevano a memoria i testi medici e li passavano ai loro figli generazione dopo generazione. Bisogna poi tener presente che l'India, culla geografica dell'Ayurveda, era nell'antichità una terra estremamente colta. Prova di ciò è l'esistenza stessa del sanscrito, una lingua i cui vocaboli, inadatti a descrivere i concetti del vivere comune, si prestano benissimo ad esprimere concetti filosofici, medici e spirituali.

Le prime testimonianze che provano l'esistenza di un sapere medico organizzato nella regione della valle dell'Indo sono rintracciabili nel *Rig Veda* e nell'*Atharva Veda* e possono essere datate intorno al 1000 a.C. e

forse ancor prima. È difficile avere certezze al riguardo anche perché i materiali giunti fino a noi sono estremamente frammentari e di provenienza incerta. Celebre al riguardo è la storia del manoscritto Bower, contenente documenti originali sull'Ayurveda, che fu rinvenuto in modo romanzesco dal capitano inglese Bower durante la caccia ad un brigante nel deserto del Gobi nel 1890.

Gli esperti sono però nella maggioranza concordi nel distinguere due grandi periodi: 1) Il periodo Vedico, nel quale il trattamento della malattia consisteva prevalentemente di terapie spirituali come le *yajna*, complessi rituali durante i quali venivano recitati mantra (suoni o parole dotati di effetti specifici), e solo in parte di medicine a base di erbe.

2) Il periodo post-vedico o delle Samhita (i grandi trattati medici), durante il quale il sapere medico venne organizzato in forma sistematica sotto forma di trattati estensivi, chiamati Samhita. In questa fase l'approccio diagnostico e terapeutico diviene «razionale» e «scientifico» nel senso in cui si intendono quei termini oggi. La terapia è prevalentemente a base di piante medicinali e si fa uso anche di complesse procedure di depurazione della fisiologia, assai vicine allo spirito della medicina ippocratica. Vi è enfasi sull'importanza dell'adozione di stili di vita salutari.

Esiste una sensibile soluzione di continuità tra i due periodi. Nel primo la medicina è ritualizzata ed è appannaggio della classe sacerdotale bramini, la quale esercita il controllo della società. Nel secondo il sapere medico viene sviluppato in modo «alternativo» ai sacerdoti e gestito da figure di guaritori i quali sono inseriti molto più marginalmente nella società. Si tratta di asceti, yogi e sadhu che vivevano nei boschi e sviluppavano in tal modo una conoscenza diretta della flora medicinale e dei suoi impieghi. Questi guaritori si spostavano probabilmente di villaggio in villaggio prestando la loro opera dove capitava: essi furono ben descritti dagli storici greci che si recarono in India al seguito di Alessandro Magno. Non è un caso che il più celebre medico ayurvedico dell'antichità, figura sospesa tra mito e storia, si chiamasse Charaka, un termine sanscrito che significa «colui che viaggia» o addirittura «la spia».

Con il tempo la conoscenza medica degli asceti, ben organizzata sotto forma di trattati medici, fu assorbita dalla società e divenne di nuovo appannaggio della casta dominante bramini, la quale si trovò dunque di nuovo a gestire il sapere medico, pur se sotto forma differente. Parallelamente a ciò la medicina ayurvedica venne praticata nei monasteri buddisti e da lì esportata in altre regioni, verso il Tibet, la Cina e l'Estremo Oriente.

Eccellenti studi su questi temi storici sono stati compiuti da studiosi moderni, tra i quali spiccano i nomi di Filiozat, Zisk e Wujastik.

La dottrina ayurvedica fu codificata in tre grandi trattati: la Charaka Samhita (III-II sec. a.C.), la Sushruta Samhita (II-I sec. a.C.) e l'Astanga Hridaya (VI-VII sec. a.C.). Sorprendentemente, dopo quest'ultimo, vale a dire per i tredici secoli successivi fino a oggi, nulla di veramente interessante è stato più scritto nel campo dell'Ayurveda e nessun contributo innovativo è più emerso. Si può parlare, dunque, di un declino storico, da attribuirsi in parte al susseguirsi di dominazioni straniere in India nel corso dei secoli. Nonostante ciò l'Ayurveda è ancora oggi un sistema vivo, insegnato nelle università, praticato da decine di migliaia di medici, cui fanno ricorso centinaia di milioni di individui in tutto il mondo, in particolare nel continente indiano. Si assiste anzi paradossalmente a un processo di diffusione dell'Ayurveda come metodo di cura nei paesi più ricchi, come gli Stati Uniti e le nazioni europee.

Oggi si possono distinguere fondamentalmente due modalità di pratica: un *Ayurveda tradizionale*, tramandato di padre in figlio o di maestro in allievo e custodito gelosamente dai depositari di questo sapere nei piccoli villaggi, nelle foreste e nelle aree più remote dell'India, specialmente della sua parte meridionale. Chi lo pratica conosce profondamente le piante medicinali della propria regione ed utilizza ricette tramandate per millenni, che è poco incline a divulgare.

Esiste poi un *Ayurveda moderno*, insegnato nelle università indiane, ma con un discreto livello di integrazione con la medicina moderna e caratterizzato dalla marcata propensione alla ricerca scientifica e clinica, rigettata invece dai medici più tradizionalisti, e la tendenza a interpretare i principi ayurvedici di anatomia, fisiologia, patologia e terapia in chiave moderna.

In questo complesso e variegato quadro non si possono però non menzionare seri tentativi di coniugare tra loro tutte le diverse anime dell'Ayurveda. È particolarmente rilevante l'opera di Maharishi Mahesh Yogi, il padre della Meditazione Trascendentale, il quale ha svolto negli ultimi anni una valida opera di recupero e di diffusione nel mondo dell'Ayurveda originale. Ma è davvero pensabile una diffusione planetaria di un sistema che ha più di duemila anni di vita, i cui libri di testo si fermano al VII secolo d.C., e la cui piattaforma dottrinale è molto lontana dal nostro modo di sentire e pensare?

A tale quesito non può essere data una risposta univoca, in un senso o nell'altro; i più pensano che bisognerebbe estrarre dall'Ayurveda i valori universali, lasciando da parte quelli più legati alla cultura indiana e al passato. Qualcosa di simile è già avvenuto per la medicina cinese, dalla quale ci si è limitati a importare alcune metodiche pratiche, come l'agopuntura, trascurando però le sue basi filosofiche e dottrinali. Ma così facendo, non si rischia di svilire un sistema e di nuocere alla sua integrità? Sul tema citò alcune riflessioni tratte dall'interessante volume *Le medicine complementari* (Utet, 2000), curato dall'Osservatorio per le Medicine Complementari della facoltà di medicina dell'università di Verona in collaborazione con l'ordine dei medici della stessa città: «Ciò che stupisce l'osservatore esterno è che un sistema medico millenario e per di più alquanto difficile e 'chiuso', nel senso che è caratterizzato da un alto tasso d'autoreferenzialità, abbia trovato credito in Occidente e si stia imponendo a livello di pubblico e di medici prescrittori. La recente ripresa di questo sistema, sia in India che negli Stati Uniti e in Europa, indica che esso viene incontro adeguatamente ad un bisogno altrimenti inavaso ad opera della medicina scientifica... Si devono guardare con favore quei tentativi di spiegare, in termini scientifici e non solo metaforici, gli effetti medicinali vantati dalle formulazioni ayurvediche, come ad esempio i positivi effetti delle miscele di sostanze antiossidanti contenute in alta concentrazione nelle preparazioni fitoterapiche dell'Ayurveda... Ci si trova anche qui di fronte al dilemma, presente in molte delle pratiche mediche non convenzionali provenienti da altre culture, tra integrazione con il moderno - con inevitabile annacquamento dell'ispirazione originaria - e mantenimento «forte» dell'identità con accentuazione del carattere 'alternativo' del sistema medico in oggetto.»

In India la medicina ayurvedica svolge un ruolo sociale sicuramente positivo, in quanto contribuisce a soddisfare i bisogni sanitari di base della popolazione grazie ai suoi bassi costi e alla sua diffusione capillare sul territorio: basti pensare che nel Kerala, stato del Sud dell'India a governo comunista e di religione cattolica, dove l'Ayurveda è il primo sistema di cura, l'aspettativa di vita è pari a quella di molti paesi occidentali.

Prendiamo ora in esame i punti caratterizzanti della dottrina dell'Ayurveda: questo sistema, innanzitutto, può essere considerato «ecologista» per natura. Le proprietà dei vari tipi di alimenti, animali e vegetali, vengono considerate non in modo avulso dal contesto ma messe in relazione all'ambiente dove l'animale e la pianta sono nati e cresciuti. Il benessere dell'uomo è possibile solo in un contesto ambientale sano in cui

l'individuo sia profondamente integrato. Il terzo capitolo della sezione Vimanasthana (il Libro delle Misure) della Charaka Samhita analizza i diversi tipi di squilibri ambientali e le loro conseguenze sulla salute umana. La descrizione è estremamente drammatica e attuale: «Sebbene le persone differiscano in diverse cose, come la costituzione, vi sono dei fattori comuni a causa dello squilibrio dei quali le malattie sorgono e distruggono la comunità. [...]: l'aria, l'acqua, la terra e il clima. L'aria dei seguenti tipi andrebbe considerata come fonte di malattie: irregolare rispetto alla stagione, eccessivamente umida, instabile, rigida, fredda, calda e secca, [...], caratterizzata da cattivi odori, vapori, particelle, polvere e fumo.

L'acqua andrebbe considerata non di buona qualità quando sono troppo cattivi il suo odore, colore, sapore e consistenza, [...], quando contiene pochi animali acquatici ed è sgradevole.

La terra andrebbe considerata non salubre quando il suo normale colore, odore, sapore e consistenza sono alterati, quando contiene eccessiva umidità, è popolata da rettili, animali violenti, zanzare, locuste, mosche, gufi, avvoltoi, sciacalli, [...]; quando il suo aspetto è diverso dal consueto, i raccolti sono ridotti, rinsecchiti e danneggiati [...] vari animali e uccelli sono disorientati e sofferenti, la comunità ha abbandonato e distrutto la virtù, la verità, la modestia, la buona condotta ed altri comportamenti meritori, i fiumi sono costantemente agitati e fuoriescono dal loro letto, vi è frequente comparsa di meteoriti, fulmini, terremoti, la natura ha un aspetto manifestamente crudele, il sole, la luna e le stelle hanno frequentemente aspetto irregolare, [...], l'atmosfera è pervasa da confusione, eccitazione, apprensione, grida, oscurità e suoni lamentosi come se del paese si fossero impadroniti i demoni. Il clima dovrebbe essere considerato insalubre se mostra segni contrari, eccessivi o inappropriati rispetto a quelli normali delle stagioni. I medici dicono che questi quattro fattori se viziati vanno considerati la causa dell'annientamento delle comunità, mentre se non viziati sono salubri.»

L'AUTORE

Ernesto Iannaccone, medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, si è formato nella medicina ayurvedica negli anni '80 ed ha partecipato a numerosi progetti di divulgazione e di formazione di operatori nel campo dell'Ayurveda Maharishi in Italia. È autore del libro «Ayurveda Maharishi», edito da Tecniche Nuove nel '97. Ora è in preparazione un suo testo dal titolo «Ayurveda, la medicina dei saggi» per lo stesso editore. Collabora alla rivista «L'Erborista».

Se guardati dal punto di vista dell'Ayurveda, il nostro modo di vivere, di nutrirti e interagire con l'ambiente possono essere definiti in un solo modo: aberranti. In un antico testo dell'Ayurveda è detto: «Vai su di una collina e guardati intorno. Tutto ciò che vedrai è sufficiente per vivere, nutrirti e curarti».

Un altro aspetto peculiare dell'Ayurveda è la sua visione spirituale dell'uomo e del mondo considerati sostanzialmente identici. È scritto: «L'uomo è la misura dell'universo: le differenti entità che sono nell'universo sono anche nell'uomo, come pure le differenti entità che sono nell'uomo sono anche nell'universo.» E ancora: «Colui che vede l'universo in sé e se stesso nell'universo non smarrisce mai la serenità basata sulla pura conoscenza». Il proposito principale della vita è descritto dall'Ayurveda come *Moksha*, letteralmente «liberazione» dai limiti dell'individualità ed identificazione con l'universale. In tal senso la vita è semplicemente uno strumento per raggiungere questo fine. A sua volta la scienza della medicina è un ulteriore strumento, che aiuta la vita a raggiungere il suo fine. Paradossalmente, così, l'Ayurveda o «Scienza della Vita» diviene un mezzo per raggiungere un obiettivo che trascende la vita stessa.

Infine, un cenno sulla famosa teoria dei tre dosha sviluppata dall'Ayurveda: questa somiglia in modo sorprendente alla teoria che contemporaneamente, ma a molte migliaia di chilometri di distanza, veniva proposta da un grande saggio dell'antichità: il medico di Cos. Ma viene da domandarsi se siano venuti prima i tre dosha dell'Ayurveda o i tre umori di Ippocrate. Secondo i pandit indiani, i medici greci, venuti a contatto con la cultura ayurvedica dopo i viaggi di Alessandro, da lì avrebbero mutuato le loro dottrine. Secondo gli storici occidentali, invece, è stata l'onda lunga della medicina greca a raggiungere l'India ed a influenzare i vaidya ayurvedici. Una terza ipotesi prevede che la medesima conoscenza si sviluppata contemporaneamente in Grecia come in India, in Occidente come in Oriente. Jean Filliozat ha trattato l'argomento nella sua magistrale opera *The classical doctrine of indian medicine* senza però giungere ad alcuna conclusione decisiva. L'enigma è probabilmente destinato a non venire mai svelato, come tanti altri affascinanti misteri della storia.

il manifesto

domenica 19 agosto 2001



IL TEATRO DELLA SALUTE

Alimento che nutre, rimedio che cura, farmaco che guarisce, talismano che protegge. Sono le piante le divinità che, da secoli, elargiscono continuamente la vita. Un viaggio in direzione dei differenti punti cardinali per comporre il repertorio dei codici umani creati allo scopo di valorizzare il mondo vegetale



Doug Prince,
"Figura anatomica
con albero d'ulivo",
1993.
Tratta da "Il corpo"
ed. Logos

Per una geografia delle erbe

BRUNO BRIGO

Il canone biblico della tradizione giudaico-cristiana si apre e si chiude con l'immagine simbolica dell'acqua viva e dell'albero della vita. Nel primo libro dell'Antico Testamento, la Genesi, viene collocato al centro del Paradiso terrestre l'albero del bene e del male, ambiguo e tentatore: «Il Signore Dio fece germogliare dal suolo ogni sorta di alberi graditi alla vista e buoni da mangiare, tra cui l'albero della vita in mezzo al giardino e l'albero della conoscenza del bene e del male» (Genesi 2,9). L'ultimo libro del Nuovo Testamento, l'Apocalisse, enigmatico e inquietante, pone l'albero della salute al centro della Città ideale, disegnata per un'umanità ormai affrancata dalla sofferenza: «In mezzo alla piazza della città e da una parte e dall'altra del fiume si trova un albero di vita che dà dodici raccolti e produce frutti ogni mese; le foglie dell'albero servono a guarire le nazioni» (Apocalisse 22,2). All'interno di questo disegno simmetrico, tra le due dimensioni estreme della vita all'origine e della vita senza tramonto, si può inscrivere

tutta la storia del rapporto critico ed essenziale tra gli esseri umani ed il mondo vegetale. In tal modo il complesso uso delle piante appare in tutta la sua complessità, come pratica antichissima e universale; continuità e metamorfosi di un patrimonio conoscitivo che subisce le influenze di ogni secolo e l'impronta delle tradizioni locali; specchio dei bisogni fisici, mentali e spirituali dell'umanità; ricerca ossessiva della «panacea» intesa come salute di tutto l'uomo e dell'elisir di eterna giovinezza; instancabile processo di valorizzazione delle piante considerate alimento che nutre, rimedio che cura, farmaco che guarisce, talismano che protegge, divinità che elargisce continuamente la vita.

Le varie regioni del pianeta sono testimoni, nel succedersi di epoche diverse, della capacità di adattamento dell'uomo a contesti geografici, climatici, storici e sociali differenti, e della nascita di un mosaico di tradizioni culturali in continua evoluzione e crescita, capaci di inventare, senza sosta, forme di guarigione sempre originali. Viaggiare nella direzione di ciascuno dei punti cardinali significa fare l'esperienza emozionante del confronto con culture diverse, ma soprattutto consente di comporre il repertorio dei codici creati dall'uomo di ogni tempo e di ogni terra, per la valorizzazione del mondo vegetale a vantaggio individuale e della comunità.

Regione del Nord: i fiori delle emozioni

Andare verso Nord significa incontrare l'opera di Paracelso, con la sua ricerca della quintessenza o dei principi attivi, veri artefici dell'attività di ogni pianta, il suo consiglio a curare facendo riferimento alle piante medicinali, alla parola e ai minerali (*In Herbis, Verbis et Lapidibus*). Andare verso Nord significa anche contemplare l'architettura composita dell'antroposofia di Rudolf Steiner, in cui l'archetipo della pianta già intuito da Goethe, si trasforma nella ricca varietà delle specie e delle famiglie botaniche, con il prevalere dello sviluppo di questa o quella parte della pianta in risposta alle varie forme di energia cosmica. Significa anche riflettere sull'attualità della Floriterapia, interpretazione originale della tradizione celtica operata negli anni '30 dal medico gallese Edward Bach. Nella dimensione irrazionale e incontrollabile del terreno emozionale avviene spesso il primo mutamento decisivo, responsabile della successiva evoluzione verso la comparsa di disturbi, affezioni e malattie. Consapevole del senso profondo delle emozioni e del condizionamento da loro svolto sull'identità di ciascuna persona, Bach ne interpreta il linguaggio, ne classifica le espressioni universali, ne prospetta i rimedi in alcune essenze floreali. Medico di sensibilità e cultura universale, formatosi nell'ambiente accademico tradizionale, passato attraverso l'esperienza originale dell'omeopatia, formula la sua scoperta nel suo testo di fondazione *Guarisci te stesso*.

Regione dell'Est: le piante dell'armonia

In Oriente l'utilizzo delle piante si è strutturato principalmente nella dottrina dell'Ayurveda e della Medicina Cinese. Secondo la tradizione, quest'ultima sarebbe stata formulata dall'Imperatore cinese Shen Nung, personaggio leggendario vissuto circa 4.000 anni fa che introdusse sia l'agricoltura che l'uso dei fitocomplessi in medicina, cogliendo in tal modo la continuità della pianta considerata come alimento e come farmaco. Shen Nung compose la prima opera sulle piante cinesi dal titolo *Insegnamento del Coltivatore Celeste basato sulla comprensione dei rimedi*, descrivendo le proprietà di 365 preparati, di cui ben 237 di origine vegetale, distinti in 3 categorie: farmaci «regali» o superiori, farmaci «ministeriali» e farmaci «assistenti» o inferiori. Delle piante «regali» o superiori fanno parte il ginseng, la liquirizia e lo zenzero, capaci di aumentare la vitalità della persona sia sana che malata, senza provocare effetti collaterali dannosi. Il secondo raggruppamento comprende i rimedi «ministeriali», leggermente tossici, utilizzati in maniera selettiva nella cura specifica delle varie malattie. Di essi fa parte anche l'Angelica sinensis, nota come «ginseng delle donne».

Da ultimo vengono i preparati «assistenti», considerati minori in quanto la dose curativa è molto vicina a quella tossica. Ad essi appartiene la noce vomica, l'aconito, l'elleboro. Può essere sorprendente rilevare che la quasi totalità dei farmaci elencati da Shen Nung sono in uso a tutt'oggi, a conferma della sua straordinaria capacità di percepire il potere curativo delle piante. Colpisce infatti la concisione, la completezza, l'accuratezza e la bellezza dell'antica descrizione nella Farmacopea di Shen Nung delle proprietà delle piante medicinali, confermate dalla ricerca scientifica moderna. A proposito del ginseng egli annota: «Ha gusto dolciastro e la sua proprietà è leggermente rinfrescante. Cresce nelle gole delle montagne. Si usa per ristabilire i cinque visceri, armonizzare le energie, rinvigorire lo spirito, alleviare l'ansietà, eliminare le sostanze tossiche, ravvivare gli occhi, allargare il cuore e migliorare il pensiero. Il suo uso continuo fortifica l'organismo e prolunga la vita». Il Ginseng, dal cinese *Jen-chen, simile all'uomo*, per la forma antropomorfa della radice, può essere considerato come la pianta esemplare dell'erbario cinese, utilizzata da millenni in estremo oriente come rimedio del massimo Yang ad azione tonica, stimolante e rivitalizzante, in grado di conservare la giovinezza, aumentare la vitalità, ristabilire l'energia, ridurre la fatica, migliorare l'umore, facilitare la memoria, favorire l'attività sessuale, stimolare le difese immunitarie, ottimizzare le prestazioni sportive, prevenire l'invecchiamento. Per la ricchezza e la varietà dei poteri il ginseng è stato considerato come vera e propria «panacea». In tempi recenti il termine «panacea» ha assunto connotazioni negative, critiche nei confronti di preparati cui viene attribuito il potere di risolvere tutte le malattie, allo stesso modo con cui Panacea, figura della mitologia greca, figlia di Esculapio e di Epione, sarebbe stata capace di curare ogni male in qualsiasi vivente. In realtà il nome «Panax» coniato in Occidente dovrebbe esprimere più semplicemente l'uso del ginseng per la cura dell'individuo nella sua totalità.

Nel tentativo di correggere tale fraintendimento e recuperare il significato originale del nome «panax», è stato introdotto da ricercatori russi e tedeschi il termine «adattogeno», per indicare singoli principi attivi o piante intere in grado di aumentare le resistenze aspecifiche, le potenzialità latenti ed i meccanismi difensivi dell'organismo, principalmente nei confronti dello stress. Il Ginseng è probabilmente il prototipo delle piante rivitalizzanti e armonizzanti ad attività non specifica. Rinvi-gorisce e tonifica tutte le funzioni vitali. Non

cura direttamente la malattia ma il malato, predisponendolo a lottare contro di essa. Per questa ragione viene impiegato nella Medicina Tradizionale Cinese come componente essenziale di molti preparati complessi, in cui coadiuva medicinali specifici per il trattamento delle varie affezioni. Nel 1978 Stephen Fulder, a seguito di esperimenti e riflessioni sulle modalità di azione del ginseng introduce il concetto di *farmaci dell'armonia* cioè di sostanze che agiscono mediante un processo di normalizzazione o armonizzazione in contrapposizione ai farmaci che provocano una correzione specifica nei confronti di un determinato quadro morboso.

Regione del Sud: le piante magiche

A Sud, lungo la cordigliera andina, così come nel cuore della foresta amazzonica o nelle zone tropicali dell'Africa, le piante sono soprattutto «magiche». In esse infatti viene riposto ogni potere del mondo e chi ne conosce i segreti è considerato onnipotente. L'uso delle piante, solitamente nel contesto del rito magico, trasmesso mediante un lungo processo di iniziazione, protetto da un rigido codice segreto, mette in contatto il guaritore, lo shaman, il sacerdote con la divinità e con gli antenati, consente di comprendere l'origine della malattia come perturbamento delle leggi divine che regolano i cambiamenti della realtà, permette alla comunità o al gruppo di celebrare e rafforzare la propria identità, attraverso l'esperienza della fraternizzazione e dell'unità con l'ambiente naturale e sociale circostante, protegge nei confronti della malattia, promuove la fecondità, allevia i bisogni, arricchisce le piacevoli esperienze amorose, contrasta gli aspetti negativi della realtà. La pianta diventa medicina magica, elisir di immortalità che preserva la giovinezza e rende longevi, sostanza afrodisiaca, incenso, amuleto, strumento di profezia. Assumendo la bevanda ottenuta da piante magiche, gli shamani di ogni angolo della terra apprendono a superare il limite dell'esperienza sensoriale comune, uscendo dall'angusta esperienza dello spazio, fino a percepire la struttura dell'infinitamente piccolo o dell'immensamente grande e prendere contatto con i mondi dell'invisibile.

Grazie alle piante magiche essi conoscono le potenzialità dell'uomo, comprendono i meccanismi della vita, della salute e della malattia, guidano il risveglio e l'utilizzo dell'energia vitale per realizzare la guarigione a livello fisico, mentale e spirituale. In questo contesto la pianta non viene utilizzata unicamente per la cura del singolo individuo, ma a vantaggio di

tutta la comunità. Così la kava-kava (*Piper methysticum*), pianta usata correntemente in Occidente per migliorare il tono energetico della singola persona, assume un significato sociale e cerimoniale molto più complesso presso alcune popolazioni delle Isole del Pacifico che offrono la bevanda ottenuta dalle radici alle divinità, come riferito da Lewin: «Ecco qui la bevanda kava-kava per voi o Divinità, volgete uno sguardo di amicizia su questa famiglia, lasciatela prosperare e crescere, e fate che tutti noi ci manteniamo in salute; concedete che le nostre piantagioni siano floride e buoni i nostri frutti; provvedete cibo in abbondanza per noi. Ecco qui la kava-kava per voi Dei della Guerra! Lasciate che in questa terra cresca una discendenza forte in vostro onore. Ecco qui kava-kava per voi Dei del Vento! Non passate per questa terra, ma attraverso l'oceano andate altrove.»

Regione dell'ovest: le piante dei principi attivi

In Occidente si è affermata una medicina dominata e permeata da una concezione riduzionista della realtà. Secondo tale logica essa interpreta le funzioni dell'uomo esclusivamente sulla base della morfologia, si interessa di cellule, tessuti, apparati e sistemi, isola gli elementi costitutivi del vivente e li studia in provetta, cerca di scomporre la complessità del tutto in elementi semplici che obbediscano alla certezza e riproducibilità dei fenomeni fisico-chimici. Così in fitoterapia vengono codificate le regole di raccolta, preparazione e utilizzazione delle piante medicinali, vengono isolati, testati e riprodotti i principi attivi responsabili dell'attività farmacologica dei vari fitocomplessi. In tal modo si è arrivati a stabilire che i derivati solforati dell'aglio assicurano la protezione cardiovascolare, i polisaccaridi dell'echinacea sono responsabili dell'attività immunostimolante, i ginsenosidi conferiscono al ginseng le proprietà antistress, le schisandrine inducono un effetto antifatica da parte della schizandra, la silimarina è il flavonoide del cardo mariano in grado di ostacolare la morte delle cellule del fegato. Viene stabilito inoltre, mediante titolazione, la concentrazione ottimale del principio attivo ritenuto responsabile dell'attività terapeutica della pianta in esame e la posologia media corretta per ciascun quadro morboso. In tal modo viene assicurata l'affidabilità delle preparazioni fitoterapiche e la riproducibilità degli effetti biologici indotti sull'organismo.

Regione del Centro: le piante dell'integrazione

Il Centro non è un semplice elemento spaziale. Esso rappresenta anche la condizione temporale, sociale e culturale attuale, caratterizzata dalla possibilità di ricomporre in unità le diverse esperienze dell'uomo, nel rispetto e nella sottolineatura delle diversità, preservando dall'oblio il patrimonio culturale del passato e delle varie regioni del pianeta. Per comprendere il senso di un uso attuale delle piante a scopo preventivo e terapeutico, nei confronti dell'impiego dei farmaci convenzionali, intesi come somministrazione di singoli principi attivi, è opportuno sottolineare che uno dei tratti peculiari specifici della fitoterapia è rappresentato dalla somministrazione, a scopo preventivo o terapeutico, del «fitocomplesso», inteso come un'entità biochimica unitaria e dinamica, di origine vegetale, somma di più principi attivi sinergici, capaci di un'attività terapeutica superiore a quella svolta dai singoli principi attivi costituenti. In tal modo il rischio di assuefazione e tossicità viene ridotto, mentre emerge un'attività farmacologica complessa, più completa e meno drastica, rispetto all'effetto indotto dal farmaco tradizionale. Tuttavia per la pratica di una Fitoterapia «moderna» credibile ed efficace, diventa requisito primario e irrinunciabile il poter disporre di preparati sicuri, affidabili, riproducibili, costanti, controllati e di qualità.

Oltre a rendere disponibile un insieme di principi attivi con attività modulante sull'organismo, le piante possono essere valorizzate per il ripristino della salute fisica, mentale, emozionale e spirituale. Molto spesso, oggi in medicina ci si limita a curare il malato fisicamente, senza attenzione al mentale, senza cura per le emozioni negative, senza ascolto, senza dialogo, senza conforto, al di fuori di ogni «rito terapeutico». In questo modo tutta la conoscenza dottrinale, la tradizione terapeutica, il sistema di accordi tra uomo e natura, corpo e psiche, micro e macrocosmo, parola e discorso, viene aridamente trasferita nella minuscola componente molecolare del farmaco.

La fitoterapia non sostituisce, semmai arricchisce e completa l'approccio terapeutico convenzionale.

In definitiva si può convenire su un sicuro ruolo specifico dell'uso delle piante medicinali per il futuro, soprattutto quando vengano valorizzati alcuni aspetti, quali: l'attualizzazione continua e l'adattamento nell'uso dei fitocomplessi alla realtà clinica; la disponibilità e il confronto tra preparazioni fitoterapiche che rispondano ai requisiti di sicurezza, qualità, affidabilità e riproducibilità terapeutica; la mappatura dei principi attivi presenti in ogni singolo fitocomplesso e l'identificazione delle proprietà terapeutiche di ciascun costituente; la ricerca clinica mediante studi controllati che confermino l'attività terapeutica dei fitocomplessi nelle varie forme morbose; la ricerca di consenso sulle condizioni cliniche nelle quali la fitoterapia possa costituire la forma terapeutica di prima scelta; la scrupolosa individuazione degli effetti tossicologici diretti delle piante medicinali e delle possibili interazioni con altri fitocomplessi o principi attivi; la formazione adeguata di competenze professionali mediante un progetto formativo chiaro, globale, unitario, coerente.

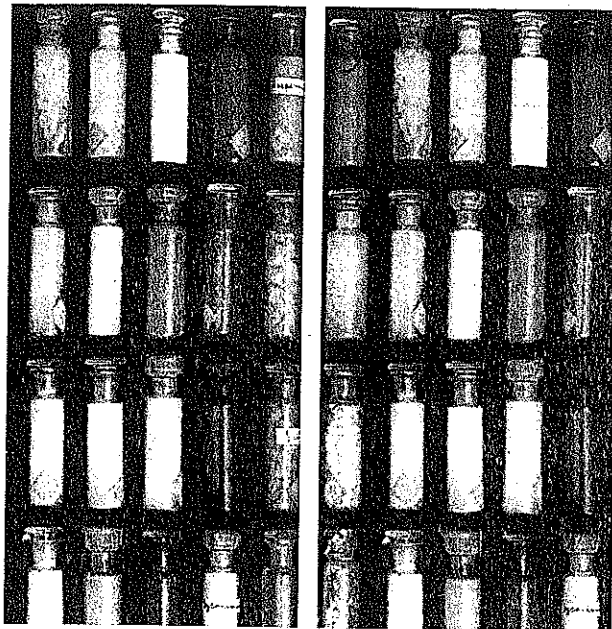
L'AUTORE

Bruno Brigo è medico, specialista in medicina interna, terapia fisica e riabilitazione. È professore di riabilitazione funzionale presso l'ospedale di Verona. Agopuntore e omeopata, ha condotto studi di ricerca clinica in agopuntura. È docente al corso di perfezionamento in fitoterapia presso l'università di Siena. Autore di numerose pubblicazioni sulla medicina naturale ha scritto - tra l'altro - «Natura medicatrix», «L'uomo, la fitoterapia, la gemmoterapia», «L'omeopatia come prima scelta».

IL TEATRO DELLA SALUTE



La totalità dei sintomi e l'individualità del paziente al centro dell'approccio omeopatico che considera, nella sua complessità, il disordine psicosomatico ed esistenziale. E mette fine al ruolo paternalistico del medico



Il dolore a piccole dosi

L'AUTORE

Paolo Bellavite, medico, ematologo, professore associato di patologia generale a Verona. Autore di numerose pubblicazioni in campo immunoematologico e sui meccanismi dell'infiammazione. Fa parte dell'«Osservatorio per le Medicine Complementari». È autore di «Biodinamica, basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata», Tecniche Nuove, 1998

Da una parte stregoneria, residuo di epoche passate, ciarlataneria; dall'altra medicina del XXI secolo, frontiera della scienza medica, scienza emergente. Sono tutti appellativi attribuiti all'omeopatia, una delle discipline più controverse tra quelle del variegato mondo delle medicine cosiddette non-convenzionali. L'esistenza, la persistenza e la rinascita almeno a livello popolare dell'omeopatia - i cui utenti sono raddoppiati negli ultimi sei anni, secondo indagini dell'Istat promosse dall'Istituto Superiore di Sanità - pone una sfida appassionante al sapere medico-scientifico. Non si tratta solo di un dilemma tra efficacia/non efficacia di un metodo terapeutico o di un medicinale ma di una questione che tocca il «cuore» della medicina moderna. Le dosi «omeopatiche» sono una violazione del paradigma meccanicistico-molecolare oggi dominante o, meglio, contestano la sua pretesa di essere l'unica credibile interpretazione della realtà biologica. L'omeopatia troverebbe migliore collocazione nell'ambito di un paradigma emergente in medicina, che si potrebbe definire biofisico: le molecole non sarebbero gli unici fattori deter-

PAOLO BELLAVITE

minanti in fisiologia e in patologia, in quanto avrebbero un grosso ruolo anche energie e informazioni di tipo bio-elettro-magnetico. Secondo altri sarebbe più opportuno inquadrare l'omeopatia nel paradigma della complessità per valorizzare l'interrelazione dinamica tra le varie componenti dell'essere umano, psichiche e fisico-anatomiche, e la relazione con l'ambiente. Queste due interpretazioni non sono in contrasto, ma illustrano la novità e l'attualità dell'approccio omeopatico.

L'omeopatia (da *omoios*-simile e *pathos*-sofferenza) rappresenta uno dei grandi «sistemi» medici di fine '700-primi '800, fondato dal medico tedesco Samuel Hahnemann. Le prime pubblicazioni risalgono al *Saggio su un nuovo principio per accertare il potere curativo dei farmaci*, del 1796, poi all'opera ancora di riferimento, *l'Organon* (1810). Secondo tale sistema, sarebbe possibile curare i malati mediante la somministrazione in minime dosi (e/o alte diluizioni/dinamizzazioni) di medicinali scelti utilizzando il principio della «similitudine dei sintomi» (*similia similibus curantur*). In altre parole, quel medicinale (vegetale, minerale o persino veleno animale) che, provato in piccole dosi su un soggetto sano, induce la comparsa di caratteristici sintomi per l'in-



nescio di un disequilibrio fisiopatologico, potrebbe curare un soggetto che presentasse, a causa di una malattia naturale, gli stessi o simili sintomi. Pur trattandosi di un principio presente in tradizioni antiche come la scuola Ippocratica (400 a.C.) e di Paracelso (1.500 d.C.) Hahnemann ne fece un metodo operativo, diffusosi in tutto il mondo e ancora largamente utilizzato.

I rimedi omeopatici non sono prescritti per specifiche «malattie», ma per i sintomi individuali e caratteristici della persona malata durante la malattia. Il problema dell'«emicrania» non esiste; esiste il paziente con emicrania. L'omeopatia accentua l'individualizzazione poiché il suo *proving* del farmaco sull'individuo sano non provoca la malattia organica ma fornisce una serie di sintomi individuali prevalentemente di natura funzionale; è, dunque, necessaria una concezione individualizzante per usare i sintomi come guida in caso di malattia naturale. Inoltre, la stessa malattia in individui diversi richiede spesso medicinali diversi. C'è chi sostiene che sia proprio questa concezione della malattia che pone l'individuo al centro il motivo principale del successo popolare dell'omeopatia: l'applicazione del metodo richiede l'espressione da parte del paziente e l'ascolto da parte del medico della totalità soggettiva e oggettiva dell'esperienza di dolore e disordine psicosomatico o persino esistenziale (*Omeopatia, la via interiore alla guarigione*, M. Castellini, Mondadori, 2000). Ma la farmacologia convenzionale che muove obiezioni all'omeopatia dimentica che questa nasce come medicina sperimentale, non come una dottrina filosofica: nella storia della medicina occidentale, Hahnemann è stato il primo a portare avanti la prova degli effetti «puri» dei farmaci (puri in quanto sperimentati sul soggetto sano, non alterati da stati di malattia). Un metodo che - col contributo dei numerosi seguaci dagli Usa all'India, all'Italia dove fu introdotta nel 1822 da Necker - ha permesso di accumulare un patrimonio di conoscenze farmacologiche unico, raccolto nelle «Materie Mediche» omeopatiche.

Le fortune dell'omeopatia sono state alterne: un grande sviluppo di popolarità e pubblicazioni per la maggior parte del XIX secolo, nonostante l'opposizione della medicina convenzionale, e un declino progressivo nel corso del XX secolo, fino a ridursi a un'ombra nel II dopoguerra. Declino spiegabile, in parte, con l'efficace lotta all'omeopatia dell'*American Medical Association* che portò alla chiusura dei *Colleges* e alla messa al bando degli omeopati. Ma, soprattutto, alla «vittoria sul campo» della medicina scientifica, alla scoperta di farmaci chimici sempre più efficaci per le malattie infettive dominanti al tempo, nella terapia sostitutiva, nell'analgesia, antisepsi e anestesia. Medici e industrie ripudiarono così le vecchie, difficili e misteriose teorie hahnemanniane.

L'avvento del nuovo paradigma della biologia molecolare nel II dopoguerra e con esso dell'idea che la patologia fosse dovuta all'alterazione di un meccanismo molecolare e che la terapia farmacologica fosse la modifica o la sostituzione di una molecola, ha portato alla consacrazione definitiva dell'attitudine riduzionistica della medicina convenzionale. Ogni altro approccio è parso superato e fuorviante. L'omeopatia è comunque sopravvissuta in piccoli cenacoli di appassionati che hanno continuato a «credere» nella sua efficacia aderendo alla sua norma deontologica fondamentale: il medico deve trattare il malato con la terapia più adatta al caso.

Anche da parte omeopatica non sono mancati attacchi alla medicina ufficiale. Già Hahnemann enunciava la sua attitudine fenomenologica e il suo scetticismo nei confronti della cosiddetta «medicina teorica» e delle sue «ipotesi sulla natura essenziale delle malattie»; affermava che l'unico scopo del medico è curare i malati, in aperta polemica con i colleghi «allopatici». Questi, secondo Hahnemann, giungere dissertavano sulla natura delle malattie senza giungere a sostanze certe, somministravano irrazionalmente sostanze tossiche in alte dosi, purghe e salassi che, dopo un momentaneo miglioramento, si rivelavano ancor più dannosi del morbo.

La «vis polemica» di Hahnemann e seguaci non ebbe un ruolo secondario nell'accendere la reazione di allopatisti e farmacisti. Anche le lotte interne al mondo omeopatico hanno avuto un peso rilevante nella sue fortune altalenanti, così come l'incapacità di sviluppare una teoria scientifica o quanto meno una «medicina basata sulle evidenze». Nonostante lo scetticismo della medicina accademica, oltre il 70% dei cittadini che negli ultimi tre anni si sono curati con l'omeopatia riferiscono di averne tratto benefici (Istat). Anche un recente studio osservazionale, coordinato da Muscari Tomaioli della scuola di omeopatia di Verona, riferisce il miglioramento della sintomatologia dolorosa nel 73.7% di pazienti cefalalgici.

L'inattesa rinascita dell'omeopatia negli ultimi 15-20 anni è dunque dovuta più a una spinta dalla base che alle convinzioni di classe medica e istituzioni; infatti, non esistono cattedre di medicine non convenzionali e soprattutto di omeopatia nel mondo occidentale. Tale rinascita testimonia un cambiamento culturale che qualcuno chiama anche cambiamento di paradigma e che implica sia una critica alla medicina ritenuta troppo spersonalizzata, sia la fine del ruolo «paternalistico» del medico, sia una maggiore responsabilizzazione dei cittadini nelle scelte sulla propria salute. Anche il mondo medico-scientifico si interroga su tale cambiamento, muovendo dalla presa di coscienza dei limiti dell'approccio meccanicistico-molecolare e della conseguente super-specializzazione. Il paradigma della biologia molecolare lungi dal «risolvere» la complessità in fisiologia e patologia, l'ha documentata mostrando la molteplicità dei fattori, individuali e ambientali, sottostanti a molte patologie. Basta pensare alle «ricadute» pratiche e terapeutiche del progetto genoma, finora inferiori alle attese.

Così l'aumentata consapevolezza della complessità in medicina non può che suscitare la rivalutazione di tanti approcci medici rivolti più al complesso che al semplice, più al «sottile» che al macroscopico, più al «fattore umano» che all'aspetto tecnologico. L'omeopatia si prefigge di intervenire stimolando il potere endogeno di guarigione dell'organismo ed è per questo che può essere compresa solo all'interno di un paradigma che fa riferimento alla scienza della complessità. Credo sia stata proprio questa la molla che ha acceso in me e nel mio gruppo di lavoro, che da dieci anni opera presso l'università di Verona, l'interesse per una ricerca scientifica nel campo dell'omeopatia. Muovuta dall'intuizione della ricchezza profonda contenuta in questa tradizione empirica - l'aver posto, cioè, sempre al centro dell'analisi del caso clinico la totalità dei sintomi e l'individualità del paziente - abbiamo preso l'avvio, assistiti dal metodo sperimentale e dalle nuove tecniche di ricerca clinica e di laboratorio. Ci ha animato la convinzione che gli

omeopati e gli scienziati interessati a questi fenomeni possano riportare l'approccio terapeutico basato sul principio di similitudine nel solco della medicina scientifica, forse meglio definibile come medicina razionale. Il termine «ragione» richiama una prospettiva aperta alla realtà umana secondo la totalità dei suoi fattori, sia quelli quantitativamente rilevabili, di competenza scientifica, sia quelli di tipo qualitativo, umanistico o artistico che dir si voglia. Che la pratica medica, interessandosi della sofferenza della persona nella sua interezza, sia non solo scienza ma anche arte è un concetto oggi accettato universalmente (*Il Ministero della salute*, di G. Cesana, Studio Editoriale Fiorentino, 2000). Per favorire un confronto che tenga conto del positivo presente nelle tradizioni mediche empiriche, senza perdere di vista gli errori e le deviazioni troppo divergenti della razionalità, è stato anche avviato, per iniziativa dell'università e dell'ordine dei medici di Verona, un «Osservatorio per le Medicine Complementari» che ha curato la pubblicazione del testo: *Le medicine complementari* (Utet, 2000).

Un chiarimento di alcuni dei problemi teorici correlati all'omeopatia viene oggi offerto anche da indagini sperimentali di laboratorio e su animali. Anche il nostro gruppo, in collaborazione con quello di Anita Conforti presso la sezione di farmacologia, sta sviluppando alcune ricerche in questo campo, in particolare sugli effetti inversi e non-lineari nell'attivazione delle cellule del sangue e di immunomodulazione sperimentale. Sono studi sulla linea del «principio di similitudine» omeopatico – oggi rivalutato in campo scientifico –, che può essere razionalizzato e dimostrato a prescindere dal problema delle alte diluizioni: il rimedio omeopatico attiva i sistemi di controllo dell'omeostasi dell'organismo in sostituzione di un segnale regolatore endogeno che potrebbe non essere sufficiente o efficace, perché il sistema non è più sensibile ad esso in quanto bloccato dalla malattia. Significativi contributi in questa direzione sono anche quelli dei gruppi di Madeleine Bastide a Montpellier, Roeland Van Wijk a Utrecht, Lucietta Betti a Bologna.

Un altro caposaldo dell'omeopatia riguarda l'uso delle piccole dosi o delle alte diluizioni/dinamizzazioni, cosiddette alte «potenze» perché, secondo la teoria omeopatica, il processo di diluizione seguito da forte scuotimento della soluzione diluita, aumenterebbe l'effetto del medicinale. La diluizione all'inizio fu imposta dal fatto che si usava fare le prove anche con sostanze molto velenose (aconito, arsenico, cianuro) e dal fatto che la solubilizzazione di molte sostanze richiedeva estesa triturazione e diluizione. Quando si parla di dosi omeopatiche, non necessariamente ci si riferisce alle dosi «infinitesimali», cioè quelle la cui diluizione ha superato la costante molecolare di Avogadro, oltre la quale non è più possibile rilevare la presenza di sostanze in una soluzione. La maggior parte dei medicinali oggi venduti come «omeopatici» in Europa contengono dosaggi farmacologici anche se bassissimi di principi attivi. Quindi sostenere che l'omeopatia sia *tout-court* «acqua fresca» è un'affermazione non aderente alla realtà. Se di acqua fresca (anzi soluzione idroalcolica) si deve parlare, ciò vale per le diluizioni/dinamizzazioni omeopatiche oltre la dodicesima centesimale o ventiquattresima decimale. È chiaro che qui si esce dai canoni della farmacologia classica e quindi vi è meno spazio per le certezze e più per ipotesi che aspettano una dimostrazione oggettiva.

In questione: a) le proprietà fisiche dell'acqua e delle soluzioni idroalcoliche sono per molti aspetti ancora sconosciute, soprattutto per ciò che riguarda le interazioni «long-range» tra molecole; b) non è assurdo pensare che nell'acqua possano essere immagazzinate informazioni sotto forma di frequenze vibrazionali dei dipoli molecolari («superradianza») o di gusci di idratazione vuoti («clatrati» o *clusters*); c) vi sono prove che il trattamento di acqua pura con onde elettromagnetiche le conferisce nuove proprietà fisico-chimiche che, conservandosi, sarebbero trasferibili a sistemi biologici; d) vi sono prove che molti tipi di recettori cellulari ed enzimi sono attivati o inibiti in vari sistemi sperimentali dall'applicazione di campi elettromagnetici di bassa frequenza, quali quelli che potrebbero essere «impressi» nelle soluzioni omeopatiche; e) le teorie della complessità e del caos postulano che una minima modifica delle condizioni di una sistema che si trova lontano dall'equilibrio (quali sono spesso i sistemi viventi) può sortire grandi effetti che si stabilizzano attorno a degli «attrattori» e ciò ha grandi implicazioni per la comprensione degli effetti di minime energie. Nei campi della fisica dell'acqua correlati con le teorie omeopatiche si sono distinti Emilio Del Giudice e Giuliano Preparata dell'Istituto di fisica nucleare di Milano e il gruppo di Vittorio Elia a Napoli.

Al di là di qualsiasi ipotesi, rimane il problema, ineludibile, delle prove di efficacia. La ricerca clinica sull'azione di rimedi omeopatici, condotta con metodi tendenzialmente simili a quelli utilizzati nella medicina convenzionale, si è molto sviluppata negli ultimi 10-15 anni, anche se copre ancora solo una piccola parte dei problemi posti da questo metodo terapeutico. Sul piano storico ed epistemologico è in corso un importante dibattito su un punto-chiave: quali sono i criteri di evidenza necessari per valutare una medicina? I dati ottenuti secondo i più rigorosi metodi di trials clinici sarebbero fondamentali e auspicabili, ma non possono da soli costituire una prova di validità. Se si accettasse il principio di un'evidenza scientifica incontrovertibile prima di accettare come praticabile una medicina, si rischierebbe una «paralisi terapeutica», in quanto la maggior parte delle conoscenze e delle procedure, anche della medicina convenzionale, non è stata provata a livello di trials clinici e di quei criteri ancor più rigorosi fissati dalle meta-analisi. L'esperienza clinica dei medici e il «gradimento» della popolazione in un certo periodo storico costituiscono altri criteri per affermare che una medicina ha o no delle «evidenze», quanto meno riguardo alla sua efficienza.

Concludiamo citando Hufeland, autorevole all'epoca contemporaneo di Hahnemann, tra i pochi che perseguirono un'integrazione tra diversi metodi terapeutici: «Scrivo perché ho ritenuto scorretto e indegno della scienza trattare la nuova dottrina dell'omeopatia con la ridicolizzazione o la persecuzione. La soppressione e il dispotismo nella scienza mi ripugnano; [...] Prova tutto e trattieni ciò che è buono: questo è e rimane il primo comandamento della scienza. La Medicina è scienza dell'esperienza, è pratica, è continuo esperimento e l'esperimento non è mai concluso. Libertà di pensiero, libertà di scienza, questo è il nostro più alto baluardo e così deve rimanere se vogliamo progredire.» (in *Il Simile in Medicina* di L.J. Boyd, Ed. Libreria Cortina di Verona, 2001).

IL TEATRO DELLA SALUTE

Si chiamano "saltiguiers" i guaritori veggenti del Siin e del Saloum, la regione del Senegal in cui vive il popolo dei Sérère. Dalla loro capacità di azione sul mondo non visibile e dal potere di intervenire sui fenomeni naturali dipendono i raccolti, il benessere della comunità e la guarigione delle malattie

L'invisibile scienza dei Sérère

ISIDE BALDINI

Fin dalle prime ore del mattino arrivano, da soli o a gruppetti, uomini anziani avvolti in caffettani colorati. Il vestito delle grandi occasioni. Hanno le mani tozze e callose di chi è abituato a lavorare la terra. I visi sono segnati da rughe profonde. L'andatura è agile e sicura. Hanno viaggiato dall'alba, nelle renault sgangherate, che percorrono le strade di campagna, su carretti o a piedi, per arrivare puntuali al *Khoye*, l'incontro annuale dei *saltiguiers*, i guaritori veggenti, del Siin e del Saloum, la regione naturale a sud di Dakar, in Senegal, dove da più di mille anni il popolo Sérère ha trovato - dopo una lunga diaspora - l'ambiente adatto in cui vivere. Sérère significa «Guardiani del Tempio» e deriva dalla loro supposta origine egiziana. Un popolo antico quindi, che in Senegal rappresenta poco meno di un milione e mezzo di persone. Il suo modo di vivere, seppure influenzato dalla modernità, mantiene vive alcune tradizioni che sopravvivono nel tempo. La conoscenza di medicina tradizionale è tra quelle di maggiore interesse sia per la gente comune, che ne beneficia ampiamente, sia per i ricercatori occidentali. I Sérère in Senegal sono rispettati e temuti da tutti per il loro potere di agire sul non visibile.

Alle dieci del mattino i guaritori-veggenti sono più di trecento, raccolti sotto le fronde dei grandi alberi della savana. Una folla di persone dei villaggi limitrofi si è raccolta nel luogo che ospita l'assise, il Centro di agricoltura biologica della federazione contadina *Yungar*, che nella lingua sérère significa: colui che riunisce.

Senegal,
guaritore
serere



Nel corso della prima giornata, i vecchi saggi si prodigano nell'esercizio delle loro capacità di veggenza e di influenzamento dei fenomeni naturali e sociali che interesseranno la vita della comunità nel prossimo anno. È maggio, l'inizio della stagione delle piogge, e dalle loro capacità di azione sul mondo invisibile, dipenderanno i raccolti e il benessere della comunità. Dibattiti accesi anticipano lo sviluppo che il *Khoye* vero e proprio prenderà a partire dal giorno seguente. Le discussioni proseguono fino a notte inoltrata finché una pausa obbligatoria, per prepararsi alla cerimonia dell'indomani, interrompe il fluire delle visioni e dei gesti rituali di cura.

Il mattino seguente, il suono dei tamtam e i canti provocatori dei giovani iniziati accompagnano le dimostrazioni di invulnerabilità che aprono ufficialmente i lavori. All'incontro partecipano anche le autorità governative locali.

L'atmosfera è calma ma carica di attese che si trasformano in vivaci dispute tra i guaritori-veggenti che, sfidandosi a vicenda, si fanno schermo gli uni con gli altri dei poteri mostrati. Ma i trecento saggi - alla fine della giornata - sono tutti d'accordo: l'annata sarà caratterizzata da abbondanti piogge - accompagnate da forti venti - che inizieranno alla fine di giugno

e si protrarranno nei mesi causando enormi perdite nei campi. Per prevenire i disastri delle acque i veggenti consigliano di utilizzare varietà tardive mentre i venti vengono orientati verso territori disabitati. Altri fenomeni catastrofici saranno invece attenuati o evitati attraverso pratiche di prevenzione, preghiere e sacrifici rituali, ma anche «vaccinazioni» di donne e bambini attraverso l'uso di farmaci tradizionali, preparati dai guaritori e distribuiti ai capi famiglia. L'incontro dei guaritori-veggenti si chiude con la pianificazione delle semine, in funzione delle caratteristiche del territorio, e con l'accordo sulle pratiche di prevenzione e cura per la salute della comunità. Soddisfatti, i vecchi saggi ripartono per i rispettivi villaggi. Il *Khoye* ha segnato un nuovo inizio. Molto, per quest'anno, resta ancora da fare e ognuno sa quali sono i compiti che lo aspettano.

Famara Basse, prestigioso esponente dei guaritori della zona e presidente della federazione *Yungar*, introduce alcuni concetti della visione del mondo della sua gente. È un guaritore, discendente di una delle genealogie più antiche e potenti di guaritori. Ha viaggiato in Africa e poi fino in Thailandia per mettere alla prova le sue conoscenze e acquisirne delle nuove. In Italia si è confrontato con altri studiosi sulle questioni ambientali, sui sistemi di cura e sulle modalità di capitalizzazione e trasferimento del sapere. Spiega che la sua gente, come altri popoli africani, ha un modo di concepire l'uomo, il rapporto con l'ambiente e le relazioni sociali, che risulta spesso incomprensibile agli occhi occidentali, disabituati a considerare ciò che non è immediatamente visibile.

Secondo la tradizione, il rapporto tra la persona e l'ambiente inizia fin da quando il bambino si trova nel ventre della madre. È per questa ragione che gli anziani, a partire dalla gravidanza, si prendono cura di lui e già nel ventre della madre gli somministrano delle sostanze per far sì che alla nascita porti in sé le caratteristiche auspicate. Seguono, per così dire, la complessa rete di alleanze che ogni persona intrattiene, nel suo costituirsi, con gli esseri del mondo invisibile o «intermediario», un mondo parallelo invisibile e incomprensibile alla maggioranza dei non iniziati e dei *toubab*, i bianchi. Dopo la nascita, il bambino viene accompagnato passo passo nella sua educazione fino al momento in cui entrerà nella «casa degli uomini» diventando un *sérère* a pieno titolo. Gli equilibri tra gli uomini e gli esseri del mondo intermediario sono delicati. Al di là delle relazioni «naturali» che legano questi a quelli, altre relazioni più o meno occasionali hanno luogo. Queste possono essere buone o cattive, esattamente come le relazioni tra gli uomini.

Una persona può incappare in una manifestazione sensibile degli esseri del mondo intermediario e rimanerne sconvolta. È il caso di molte forme di follia. Oppure a volte sono gli esseri del mondo intermediario ad agire in una maniera, per così dire «fraudolenta», provocando nella persona colpita un disturbo, la malattia, che può anche essere l'origine di problemi organici. Non si tratta di «spiriti» nel senso che in occidente viene dato a questa parola, ma di vere e proprie «creature». Le entità del mondo intermediario non avrebbero il diritto di compiere azioni malevole contro l'essere umano poiché nel loro mondo ci sono gerarchie e regole che sono tenute a rispettare anche nel rapporto con gli altri mondi. Quando alcune entità entrano, invece, in contatto con gli uomini in maniera sregolata, producono l'effetto di separare completamente l'individuo dalle entità cui è legato naturalmente portandolo alla malattia.

I guaritori tradizionali, in quanto iniziati, conoscono le invocazioni che consentono la comunicazione con le diverse «classi» di esseri. Le loro capacità terapeutiche si fondano in parte su conoscenze di farmacopea naturale e in parte – quella fondamentale per il successo del processo terapeutico –, sulle loro capacità di comunicazione e negoziazione con il mondo intermediario. Le «creature» vengono invitate a intervenire nella cura del problema e nel ripristino dell'equilibrio che è stato perturbato, «risaldando» il legame che si è rotto. E il malato viene ricollegato al suo mondo cosmico.

Il guaritore, in primo luogo, deve verificare le cause specifiche all'origine della malattia. Quindi la scelta del rimedio – piante, preghiere o qualsiasi altra cosa – viene da sé. È facile a questo punto sapere quale «bottono» bisogna schiacciare per equilibrare la situazione. Da questo momento in poi è il guaritore che agisce sulla persona. Per i terapeuti tradizionali ogni caso va valutato a sé perché spesso gli stessi sintomi possono avere origini molto diverse. La diagnosi, anche per il sistema di cura *sérère*, è il passo più delicato, perché è il momento in cui il guaritore valuta se avrà sufficiente forza per agire sul mondo invisibile.

Famara Basse parla di mondo intermediario e delle sue categorie di esseri, tra le quali il *pan-gol*, ossia il lignaggio, la linea ereditaria materna e paterna, parti fondamentali della costituzione della persona. Colpisce la sua capacità di spiegare concetti al limite della fantasia per menti abituate a pensare in relazione a dati sperimentali. Spiega che un guaritore non è mai solo un guaritore; la parte «clinica» è un servizio che egli offre gratuitamente alla comunità, al di là della sua occupazione che, in genere, è quella di agricoltore.

La medicina tradizionale *sérère*, pur avendo sue specificità, condivide con altre medicine tradizionali africane, concezioni e pratiche che hanno a che fare con l'organizzazione dell'universo e il mantenimento del suo ordine. Un sapere antico che si tramanda nei secoli attraverso percorsi iniziatici fondati sul rapporto maestro-allievo e sulla organizzazione rituale e collettiva di alcuni passaggi fondamentali dell'esistenza, come l'entrata nella vita adulta, il matrimonio, la nascita, la malattia, la morte.

Oggi questo sapere trova sempre meno possibilità di affermazione. I guaritori a volte muoiono senza aver passato le loro enormi conoscenze a figli o nipoti, cui i «tempi» impongono di studiare alla scuola occidentale. Anche il *Khoye*, che pure ha un'importanza fondamentale per il benessere della comunità, per anni è stato abbandonato, o ridotto alla partecipazione di pochi guaritori-veggenti. Un evento che pure è ritenuto pratica importante per la comunità, per coordinare la pianificazione dell'annata agraria prevenendo gli eventi naturali e sociali. Si può immaginare la sua importanza per gente che vive principalmente di agricoltura. E tuttavia nel tempo è stato abbandonato e l'animismo fatto bersaglio di violenti attacchi da parte delle culture che hanno dominato i popoli africani e ne hanno considerate le pratiche pagane, quando non sataniche.

Preoccupati dall'impoverimento culturale e ambientale, i guaritori hanno mobilitato la comunità. Considerando in pericolo l'esistenza della foresta di Samba Dia, che rappresenta il «bosco sacro», hanno richiamato tutti i giovani per convincerli a far fronte al possibile disastro. Il bosco sacro è il luogo in cui vengono raccolte le piante per la medicina tradizionale, ma anche quello in cui vengono intrattenuti tutti i rapporti con il mondo invisibile.

L'appello dei guaritori tradizionali ha dato il la all'organizzazione contadina che funziona da 15 anni e che oggi raggruppa più di 60 villaggi per un totale di circa 40 mila persone. «Yungar» all'inizio si è concentrata sull'ambiente e sulla ricerca di alternative interessanti per l'impiego dei giovani perché non fossero obbligati a emigrare. In seguito altri aspetti, come quello della salute, sono diventati il fulcro dell'azione. Oggi anche i guaritori, che prima seguivano le attività da dietro le quinte, hanno deciso di costituire all'interno della federazione un Comitato chiamato *Woud Woudanel*, che significa: «avere la salute per sé e per i propri cari». L'obiettivo è di lavorare sulla salvaguardia e la promozione della salute della comunità. Il «WW» raggruppa oggi 62 guaritori specialisti nella prevenzione e cura di differenti malattie.

È il comitato che, come primo passo significativo, ha deciso di ridare vita all'incontro annuale dei guaritori-veggenti. Quella di quest'anno è stata la terza edizione e i risultati già si vedono. Tutte le previsioni si sono avverate, comprese le piogge abbondanti e inusuali dello scorso anno. Fortunatamente i contadini della comunità *sérère* hanno seguito le indicazioni del *Khoye*, così limitando i danni.

Famara racconta anche frammenti della sua storia. «Sono nato nel 1955 in Senegal e ho studiato fino alla maturità nel sistema scolastico francese. Avevo quindi deciso di iscrivermi alla facoltà di scienze naturali a Dakar, ma la tradizione è stata molto più forte e mi ha richiamato sul 'terreno' perché imparassi. È vero! Io non volevo. Solo a posteriori ho capito che avrei dovuto prima imparare ciò che viene dalle mie stesse radici, per poi imparare ciò che è estraneo ad esse. E così, nel corso di tre anni e mezzo, mi è stato trasferito tutto il bagaglio di conoscenze della mia famiglia e della mia gente. Quindi sono ripartito per continuare la formazione occidentale». Ed è forse proprio in funzione di questa sua doppia anima che è stato scelto dagli altri guaritori del «WW» per coordinare il lavoro e le relazioni con l'occidente.

Il presidente del Comitato «WW», Fata Faye, sebbene curi vari tipi di malattie, è specialista nei morsi di serpente. Nessuno che fosse stato morso da un serpente velenoso gli è mai morto tra le mani. Da quando ha iniziato a praticare, gli sono state portate circa 200 persone e tutte sono guarite. Ma il grosso della sua attività è nella prevenzione. Quando viene bonificato un nuovo campo viene chiamato perché protegga la zona dai serpenti. Lui interviene e per 7 anni chiunque può aggirarsi senza incappare in pericolosi incontri.

Fata Faye conosce tutti gli altri guaritori, che sono tra le persone più sapienti della zona e può declamarne la genealogia. È stato votato a rappresentarli; il suo è un ruolo prestigioso e delicato. Ed è con delicatezza che parla. Spiega che, come per l'esercizio della sua medicina, interpreta il ruolo assegnatogli come servizio per la comunità. E aggiunge che i guaritori che lui rappresenta, rompendo una tradizione ormai centenaria, hanno deciso di riunirsi in un comitato e di diffondere le proprie conoscenze.

Il sapere accumulato nel tempo è frutto di un passaggio iniziatico e della ricerca che ogni guaritore ha il dovere deontologico di approfondire. È un sapere orale che difficilmente viene scambiato. Ogni famiglia conserva gelosamente le proprie pratiche e conoscenze. Gli equilibri tra il mondo visibile e quello invisibile sono delicati e ogni guaritore sa che le interferenze esterne possono essere pericolose e destrutturanti. Visto da questa prospettiva il comitato «WW» è quindi il frutto di un cambiamento epocale. Fata Faye dice che è giunto il momento di aprirsi, di raccogliere il sapere per iscritto, archiviarlo e renderlo disponibile. L'importante è che non vada perduto. Così come importante è lo scambio con altri guaritori tradizionali e con i medici occidentali. Da qui la creazione di un Centro per le Medicine Tradizionali che diventi punto di aggregazione, scambio, raccolta, diffusione e pratica delle conoscenze. Del resto, conclude, per la cultura tradizionale *sérère* non bisogna mai trascurare la visione dell'occhio dell'altro, dello straniero, necessaria a combattere l'abitudine, causa di assuefazione. Ed è proprio dall'incontro con il mondo occidentale che nuove prospettive si sono aperte. Le proposte del «WW» sono state raccolte in un progetto di cooperazione, che ha per oggetto la promozione della salute in Africa Occidentale attraverso la valorizzazione delle Medicine Tradizionali, su cui stanno lavorando 5 ong italiane. Esso creerà importanti occasioni di scambio, sia tra i sistemi di cura e i guaritori di Senegal, Mali, Burkina Faso e Benin, sia con centri di ricerca europei. In quest'ottica, un'azienda farmaceutica italiana, che aderisce ai principi della risoluzione sul commercio equo e solidale dell'Ue, ha deciso di investire nella diffusione in Italia di alcuni farmaci naturali prodotti dai guaritori senegalesi. Un passo concreto che avvicina due realtà lontane.

Una tradizione fuorilegge

In Senegal la medicina tradizionale è tollerata a livello giuridico ma non ancora riconosciuta pienamente. La legge 66-069 del 4 luglio 1966, attualmente in vigore, di fatto ne impedisce qualsiasi esercizio legale. Di recente, a seguito di pressioni provenienti dai centri di ricerca sperimentali e dalle neocostituite associazioni di Terapeuti Tradizionali, il ministero della salute senegalese ha creato una divisione incaricata della Medicina Tradizionale che ha iniziato a lavorare sul censimento dei guaritori e sulla sensibilizzazione delle autorità amministrative e sanitarie del paese. Un Forum nazionale sulla situazione della medicina tradizionale è stato realizzato nel dicembre '98 e, in seguito a esso, un progetto di legge, che ne autorizzi e regoli l'esercizio, è ora al varo delle

autorità. Secondo la posizione ufficiale, le ragioni che hanno costretto le autorità a riconsiderare il ruolo che la medicina tradizionale può avere nel sistema di salute sono legate al costo elevato dei farmaci convenzionali; al debole potere di acquisto delle popolazioni locali; al costo elevato del sistema privato; alle difficoltà a mantenere i mezzi finanziari destinati a coprire i costi della medicina moderna; ai risultati positivi raggiunti dai centri sperimentali di ricerca; al tasso di frequenza molto elevato delle strutture tradizionali (vi fa ricorso più dell'85% della popolazione); ai migliori criteri di accessibilità del sistema (1 guaritore ogni 1.000 abitanti contro i 10.000 abitanti per ogni centro di salute territoriale, gestito in genere da un solo infermiere) e di trattamenti tradizionali.

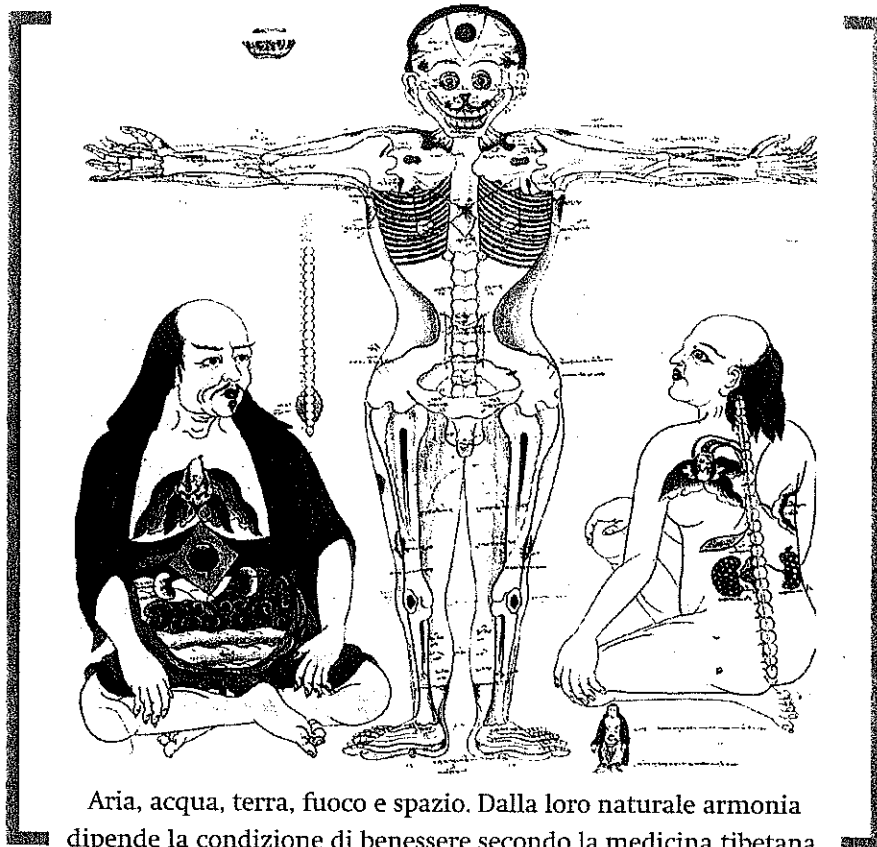
L'AUTRICE

Iside Baldini, è psicologa clinica, psicoterapeuta di gruppi, responsabile dei progetti per l'Africa occidentale dell'ACRA (Ong di cooperazione internazionale allo sviluppo). Da alcuni anni promuove progetti di medicina tradizionale africana. È Presidente di Oriss, Organizzazione Interdisciplinare Sviluppo e Salute.

il manifesto giovedì 23 agosto 2001



IL TEATRO DELLA SALUTE



Aria, acqua, terra, fuoco e spazio. Dalla loro naturale armonia dipende la condizione di benessere secondo la medicina tibetana.

Al cui esercizio hanno accesso, da sempre, anche le donne

In equilibrio sulle vette dell'Himalaya

MARIROSA DI STEFANO

Per l'occidente, il Tibet uscì dalle nebbie della leggenda – che lo voleva paese-rifugio della cristianità arcana del mitico prete Gianni o, alternativamente, regno inospitale di selvaggi che praticavano sortilegi e riti cannibalici – solo nel 1624, quando Antonio de Andrade, missionario-esploratore per conto della compagnia di Gesù, arrivò a Tsaparang, culla della più antica civiltà tibetana, descritta fedelmente nel rapporto ai suoi superiori pubblicato con il titolo di *Nuovo Scoprimiento*. All'epoca l'unificazione

del Tibet sotto un solo potere ecclesiastico non era ancora avvenuta, ma il giovane 5° Dalai-lama appena insediato a Lhasa, avrebbe di lì a poco ricevuto dal capo mongolo Gushi Khan il dominio su tutte le province del paese, dando inizio, insieme alla costruzione dello straordinario palazzo del Potala, ad un periodo di fioritura delle lettere e delle arti, fervido di scambi culturali ed economici con i paesi vicini.

Non era la prima volta che il Tibet si apriva alle culture straniere a cui, a dispetto del suo isolamento geografico, non era mai stato impermeabile. Anzi. Risale all'VIII secolo il primo documentato esempio di interazione culturale tra il Tibet e il resto del mondo e riguarda un lungo congresso (durò 50 anni) durante il quale i dottori tibetani confrontarono le loro conoscenze in materia di astrologia e di medicina con quelle dei loro colleghi cinesi e indiani e con i saperi propri della tradizione greca, di cui erano depositari i *Ga-le-nos* del regno di Kh-

rom (Roma) provenienti dal Tazig (nome tibetano per indicare la Persia e forse l'intera penisola arabica). Questo incontro himalayano, che è considerato il primo dialogo ufficiale tra la medicina tradizionale del Tibet e quella occidentale, ha preceduto di 12 secoli il I Congresso Internazionale di Medicina Tibetana che si è tenuto a Washington D.C. nel novembre del 1998.

Le origini della medicina tibetana affondano probabilmente nell'epoca prebuddhista del paese - storicamente mal documentata - che aveva una cultura autoctona, detta Bonpo, che ancora fa sentire la sua influenza nella cosmogonia e nella pratica religiosa tradizionale del Tibet. Si dice che il più antico tra i manoscritti conservati presso le scuole mediche tibetane sia il trattato Bon detto *Bum-Bzhi*, un testo compilato circa 1700 anni prima di Cristo. Il *Bum-Bzhi* fu alla base della pratica medica in Tibet fino al VII secolo, quando insieme al buddhismo arrivarono in Tibet i testi sanscriti dell'Ayurveda, l'arte medica indiana (ayu significa «vita» e veda vuol dire «conoscere»). Tra il VII e il IX secolo vennero tradotti in tibetano molti trattati di medicina indiani e cinesi e di alcuni, perso ormai l'originale, resta oggi solo l'antica versione tibetana. La medicina tibetana si arricchì di nuove conoscenze nel XIII e nel XIV secolo: vennero introdotti nuovi preparati medicinali e tecniche terapeutiche, e la *materia medica* contenuta nei *Quattro Tantra* - il trattato, forse d'origine indiana, considerato come la parola del Bhudda Maestro dei Rimedi - fu ampliata e rivista alla luce di nozioni estranee alla tradizione ayurvedica. Più tardi, più o meno negli stessi anni in cui i gesuiti, «scoperto» il paese, stabilivano una loro missione a Lhasa, l'insegnamento della medicina venne istituzionalizzato con la creazione della Scuola Medica di Chakpori, cui si deve soprattutto la diffusione e il prestigio che, nel corso del tempo, la medicina tibetana ha acquisito in tutto il mondo buddhista dell'Asia centrale.

Oltre che in istituzioni specializzate, però, l'arte medica tibetana era insegnata privatamente e le conoscenze venivano trasmesse da maestro ad allievo e da padre a figlio, o anche a figlia: niente vietava, infatti, che le donne esercitassero la professione medica in Tibet al tempo in cui sulle guaritrici europee pesava il pericoloso sospetto di stregoneria. Comunque i medici tibetani erano prevalentemente maschi e monaci. I monasteri - il più famoso per la bravura dei suoi monaci-dottori è stato quello di Kumbum - non erano solo luoghi di culto ma vere e proprie università dove, insieme a varie altre discipline, si studiava e si praticava la medicina. C'erano laboratori per la preparazione dei farmaci e stanze per trattare gli ammalati; la popolazione locale collaborava con i medici nella raccolta delle piante e delle erbe medicinali e ciascuno era tenuto a pagare le terapie in ragione delle proprie condizioni economiche, sebbene nessun compenso fosse richiesto né accettato se il paziente era povero.

La medicina tibetana si fonda sull'assunto che la materia biologica non sia diversa dalla materia fisica di cui è composto il mondo esterno perché tutti i fenomeni sono identici nella loro essenza e legati in un rapporto reciproco dovuto alla loro essenziale identità costitutiva. Gli esseri viventi, così come la realtà in cui sono immersi, sono tutti composti da particelle infinitesimali, ognuna delle quali è un «conglomerato» in cui sono presenti in proporzioni diverse i 5 elementi fondamentali, Terra, Aria, Acqua, Fuoco e Spazio che rappresentano i costituenti ultimi dell'universo. Ciascuno dei 5 elementi possiede una sua peculiare forma di energia e le diverse forme che la materia assume sono il prodotto dell'interazione tra le diverse energie che la costituiscono. La condizione di benessere psicofisico dell'organismo dipende così dal naturale equilibrio dei suoi costituenti elementari, ovvero dall'equilibrio dei tre umori - Aria, Bile e Flemma - che rappresentano l'espressione biologica delle potenze (o energie) degli elementi costitutivi del corpo. Ogni alterazione nell'equilibrio degli umori riflette dunque il sottostante squilibrio degli elementi. La scelta del rimedio per «pacificare» (risolvere) le malattie dipende dalla natura dello squilibrio e si basa sulle energie proprie degli elementi che hanno determinato la malattia. Per esempio, nel caso di un disturbo dovuto all'aumento dell'elemento Fuoco, l'equilibrio tra gli elementi viene ristabilito mediante farmaci che esprimono l'energia caratteristica dell'elemento Acqua, opposta a quella del Fuoco. Il corpo è in buona salute quando nessuno dei suoi sette macro-costituenti (Essenza Nutritiva, Sangue, Tessuto Muscolare e Connettivo, Tessuto Adiposo, Tessuto Osseo, Tessuto Midollare e Fluidi Generativi) è diventato «difettoso» in conseguenza di un disequilibrio tra gli umori. Ciascuno dei costituenti fisici è considerato il «distillato» di quello che lo precede: il processo inizia con l'estrazione dell'Essenza Nutritiva dai cibi e termina con la formazione dei Fluidi Generativi, risultato della «distillazione» del Tessuto Midollare. La sequenza di trasformazioni avviene ad opera di specifiche energie, descritte come aspetti diversi dell'energia detta «Calore» che innesca il primo stadio del processo.

Le malattie, diagnosticate con l'ascultazione dei polsi e l'ispezione delle urine, vengono curate con preparati complessi i cui «ingredienti» possono non essere esclusivamente vegetali ma includere metalli, polveri minerali e parti di organi animali. Pochi farmaci tibetani sono fatti di un singolo ingrediente. La maggior parte è composta di molte sostanze (in massima parte vegetali) il cui numero è spesso associato al nome del prodotto, per differenziarlo da altri farmaci con ingredienti in comune. I testi di medicina riportano istruzioni dettagliate per preparare qualche centinaia di farmaci diversi, a partire dalla raccolta delle piante medicinali

fino alle specifiche procedure per trattare e combinare insieme i singoli ingredienti. Oltre che su una ricca farmacopea le terapie tibetane si basano su tecniche esterne quali il salasso e la moxabustione. Esiste un preciso inventario dei numerosissimi punti del corpo su cui eseguire il salasso o applicare la moxa nelle diverse malattie. La chirurgia, molto stimata dai moderni medici tibetani, è pressoché ignorata dalla medicina tradizionale che si limita allo svuotamento degli ascessi e alla riduzione delle fratture.

La medicina tibetana non ha elaborato strumenti farmacologici contro gli agenti patogeni esterni, pur riconoscendone l'esistenza e la pericolosità. Antibiotici e affini non sono presenti nella farmacopea tibetana sebbene la patogenesi di un'intera classe di malattie sia attribuita alle «provocazioni» definite come «esseri non umani» che penetrano e si muovono nell'organismo attraverso vie specifiche, in relazione agli organi su cui esse agiscono. È difficile resistere alla tentazione di identificare le «provocazioni» con i virus e i batteri a cui i diversi organi sono specificamente sensibili. Comunque sia, la medicina tibetana sembra avere scelto di non intervenire direttamente sugli agenti aggressori ma solo sulle conseguenze del loro ingresso nel corpo: non tenta di eliminare le cause ma preferisce agire sulle alterazioni degli equilibri funzionali del corpo che ne rappresentano gli effetti.

La concezione tibetana di equilibrio funzionale contiene in sé l'idea che l'interazione esistente tra tutte le manifestazioni biologiche non rappresenti uno stato stabile ma una condizione dinamica dipendente da una ciclicità interna al sistema. È suggestivo che una nozione analoga sia presente nella moderna cronobiologia, disciplina che cerca di dimostrare sperimentalmente che la materia vivente è soggetta a una continua variazione di stato e i ritmi biologici sono la manifestazione di questa condizione di cambiamento ciclico in cui si alternano fasi di accumulo e di dissipazione dell'energia.

In sintesi, tutta l'arte medica tibetana è indirizzata a mantenere lo stato di naturale armonia dinamica tra i costituenti dell'organismo; ogni malattia è effetto dell'alterazione di quest'armonia e ogni terapia è indirizzata al suo ripristino. Queste convinzioni si riflettono nel linguaggio dei testi medici da cui sono assenti espressioni quali combattere, sconfiggere, debellare le malattie, e si utilizzano invece termini come sedare, pacificare, riequilibrare.

All'apertura del I Congresso di Medicina Tibetana di Washington, Wayne Jonas, direttore dell'Ufficio di Medicina Alternativa del National Institute of Health ha dichiarato che il 40% degli americani si cura con terapie alternative a quelle della scienza ufficiale, per un giro di affari pari a circa 10 miliardi di dollari. Quasi in risposta ai dati sulla diffusione delle medicine alternative, il Dalailama, nel suo discorso introduttivo, ha messo in guardia dalla pratica

della medicina tibetana da parte di persone poco esperte: ha sottolineato che la medicina tibetana va apprezzata per la sua qualità scientifica, deve essere studiata con serietà e i farmaci vanno sperimentati identificandone i meccanismi d'azione. Tra lo sconcerto di molti occidentali ha poi dichiarato che se un dottore dà al paziente la medicina sbagliata non c'è recitazione di mantra che tenga: in altre parole la medicina e la spiritualità vanno tenute separate, sebbene sia indubbio – dice il Dailalama – che la spiritualità migliori grandemente ogni pratica terapeutica.

Nel suo primo congresso in occidente, dunque, la medicina tibetana ha rivendicato il suo status di scienza, rifiutando interpretazioni esoteriche dei risultati e connotati magici degli interventi di cura.

Molto incoraggianti sono i dati clinici – raccolti in diverse istituzioni mediche europee ed americane – che riguardano l'efficacia di farmaci tibetani nella cura dell'epatite B e C, dell'anemia aplastica e dell'arterosclerosi. Gli studi in vitro suggeriscono che molti degli effetti dei preparati tibetani siano riportabili alle capacità antiossidanti e di inibizione delle proteasi proprie delle erbe di cui sono composti. L'efficacia clinica dei farmaci tibetani sembra però essere maggiore di quella che ci si aspetterebbe sulla base delle proprietà farmacologiche dei singoli ingredienti vegetali di cui sono fatti, probabilmente perché la miscela delle diverse erbe produce un effetto sinergico che ne potenzia l'attività. All'Università di Vienna, Christa Kletter studia la farmacognosia tibetana, si occupa cioè della identificazione botanica delle piante alla base dei farmaci e dello studio dei loro principi attivi. Lo scopo più immediato è quello di creare una monografia delle erbe medicinali usate nella medicina tibetana e confrontare le caratteristiche di queste erbe con quelle di piante analoghe che crescono sulle montagne europee: questo lavoro è particolarmente necessario perché negli ultimi decenni, tra gli stessi medici tradizionali che esercitano la professione nelle valli dell'Himalaya, si è andata molto impoverendo la conoscenza delle proprietà delle piante ed il riconoscimento in natura delle piante stesse.

La medicina tibetana è parte integrante della cultura buddhista di cui la «scienza interiore» rappresenta un aspetto fondamentale. La scienza interiore è diretta alla conoscenza e all'addestramento della mente mediante tecniche psicofisiche centrate sulla meditazione. Queste tecniche hanno come scopo primario l'ottenimento dell'illuminazione, ma i buddhisti ritengono che praticandole sia possibile ottenere anche benefici temporali, quali una buona salute. Indubbiamente dunque, l'esistenza di un'interazione funzionale tra corpo e mente – che solo dall'ultimo quarto di secolo è un riconosciuto oggetto di studio delle neuro-

scienze – è un concetto strutturale alla medicina tradizionale del Tibet. Tra le procedure di cura, prima dei farmaci e delle terapie esterne, la medicina tibetana annovera il «comportamento» e cioè un insieme di interventi terapeutici basati sulla modifica delle abitudini di vita del paziente: sia delle abitudini fisiche (cibo, luogo di residenza) sia di quelle psicologiche, che si riferiscono alle attitudini mentali con cui si affronta il vivere quotidiano e ci si relaziona con gli altri. Gli stati mentali negativi influenzerebbero lo stato fisico inducendo blocchi o anomalie dei flussi di energia che governano il corpo; la meditazione eserciterebbe i suoi effetti positivi «purificando gli aspetti impuri delle essenze del corpo» fino al raggiungimento del corpo «adamantino» o «corpo di arcobaleno». Herbert Benson, della Medical School di Harvard, studia da anni le modificazioni fisiologiche che avvengono nel corso di una specifica forma di meditazione tibetana detta g-Tumo-mo durante la quale i praticanti avanzati liberano calore (tanto intenso da asciugare i vestiti bagnati e sciogliere la neve su cui sono seduti) e alterano perciò tutte le reazioni di tipo vegetativo che normalmente il corpo mette in atto per difendersi dal freddo.

Questo sviluppo di calore – che avviene mediante il controllo della respirazione – si accompagna a significative modificazioni dell'elettroencefalogramma (oltre che di molti altri parametri neurovegetativi) e a una soggettiva sensazione di piacere «mistico». Attualmente, soprattutto negli Usa vi è estremo interesse per le pratiche meditative come supporto ai trattamenti psicoanalitici e alla Columbia University, Joseph Loizzo, propone un intero programma terapeutico basato sulla meditazione, ritenuta uno strumento di grande efficacia nel trattamento dei sintomi da stress, dell'ipertensione arteriosa e anche di certe forme di disagio mentale.

Una notazione finale: l'aspetto della scienza medica tibetana più sconcertante, almeno per chi scrive, riguarda il contrasto tra la minuziosa descrizione anatomica e funzionale del sistema nervoso periferico e la povertà di riferimenti alle funzioni del sistema nervoso centrale. Il cervello, descritto come un grande lago da cui originano i nervi, non viene annoverato tra gli organi; i processi cognitivi vengono riferiti alle strutture sensoriali da cui partono le sensazioni che li innescano, oppure vengono riportati direttamente al superiore livello di coscienza che si identifica con la mente. Sembra mancare la nozione di uno stadio intermedio in cui avviene l'elaborazione e l'integrazione degli eventi sensoriali da cui possono avere origine eventi cognitivi e stati mentali. Viene da pensare che la medicina tibetana consideri il cervello poco più che un'estensione degli organi di senso, e certamente non ritiene che l'attività cerebrale rifletta la funzione della mente.

il manifesto

venerdì 24 agosto 2001

L'AUTRICE

Marirosa Di Stefano, neurofisiologa, professore associato a Pisa. Il suo interesse per la medicina tibetana l'ha portata ad occuparsi degli aspetti fisiologici della meditazione nell'ambito delle scienze cognitive. Per le informazioni sui principi teorico-pratici della medicina tibetana ha utilizzato le lezioni tenute all'Istituto Shang-Shung di Arcidosso dal prof. Phuntsog il cui testo «Elementi per lo studio e la comprensione della medicina tibetana» è in corso di traduzione.



IL TEATRO DELLA SALUTE



Sciamano del villaggio di Sanu Sadhi,
disegno di Purnaman Rai

Danzando sulla via lattea

Musica, danza e ritmi. Lo sciamanesimo ruota attorno all'esperienza di uno stato di estasi ritualizzata, viaggio in uno spazio vivente di cui lo sciamano è artefice, visitatore e abitatore

MARTINO NICOLETTI

«**J**e voyage pour connaître ma géographie». Affermazione folle, esclamata da un folle e riportata lapidariamente da Benjamin nei suoi *Passages* parigini. Frase folle, certo. Paradossale, a tal punto da rasentare i limiti stessi della contraddizione. Folle, ma che esprime tuttavia qualcosa che ha a che fare, molto da vicino, con la coscienza stessa del *flâneur*. Quella dunque di qualcuno che, muovendosi all'interno dello spazio, vi partecipa collocandosi simultaneamente su un doppio livello di attenzione: attenzione al panorama che si offre all'occhio, ma attenzione anche alle modificazioni che quella visione è in grado di produrre all'interno della propria persona. Ciò al punto che le due realtà convergono sino a che lo spazio non si offre come una «visione». È questo l'emergere di un doppio viag-

gio, in cui la realtà esterna diventa lo strumento che consente di varcare la soglia dell'universo interiore. Permutabilità di orizzonti. Che poi è dire anche che, sprofondando nel microcosmo della propria coscienza, si possono talvolta incontrare strade, fiumi, villaggi, oceani e pianeti.

Ma azzardando questa ipotesi non siamo già più nel terreno del *flâneur*, che gode dello spettacolo di Parigi. Abbiamo già sconfinato in pieno nell'universo dello sciamanesimo.

Parlare di sciamanesimo partendo dal motivo del viaggio. Esperienza cardine nella maggior parte delle forme religiose riconducibili a questo fenomeno. Esperienza. Non semplice metafora.

Fu proprio il tema del viaggio a colpire l'attenzione di Mircea Eliade e che lo condusse, all'inizio degli anni '50, a formulare la prima sistematica teorizzazione dello sciamanesimo, definito appunto come «tecnica arcaica dell'estasi» (*Lo sciamanesimo e le tecniche arcaiche dell'estasi*, Roma, Mediterranee, 1974). Il che significa che lo sciamanesimo ruoterebbe attorno all'esperienza, volontariamente e coscientemente prodotta, di uno stato di *transe* rituale, preconditione necessaria perché l'anima dello sciamano possa uscire dal proprio involucro corporeo e raggiungere le differenti regioni cosmiche così da contattare, in modo personale e diretto, gli spiriti e le divinità che le abitano.

Eliade, trattando del volo magico e del viaggio, offre delle preziose chiavi di interpretazione dello sciamanesimo. Soprattutto offre degli spunti per avvicinare lo sciamanesimo secondo una prospettiva estremamente originale e quanto mai attuale: quella di una religione generata in un rapporto costante con la dimensione dello spazio. Che abita attivamente l'habitat naturale in cui si forma, istaurando con esso una relazione dinamica ed osmotica.

Sciamanizzare è infatti, prima di ogni altra cosa, muoversi nello spazio. Non semplicemente lo spazio naturale, fisico. Inteso come una geografia fornita di tre irriducibili dimensioni. Al contrario, lo sciamano si muove entro uno spazio interamente polarizzato dalla presenza di simboli. Non uno spazio *res extensa* ma *res cogitans*. Uno spazio vivente. Abitato. E, proprio per questo, cosciente di essere. Uno spazio che pulsa. Che si concede al dialogo. Ma che, tuttavia, si sottrae ogniqualvolta si tenti di ridurlo a puro oggetto.

Il rituale sciamanico ha proprio la funzione di edificare questo genere di spazio. Lo sciamano ne è simultaneamente l'artefice, il visitatore e l'abitante. La cultura in cui lo sciamano opera offre già di per sé dei contenuti: luoghi di potere, costellazioni di simboli, mappe sacrali, valori. Questo è il lato, per così dire, ingegneristico e progettuale dell'edificio sciamanico: materiali, prospetti, misure, livelli e fili a piombo. Spetta però allo sciamano di eseguire l'opera, «metterla in moto» e soprattutto infondergli un soffio vitale. Questo è il suo lavoro:

Perché l'esperienza possa aver luogo occorre comunque trovare una sede appropriata. Lo spazio dove è celebrato il rito e gli oggetti che vi dimorano, non sono sufficienti. Serve un altro tipo di palcoscenico. Che conceda di spostare agevolmente gli scenari al momento opportuno. Che consenta a più personaggi di salire sul palco, ognuno con la propria parte. E che permetta, una volta che lo spettacolo sia terminato, di congedare attori, ballerini, semplici comparse ed anonimi suggeritori. Di svuotare i locali e richiudere l'ingresso.

Quel luogo non è altro che la coscienza dello sciamano. È questa la regione dello spazio in cui la materia è più fluida. In cui le leggi fisiche hanno minor potere, presa e ragion d'essere e dove lo stesso principio aristotelico di non-contraddizione può, almeno a certe condizioni, precipitare a caduta libera verso un punto zero.

La coscienza dunque. Dove è più facile edificare luoghi. Noi creiamo luoghi quando fantastichiamo. Siamo in luoghi quando sogniamo. Ma entrambi non sono stati di coscienza ordinari. E questo, ogni sciamano lo sa. Sa che per viaggiare è necessario trovarsi in una condizione simile all'immaginazione e al sogno. Eppure diversa. Poiché nell'immaginazione semplicemente ci troviamo a seguire un flusso di associazioni, mentre lo sciamano deve, sì, produrre un flusso, ma deve anche saperlo dirigere ad un fine. Lo sciamano è uno sciamano, non un poeta visionario. Diverso anche dal sogno, poiché lì, nel sogno, la coscienza esiste ed esiste anche un paesaggio da lei creato. Ma manca, quasi sempre, la coscienza di trovarsi in un sogno. Fatto questo che spazza via ogni nostra possibilità di padroneggiare la condizione onirica e di esercitare un controllo sulle vicende che in essa hanno luogo.

La via d'uscita è così quella di produrre una condizione paragonabile ad un sogno lucido, di modo che la volontà e la stessa razionalità dello sciamano possano continuare a sussistere pur situandosi in una dimensione che non è quella della realtà che noi conosciamo. È per questo percorso che si arriva finalmente alla *transe* sciamanica, intesa proprio come una esperienza che, rarefacendo il normale rapporto con il proprio «io» e con la realtà circostante, apre la strada a nuove forme di vissuto e all'acquisizione di contenuti carichi di una valenza considerata sacrale.

Le religioni sciamaniche conoscono una infinità di modalità, di vie d'accesso a questa condizione. L'uso rituale di sostanze psicotrope, come avviene nell'area mesoamericana, l'impiego del ritmo musicale, come è invece il caso della Siberia e di gran parte delle culture asiatiche, il digiuno, l'astensione prolungata dal sonno sono tutte possibili strade per giungere ad un medesimo, o comunque simile, effetto.

Il *training*, a cui normalmente gli sciamani sono sottoposti durante la fase di apprendistato, ha proprio lo scopo di consentire la produzione di una *transe* controllata. Pena il restarne vittima. Diventare un semplice os-

sezzo, imprigionato nell'universo anaerobico dei propri fantasmi. Pena il ricadere in una condizione simile alla fantasia e al sogno, di cui si diceva poc'anzi. Pena, anche e soprattutto, la possibilità di fare ingresso in una dimensione sovramondana da esperire nitidamente e da ritradurre in termini accessibili alla comprensione.

Parliamo di sciamani. Non di mistici. Né tantomeno di psiconauti alle prime armi. Contemporaneamente protagonista e testimone cosciente, lo sciamano è un intermediario. È il tramite tra degli esseri umani ed un universo invisibile, inaccessibile ai più. I contenuti della *transe* devono dunque risultare intelligibili anche a chi non partecipa in prima persona all'evento. Il fatto di restare dunque vigili durante la *transe* risponde all'imperativo di mantenere un legame attivo non solo con l'esperienza che ci si trova a vivere, ma anche con quel vasto patrimonio di significati collettivi, condivisi simultaneamente dallo sciamano e dalla comunità di cui è membro. È per via di questa condivisione che la comunità può comprendere e prendere parte, anche se solo indirettamente, all'esperienza privata di cui il loro portavoce è stato protagonista. Di sapere di cosa e di chi si sta parlando, nonostante l'eventuale impiego di un linguaggio ricco di metafore, allusioni, inferenze.

Parlando di *transe*, eccoci arrivati dunque al viaggio. Il *flâneur*, di cui si è fatto cenno, ritorna proprio qui. Un *flâneur* alla rovescia. Che visita se stesso e che perlustra la propria coscienza come se, in realtà, stesse vagando per le contrade di un macrocosmo esterno. In parte simile a quello reale, in parte stravolto, rielaborato ed arricchito da contenuti personali. Pellegrinaggio interiore in un universo obliquo, diversamente strutturato e variamente popolato. È il cosmo sciamanico. In cui lo spazio reale, i contenuti propri dei sogni e delle visioni tipiche del periodo vocazionale e gli insegnamenti tradizionali acquisiti nel corso dell'apprendistato sciamanico si fondono in una singolare sintesi.

Lo sciamano potrà librarsi seguendo diversi itinerari ed assecondando molteplici necessità: per ricercare l'anima di una persona malata, rapita e fatta prigioniera da uno spirito dall'indole demoniaca. Per ottenere responsi oracolari sull'esito della battuta di caccia che si sta per intraprendere. Per portare il frutto di un sacrificio direttamente all'entità ultraterrena a cui è destinato.

È questo il caso di uno dei più celebri rituali dello sciamanesimo. Quello realizzato al termine dei sacrifici in onore della suprema divinità uranica dei popoli dell'Altai, Igän. È in questo rituale infatti che lo sciamano compie un'ascesa attraverso i vari piani celesti fino all'altissimo regno del dio (U. Marazzi, *Testi dello sciamanesimo siberiano e centroasiatico*, Torino, UTET, 1984).



Lasciato il proprio corpo, l'anima si solleva verso il cielo con l'aiuto di un'oca-spirito, guida invisibile dello sciamano. Con loro si trova anche l'anima del cavallo sacrificato.

Attraversando i differenti livelli celesti, lo sciamano incontra le varie divinità che vi presiedono. Il viaggio è lungo. Distante la regione siderale abitata dal dio a cui si è sacrificato. È per questo che numerose sono le soste. Lo sciamano ammonisce più volte il cavallo, esortandolo a non cadere preda della stanchezza. Lo stesso vale per l'oca spirito che, raggiunto il terzo cielo, inizia anch'essa ad avvertire la fatica del viaggio.

Arrivato al dodicesimo cielo si celebra l'incontro con Igän. Lo sciamano gli consegna devotamente il cavallo. Ne invoca la protezione per sé, ottenendo tra l'altro responsi e predizioni sulla sorte della propria comunità.

Di ben diverso segno è il viaggio sciamanico compiuto dagli sciamani altaici per accompagnare l'anima di una persona defunta nella sua dimora nell'aldilà. Nessuna ascesa ora. Al suo posto una ripida discesa verso le regioni inferi. Qui a separarlo da Erlik Khan, signore del regno dei morti, è una lunga serie di scale, di regni sotterranei. Ognuno di essi cela un pericolo. Ognuno, un ostacolo che lo sciamano deve essere in grado di superare per poter proseguire felicemente il suo viaggio. Viaggio necessario dal momento che le generalmente defunte, dopo il decesso che le generalmente defunte ad accettare il nuovo status di morti, inquinando così, con la propria presenza infestante, la tranquilla vita di familiari ed amici. Un viaggio che è dunque una traduzione forzata verso un regno ignoto per il morto, ma familiare, ahimé, allo sciamano. Superate le regioni «piene di vento», le lande desertiche e le sorgenti dei fiumi sotterranei lo sciamano arriva a destinazione. Da lontano scorge infatti il nero palazzo di Erlik, protetto da ogni parte. Corrompendo con doni e bevande alcoliche le guardie del dio, riesce finalmente a penetrare. Qui lo attende Erlik Khan che, dopo un severo interrogatorio sulle ragioni che hanno portato un vivente nell'oltretomba, accetta le offerte a lui destinate e con esse l'anima stessa del defunto.

L'AUTORE

Martino Nicoletti, (Perugia, 1968), si occupa da oltre dieci anni di antropologia religiosa della regione himalayana e di storia delle religioni dell'Asia meridionale. Dal 1990 ha compiuto una serie di lunghi soggiorni di ricerca tra gli sciamani del Nepal. Attualmente è il coordinatore nazionale della Unità Operativa «Scienze Umane» del progetto di ricerca italiano Everest-K2-CNR. Dedicato al viaggio sciamanico il suo volume: «La foresta ancestrale» Franco Angeli.



Dettagli e varianti infinite si presentano nei viaggi rituali degli sciamani. La legge della trasfigurazione è ovunque presente. Lo sciamano corrobora costantemente lo spazio. Costruisce trame visionarie, espresse con linguaggio ambiguo: «nero gioco sempre in movimento, granaio quadrato di ghisa (...) nere pinze, incessantemente accostantesi e distaccantesi». Oppure: «il cane scuro dalle orecchie d'oro, ah!, si è disteso lungo (...) ciò che ha ali vola, ciò che ha artigli, corre, lo scarabeo segue l'odore».

Linguaggio di sciamano. Onnipresente anche in una forma di sciamanesimo a me più familiare: quello del Nepal, dove lavoro da anni nel quadro di un progetto di ricerca etnologica, finanziato dal Comitato Everest-K2-Cnr.



Nepal, uno degli ultimi angoli del mondo dove ancor oggi è vitale un ricchissimo retaggio di tradizioni sciamaniche diffuse tra le numerose minoranze etniche del paese. Qui lo sciamanesimo coesiste, in un originale sincretismo, con l'induismo e il buddismo mahayana, le due grandi religioni diffuse in Nepal.

Tra i Kulunge Râi, etnia di lingua tibeto-birmana, stanziata in una delle regioni più remote del Nepal orientale, lo sciamanesimo vive di una propria spiccata identità. Anche qui gli sciamani viaggiano, muovendosi all'interno di uno spazio ibrido, dove una geografia mitica e sacrale si sovrappone alla reale morfologia delle regioni himalayane.

È il caso del viaggio per la raccolta di *ji*, la «prosperità», qualità magica, visibile solo agli occhi degli sciamani, da cui dipende la sopravvivenza del gruppo umano in termini sottili. Custodita sulla vetta del monte Everest, la prosperità, descritta come una sostanza luminescente e filamentosa, è raccolta al termine di un lungo viaggio attraverso le regioni montagnose dell'Himalaya e le grandi pianure che si estendono nella parte meridionale del Nepal. Un viaggio che, accanto a luoghi facilmente individuabili su una qualsiasi mappa geografica, segue un tortuoso itinerario che attraversa numerosissime dimore naturali di divinità silvane, che rasenta i pericolosi luoghi dove risiedono streghe e demoni sempre pronti a sbarrare il cammino dello sciamano. Itinerario che si arresta a più riprese, ogniquale volta lo sciamano raggiunga degli importanti siti mitici, dove, anticamente, si produssero eventi prodigiosi: la nascita spontanea dal suolo dell'oro, delle piante tessili e delle principali specie animali allevate ancor oggi dall'etnia.

Anche qui dunque un viaggio che segue più binari, attivati grazie al potere della musica, della danza e del canto rituale. Ancora una volta, dunque, un viaggio che, pur assecondando un itinerario spaziale in gran parte standardizzato, si arricchisce di contenuti personali, tali da trasformarlo in una discesa nella propria geografia interiore. Anche qui, da solo, si rivela il mistero stesso dell'analogia, capace di vivificare il cosmo, di trasformare la persona dello sciamano in un terreno abitabile dalle divinità dello spazio ed il suo corpo in una superficie concava solcata dalla via latte.

IL TEATRO DELLA SALUTE



Sciamano eschimese

Lo sciamano delle regioni siberiane è il «santo» di una società senza scrittura. Dotato di poteri straordinari, arricchisce la sua sapienza con la disponibilità nei confronti del gruppo. E nel corso della kamlanie, vera e propria seduta terapeutica, guarisce i malati servendosi di un tamburo costruito con pelle di renna

Un tamburo per rompere i ghiacci

FRANCO VOLTAGGIO

E' opinione sempre più diffusa che la medicina scientifica, qual è quella universalmente condivisa dalla comunità medica del pianeta, non costituisca più l'unica «arte della guarigione» alla quale affidarsi con sicurezza. Nelle grandi società avanzate il malato fa sempre più spesso ricorso alle cosiddette medicine non convenzionali o alternative quando non associa, al trattamento convenzionale procedure terapeutiche, soprattutto farmacologiche, suggerite dalla medicina ayurvedica, dal sapere terapeutico tradizionale della Cina tradizionale, dall'omeopatia ecc. Cospirano al crescente consolidarsi di questa tendenza una folla di ragioni che vanno dall'incontro tra le culture - inevitabile in comunità che, in forza dell'immigrazione, diventano multiethniche - alla crisi della comunicazione terapeutica nella cornice della medicina scientifica.

Nel mentre, non possiamo mettere in dubbio che la medicina scientifica, almeno come arte della cura e della guarigione sia in crisi - ma, a pensarci bene, quando mai non lo è stata? - non siamo affatto convinti che essa non sia in grado di superarla. Al contrario pensiamo sinceramente, sulla scorta della nostra conoscenza dell'attività di tanti clinici e soprattutto di numerosi medici di base, che la cosiddetta medicina convenzionale comincia a porsi seriamente e il problema della comunicazione terapeutica e quello, decisamente più generale, di tutte le questioni legate alla gestione del corpo altrui. Non si spiegherebbe altrimenti la fioritura degli studi di bioetica che investono, in modo diretto, l'attività professionale dei nostri medici.

C'è, poi da fare una considerazione non irrilevante. In larghissima misura la medicina scientifica è quella occidentale. È una delle tante finestre da cui l'occidentale può affacciarsi per osservare il mondo ed è, a nostro parere, l'unica di cui può servirsi per cogliere in una prospettiva adeguata le «altre medicine». Intendiamoci, talvolta il clinico, anche illustre e dotato di un'indubbia sapienza umana, è incline a rigettare, senza il minimo beneficio di dubbio, l'efficacia terapeutica delle medicine dolci, limitandola al più al riconoscimento del loro effetto placebo. Tuttavia, per quanto diffuso, questo atteggiamento non è affatto generale. Al contrario vi è più di un nostro medico istituzionale che è portato a chiedersi come mai il guaritore non convenzionale riesca dove lui non è riuscito.

Nel medico «convenzionale» questo interrogativo finisce con l'essere articolato così: una guarigione «miracolosa», ottenuta con prassi non riconosciute, può essere spiegata scientificamente? O meglio gli strumenti concettuali cui il terapeuta convenzionale è avvezzo possono continuare a valere anche in culture terapeutiche remotissime da quella occidentale, a valere almeno come spiegazioni dell'inspiegabile? Non ci nascondiamo certo i rischi associati a questi interrogativi: la spiegazione scientifica, di fatto occidentale, della prassi terapeutica di un'altra cultura, può apparire (e forse qualche volta lo è) come un'operazione neocoloniale.

Non c'è dubbio che in una prospettiva non scaltrita un rischio del genere è inevitabile. Ma riteniamo che possa essere del tutto esorcizzato con il solo scaltrimento che un minimo di sapienza umana consente: un'adeguata storicizzazione. La medicina scientifica occidentale non è nata all'improvviso dalla coscia di Giove. È l'esito di un processo millenario, che prese le mosse dall'immaginazione e dall'aura di affetti associati alle malattie nel passato arcaico dell'Occidente, un processo le cui tracce sono ancora conservate nel lessico medico contemporaneo: «vaso» per indicare una vena e un'arteria; «male» per indicare la patologia; «riconoscimento» per indicare la procedura seguita da un linfocita per procedere al legamento con un antigene (un patogeno individuale in un batterio e in virus), ecc. Ma allora se le cose stanno così, se il passato della medicina occidentale presenta tante affinità con il passato e il presente delle altre medicine, soprattutto sapienziali, è davvero azzardato e non lecito andare alla ricerca di una spiegazione «scientifica» di un'arte della guarigione «non scientifica»?

Questa lunga premessa – che un lettore particolare come quello de *il manifesto* forse scuserà – ci è parsa necessaria per suggerire la possibilità di spiegare, mediante una convenzionale validazione empirica, gli effetti positivi della terapia dello sciamano siberiano.

Lo sciamano, che opera nelle regioni dell'Altopiano Siberiano comprese nella Repubblica Federativa Russa è il «santo» di una società senza scrittura che dalla sua dominanza trae titolo a definirsi in senso proprio una comunità sciamanica (va comunque precisato che, non infrequentemente, sciamani sono anche personalità di studiosi attivi nelle università dell'area). È dotato di poteri straordinari, come la chiaroveggenza e la capacità di compiere il «viaggio», cioè di transitare nel regno delle ombre (che non è propriamente un «al di là», ma semplicemente un luogo non troppo lontano dal sito di insediamento, quando non si identifichi con il sito stesso popolato, oltre che delle cose e degli uomini, di entità indipendenti, gli spiriti benigni e maligni). Ha una conoscenza esaustiva del visibile e dell'invisibile ed è in grado di distribuire ogni vivente e ogni oggetto in una classificazione precisa, una tassonomia fantastica, dominata dal principio della rilevanza del significativo, non meno minuziosa e puntuale di quella «scientifica». Possiamo definirlo «santo» o «santone» – questo è del resto il significato originario del termine russo *saman* (shaman), da cui deriva il nostro «sciamano» – perché associa ai tratti tipici dell'*holy man* dell'India e dell'Africa nera quella che Vico definiva *notitia humanarum divinarumque rerum*, una sapienza arricchita da una piena disponibilità nei confronti del gruppo, per il quale è fonte di saggezza e di salvezza.

Viene consultato per ogni evento significativo della comunità, dalla preparazione della caccia alle esortazioni rivolte alle divinità benigne a fronte di gravi emergenze alimentari o d'altra natura. In generale riceve nel suo alloggio e ivi ha luogo una speciale seduta che prende il nome di *kamlanie*. Frequentemente la *kamlanie* è tenuta per la guarigione di un malato, talché in questo caso non ci sembra azzardato identificarla con una seduta terapeutica vera e propria.

Al centro dell'alloggio è posto il malato.

Lo circondano i parenti e gli amici, nonché un folto stuolo di membri della comunità. La malattia è infatti vissuta come un dramma collettivo e allo stesso modo egualmente collettivo sarà il sollievo che accompagnerà l'eventuale guarigione. Lo sciamano appare agli astanti in tutta la sua potenza: indossa un costume sovraccarico di ornamenti (*parfernalia*), e usa due oggetti cruciali: il tamburo, il cui scheletro è fatto con il legno dell'«albero della vita» e il cui piano di percussione è costituito dalla pelle della renna, un animale sacro per lo sciamano.

All'inizio della seduta lo sciamano agita il mazzuolo per far accorrere gli spiriti adiutori e batte il tamburo. Viene a crearsi un'atmosfera di intensa attesa. A un certo punto lo sciamano, che probabilmente «è volato via dalla sua tenda» per incontrarlo, entra in contatto con lo spirito ritenuto responsabile della malattia. Comincia una lunga trattativa tra lo sciamano e lo spirito maligno - avvertibile nell'alternarsi di due voci, quella dello sciamano e quella dell'entità, che un estraneo può agevolmente ricondurre all'abilità di ventriloquo del terapeuta - una trattativa che termina con la richiesta, da parte dello spirito, che gli venga sacrificato un animale. La richiesta è accolta. Lo spirito con un urlo fugge. Lo sciamano si abbatte esausto. La seduta è terminata.

Sappiamo di molti casi di guarigione ottenuti nel corso di una *kamlanie*. Per comprenderli dobbiamo, prima di usarli, mettere tra parentesi i nostri strumenti concettuali. Non c'è dubbio che per chi sia estraneo alla comunità sciamanica, la *kamlanie* è immersa in un'atmosfera di forte isteria collettiva e del resto isterico-crepuscolare è l'aura che contrassegna la *trance* sciamanica. Aggiungiamo che nello sciamano compaiono tipici tratti della sindrome schizofrenica: l'identificazione con lo spirito - poi proiettato sino a divenire un elemento persecutorio - è un sintomo tipico di questa sindrome. È tutto vero, ma è anche tutto falso. Vero se stiamo ai fatti analoghi a quelli che riscontriamo nei nostri soggetti psichiatrici. Falso se ne caviamo inferenze indebite come quella che ci indurrebbe a parlare di suggestione e a catalogare le malattie guarite in tipiche turbo psicomatiche, giacché tra i mali guariti si annoverano morbi somatici veri e propri. Allora dobbiamo cambiare approccio. In altre parole, dobbiamo chiederci non se lo sciamano e gli altri siano o non psichicamente disturbati, ma piuttosto a che cosa serva per il malato che essi le siano. Come dire che parrebbe opportuno chiedersi se «questa follia abbia un metodo».

L'AUTORE

Franco Voltaggio, (Palermo, 1934) già professore di filosofia teoretica alla Sapienza di Roma e di filosofia della scienza a Macerata. Dal 1996 ha lasciato l'insegnamento per dedicarsi completamente alla ricerca. Di lui, storico della scienza e della filosofia ricordiamo, tra gli ultimi libri, «L'arte della guarigione nelle culture umane» Torino, 1992, «Il medico nel bosco» (Roma, 1995), «La medicina come scienza filosofica» (Roma, Bari, 1998).

Riteniamo che l'abbia. L'aura isterica e la processualità schizofrenica attivate dallo sciamano hanno lo scopo di consentire il transito all'invisibile, vale a dire al luogo in cui si annida la malattia. È probabile che la «follia» - di cui, va precisato, né lo sciamano, né gli altri sono consapevoli come di un fatto patologico - abbia lo scopo di consentire allo sciamano di entrare in contatto con la parte più profonda del sé del malato, un'area subliminale sottesa abissalmente allo stesso incombente, in cui la distinzione tra fisico e psichico sfuma e in cui, altresì, i punti di contatto tra reattività e cognitività sono strettissimi. Disponiamo di una chiave potente di interpretazione: lo sciamano parla e canta in un pieno dispiegamento del delirio schizofrenico.

È probabile che i suoi canti e le sue parole raggiungano l'area reattivo-cognitiva del soggetto e, in definitiva, ne attivino soprattutto le difese immunitarie. Come dire che, ove si verifici, la guarigione del malato sarebbe un tipico caso di *remissione spontanea* indotta dall'intera processualità di questo singolare psicodramma musicale. Lo spirito maligno riconosciuto vinto o, piuttosto, sottoposto a un processo di adattamento da parte del malato per bocca e opera dello sciamano sarebbe in concreto il patogeno responsabile della malattia.

La nostra è naturalmente una semplice ipotesi che può essere agevolmente smentita e che, comunque, richiederebbe ben altre mediazioni di quelle consentite da una sorta di *flash* come il nostro. La sua fragilità non toglie nulla alla legittimità di avanzarla. Per una serie di fondate ragioni. Innanzitutto non sappiamo ancora granché sull'«utilità» della follia, specie se consideriamo che quella dello sciamano manca di un tratto tipico della pazzia, l'esser riguardata dagli altri - in questo caso i componenti della comunità sciamanica - alla stregua di una condotta asociale e deviante. In secondo luogo sappiamo, è vero, ormai molte cose sull'inconscio, che è però un vero e proprio subcontinente rispetto a quello, fisico e psichico a un tempo, che gli è sotteso.

Ma c'è ancora un'altra cosa. Lo sciamano si sottopone a una prova dolorosissima, la scissione del proprio sé per raggiungere il sé del malato e secondarne la guarigione. A guidarlo e dargli forza è la sua santità, l'esercizio eroico della virtù dell'amore e della solidarietà. Non è forse questa un'altissima lezione di etica rispetto al deserto cui spesso si riduce da noi la comunicazione terapeutica?

IL TEATRO DELLA SALUTE

Elemento che ammalia e che guarisce, disturbo mentale e di comportamento, è la possessione ad opera di esseri invisibili, i djin, l'oggetto delle terapie tradizionali del Maghreb. Di essa si occupano in particolare, durante le loro pratiche rituali i Gnawi e i Taleb. Malattia iniziatica per i primi, discendenti di antichi schiavi originari dell'Africa nera, la possessione è invece per i Taleb, colti studiosi del Corano, in tutto malefica



Senegal,
guaritore
serere

Doppie possessioni

ABDELHAFID CHLYEH

Marocchino, psicologo clinico e psicoterapeuta di formazione psicoanalitica, sono arrivato quasi naturalmente a interessarmi alle pratiche rituali delle confraternite Gnawa. Perché esiste negli ambienti tradizionali marocchini una concezione del tutto particolare della malattia e della terapia; la mia attenzione è stata focalizzata inizialmente sulla possessione messa in atto da esseri invisibili non umani detti *djinn*. È noto che i *djinn*, esseri sovrannaturali citati nel Corano alla cui esistenza i musulmani credono per fede, possono provocare ogni sorta di disordini e perfino invertire il corso degli avvenimenti. L'onnipresenza dei *djinn* produce l'intervento di una sorta di esorcisti, ma anche delle confraternite Gnawa che sono piuttosto adoratrici, nel senso che il loro intervento, di solito, conduce ad una alleanza con le entità sovrannaturali.

Esistono, in Marocco, un insieme di terapie che possono essere definite «tradizionali» o «etnoterapie». Tra queste si distinguono la medicina antica, di origine araba e autoctona che ricorre fondamentalmente alla farmacoterapia e le altre terapie tradizionali finalizzate al trattamento dei disturbi della personalità e, più in generale, dei disturbi mentali. In questa prospettiva, il disturbo mentale è letto come uno squilibrio dovuto all'invasione di esseri invisibili non umani o a pratiche che fanno appello al mondo sovrannaturale. La cura dei disturbi prevede l'utilizzazione di dispositivi e di tecniche terapeutiche particolari; le nozioni di malattia e di terapia rimandano ad un universo di significati con una sua coerenza interna al quale aderiscono tanto il terapeuta quanto il paziente e coloro che lo circondano.

Nel contesto marocchino e maghrebino, le terapie tradizionali rimangono ancora oggi accessibili perché poco costose e per la facilità con cui è possibile accedervi; sono raccomandate dagli ambienti tradizionali e popolari nonostante la presenza relativamente massiccia della medicina moderna nei grandi centri urbani. Esse si propongono come naturale alternativa tanto della biomedicina che delle diverse terapeutiche di ispirazione psicologica o psicanalitica.

Sarebbe difficile metterne in dubbio l'efficacia, soprattutto nell'ambito della salute mentale. Seri lavori di ricerca provenienti da ambiti scientifici differenti hanno, in effetti riconosciuto la validità di queste terapie che, in certi casi e soprattutto nell'etnopsichiatria, rappresentano una fonte di ispirazione terapeutica.

Ma ritorniamo alle terapie tradizionali che trattano i disturbi mentali e di comportamento, in particolare la possessione ad opera di esseri invisibili. Il nostro approccio si basa su una ricerca sul campo e si propone di introdurre degli elementi di riflessione rispetto ai dispositivi etnopsicologici a scopo terapeutico così da rispondere a bisogni ineludibili. Ma si iscrive anche all'interno di una prospettiva che vuole essere moderna, libera da ogni dominio e *a priori*.

Nel contesto tradizionale marocchino, la possessione e gli stati di transe in cui questa si traduce, sono letti come l'esito dell'incurSIONE di entità invisibili soprannaturali quali i *djinn* e i *mlouk*. Il significato, il senso e i differenti modelli di presa in carico cui la possessione dà luogo possono essere differenti.

Questa, infatti è interpretata tanto come il segno di avvio di un'iniziazione, tanto come un attacco malefico e patologico che deve essere bloccato. Nel primo caso, la possessione è malattia iniziatica e sarà presa in carico per lo più all'interno della confraternita degli Gnawa, con il risultato di dar luogo ad una affiliazione e ad una iniziazione. Nel secondo caso ci si rivolge al terapeuta tradizionale (*fqih* o *taleb*) che farà ricorso alle sue tecniche per allontanare l'entità che perturba l'equilibrio di una persona. La possessione può anche dar luogo a paralisi e cecità, o a comportamenti erratici nel corso dei quali la persona, sotto l'influenza di un *malk*, o di un *djinn*, vaga senza meta. Stati di transe patologici e incontrollati possono aggiungersi ai disturbi psicologici e del comportamento.

Gli Gnawi sono i discendenti di antichi schiavi originari dell'Africa nera. Musulmani, in seguito a significative vicende di meticcio, si sono organizzati in confraternite religiose che si possono incontrare per tutto il Marocco e il Maghreb. Tra loro sono dei maestri musicisti (*mâallem*) animatori del rito della possessione (*derdeba*) e veggenti (*moqadema*) che praticano la terapia e l'iniziazione e attorno ai quali si raggruppano gli adepti con una predominanza femminile. Gli Gnawi trattano sia gli attacchi dovuti ai *ndjin* che chiamano *mlouk* o *malk*, sia i diversi disturbi fisici e mentali.

Presso gli Gnawi talvolta accade che, dopo una seduta di divinazione venga rivelato che l'attacco di entità soprannaturali che si traducono in crisi di possessione di natura patologica e incontrollata è una malattia iniziatica. Ciò sta a significare che i *mlouk* hanno posato lo sguardo su qualcuno perché riceveva un'iniziazione all'interno della confraternita. Di una tale rivelazione può rappresentare un'ulteriore conferma il momento della crisi di possessione durante le quali le entità soprannaturali si esprimono per bocca del malato e pretendono la sua iniziazione attraverso l'adesione alla confraternita degli Gnawi.

L'identificazione di un *malk* all'origine del disturbo porterà con sé una serie di obblighi rituali per il paziente che, per prepararsi alla sua iniziazione sarà condotto da una veggente-terapeuta affiliata alla confraternita. La possessione potrà essere confermata anche al momento del rito di possessione (*lila* di *derdeba*) quando il *malk* in questione sarà invocato dal maestro dei musicisti. Il posseduto passa così dallo stato di «toccato» dai *djin*, cioè di malato, a quello di posseduto rituale e iniziato. La transe di possessione del nuovo adepto cessa allora di essere una transe patologica e incontrollata che può manifestarsi in qualsiasi momento e ovunque. Diventa una possessione ritualizzata con stati di transe che si produrranno solo quando il *malk* cui è consacrato l'adepto verrà invocato, al momento della celebrazione del rito. L'attacco iniziale che all'inizio ha potuto rivestire certe forme somatiche e di comportamento è arginato. Il maestro musicista avrà l'obbligo di accompagnare l'entrata e l'uscita dalla transe dell'adepto suonando l'aria e l'invocazione al *malk* cui è consacrato.

Così all'identificazione di un essere invisibile e alle prescrizioni della veggente per placarlo seguono la partecipazione al rito di possessione, poi la guida e la gestione della transe. L'adepto, è considerato ormai al servizio dei *mlouk*, con l'obbligo di adempiere certi obblighi, tra cui la regolare frequentazione del rito di possessione.

A mano a mano che questa frequentazione avrà luogo e procedendo nella sua iniziazione, egli cadrà ancora in transe nel corso delle quali nuove entità soprannaturali (*mlouk*) entreranno nel suo corpo. Si dice che l'adepto si «riempie» perché diventa capace di incarnare le numerose entità che «salgono in lui», diventa capace di ospitare certi *mlouk* particolari del repertorio e di eseguire dei giochi scenici adeguati ai loro attributi. In questo livello iniziatico egli viene visto come chi ha effettuato un salto di qualità nella pratica della transe. È un itinerario che va via via configurandosi come una alleanza di natura adoristica con i *mlouk*.

L'itinerario iniziatico dell'adepto può ancora proseguire fino alla condizione e alla carica di veggente e terapeuta qualora sopraggiunga un'elezione. In questo caso, durante il rito di possessione l'eleto, in condizione di transe, sotto l'effetto del proprio *malk* dà voce alle richieste dell'entità soprannaturale. Manifestandosi così, il *malk* ingiunge all'eleto di intraprendere l'ultima tappa dell'iniziazione per assumere la carica di veggente secondo i precetti della confraternita. In questo modo è votato al servizio dei santi e dei *mlouk* ai quali gli Gnawi rendono omaggio. Rifiutare significherebbe andare contro queste entità e, di conseguenza, recare loro dispiacere, con i conseguenti danni fisici e mentali.

Quest'ultima tappa, comunque, ha luogo solo dopo anni di frequentazione assidua dei riti di possessione e dopo il superamento di diverse fasi iniziatiche. Conduce, di fatto, a sigillare un'alleanza con un *malk*. L'eleto, assumendo la carica di veggente e onorando gli obblighi, diventa il servitore e l'alleato di un *malk* venerato dalla confraternita che, in cambio, lo assisterà nella sua pratica di veggenza, di iniziazione e terapia del paziente. Per onorare gli obblighi che provengono da questo ruolo chi è eletto dovrà raccogliere gli oggetti e gli accessori indispensabili alla divinazione, alla celebrazione del rito di possessione, all'iniziazione e alla terapia. Infine dovrà inaugurare il suo compito organizzando un rito di possessione a casa sua. Allo stesso modo, secondo la tradizione gnawa, compierà un pellegrinaggio presso i santi del posto venerati dai membri della confraternita.

Ma la possessione può ugualmente essere «presa in carico» da un'altra categoria di terapeuti tradizionali: i *taleb* e gli *fqih*. Colti,

studiosi del Corano e delle pratiche e dei detti (*sunna*) del Profeta, questi sono inoltre degli iniziati alle scienze esoteriche e alla terapia tradizionale secondo i precetti di un maestro. È risaputo che all'interno del percorso di approfondimento della loro iniziazione, queste persone solitamente effettuano dei ritiri ascetici per acquisire la conoscenza di un incantesimo (*azima*) necessario alle loro pratiche terapeutiche e in modo particolare all'esorcismo. Questa categoria di terapeuti si caratterizza per la fedeltà ai precetti religiosi islamici. Essi fanno ricorso a entità sovranaturali superiori (*rabbani*) che rappresentano le forze del bene, al contrario degli stregoni che evocano le forze oscure, in particolare il Shaytan (Iblis), pur di compiere pratiche empie agli occhi dell'Islam.

Anche la possessione trattata dai *taleb* si traduce in crisi che, in questa prospettiva, derivano da un attacco dei *djinn* oppure da pratiche stregonesche che hanno colpito il posseduto. Il paziente può anche essere stato vittima di malocchio che l'ha reso vulnerabile e permeabile ad un attacco di *djinn*. Per diagnosticare la possessione, il *taleb* ha fatto ricorso a procedimenti divinatori, all'impiego di croci magiche (*jadwal*) e all'aritmomanzia. Quanto alle tecniche specifiche per l'esorcismo (*srii*), il *taleb* fa ricorso a certi versetti del Corano, a scritture ed incantesimi.

L'esorcismo obbedisce a regole e tecniche specifiche che devono essere trasmesse da un maestro; comporta differenti fasi e deve essere svolto in ore del giorno favorevoli. Il più di frequente è effettuato alla presenza dei membri della famiglia del posseduto e con l'ausilio di un assistente che tiene il malato fino a quando questo si dibatte sotto l'influenza dei *djinn*. La seduta di esorcismo è centrata sulla nozione di lotta condotta dal *taleb* contro l'entità che tormenta il suo paziente perché si allontani. Il supporto principale di questa seduta è uno stato di transe e possessione che è, allo stesso tempo, segno di attacco malefico e strumento attraverso il quale il *taleb* entra in contatto con il *djinn* per identificarlo e potere, in seguito scacciarlo.

L'AUTORE

Abdelhafid Chlyeh è nato a Marrakech, in Marocco, ed è psicologo clinico, psicoterapeuta e dottore in etnologia. Conduce ricerche sui riti di possessione e sulle etnoterapie in Marocco. È autore di numerose pubblicazioni, tra cui «Les gnaoua du Maroc», 1998, «La pensée sauvage», 1999. Ha inoltre curato i volumi «L'univers des Gnaoua», «La transe». Vive e lavora a Parigi e in Marocco.

Per gli Gnawi, la possessione è considerata un segno che implica una iniziazione in seno alla confraternita finalizzata ad una elezione e ad una alleanza di tipo adoristico con i *mlouk* e, infine, l'integrazione dello statuto della veggenza e della terapia. Al contrario, i *taleb* interpretano la possessione come un attacco di *djinn* di carattere malefico e portatore di malattia. E come tale deve essere trattata per allontanare le entità che tormentano una persona. Così questa non produce né alleanza né obblighi, tranne il caso in cui venga preteso un sacrificio animale come riparazione. Si ha così uno schema esorcistico nel vero senso della parola.

In questi due diversi casi, si tratta di un disordine; cioè, in altre parole, di un disturbo della personalità, ma la risoluzione di quest'ultimo è differente. Da una parte, infatti, la possessione è una componente latente della personalità che diventa effettiva durante il rito di possessione. Dall'altra, per i *taleb*, è una perturbazione della personalità e deve, di conseguenza, essere eliminata. Non sarà pertanto occasione di alcuna alleanza né di celebrazioni rituali. Il solo luogo in cui sarà ammessa o addirittura indotta sarà la seduta di esorcismo, ma per mettervi fine.

Queste due pratiche terapeutiche attribuiscono un ruolo fondamentale agli esseri invisibili e sovranaturali, sia per l'interpretazione che forniscono della possessione sia per la presa in carico di questi esseri. Anche le nozioni di malattia e di terapia rivestono significati differenti nei due approcci.

In definitiva, si tratta di due modelli culturali che possiedono ciascuno le proprie specificità anche se, nella pratica si sovrappongono senza escludersi. Da una parte il modello degli Gnawi che, pur avendo integrato apporti arabo-musulmani e berberi, rimane contrassegnato dalla propria origine africana. Dall'altra il modello dei *taleb* di provenienza dell'Est e di origine araba e musulmana. Nonostante le differenze, questi due modelli culturali riattualizzano, ciascuno attraverso i propri dispositivi terapeutici, il mondo invisibile e le sue relazioni con il mondo visibile. Per ristabilire comportamento e condotte, questi due modelli evocano una visione dell'universo che ha le sue rappresentazioni, i suoi simboli e le sue concezioni tutte particolari della salute, della malattia e della terapia. La questione del benessere e del malesere, in un contesto tradizionale e marocchino, è intimamente legata a questi riferimenti culturali in quanto elemento costitutivo e strutturante della persona.

il manifesto martedì 28 agosto 2001



IL TEATRO DELLA SALUTE



Sacrificio al sole. Da un disco aureo ritrovato nel sacro cenote di Chichén Itzá

Fiumi e pietre, aria e fuoco, luce e sogni. Come molti sistemi di salute indigeni, anche la medicina maya ricava i suoi principi dalla conoscenza del mondo e della natura. Attenta alla dimensione temporale, stabilisce vocazioni e abilità terapeutiche sulla base del giorno di nascita

Nei sogni di una levatrice

LETICIA VELASQUEZ ZAPATA

All'interno di quest'area possiamo considerare la medicina maya come un vero e proprio sistema di salute, se accettiamo la definizione di sistema di salute come quel complesso di conoscenze, di pratiche tradizionali, private e pubbliche che oltre a riferirsi direttamente alle categorie di salute e malattia, si riferiscono all'articolazione delle relazioni sociali sullo sfondo della vita materiale e simbolica. La medicina maya, come molti sistemi indigeni di salute ricava i propri principi dalla concezione del mondo o «cosmovisione». Questa è l'eredità di valori trasmessi dagli antenati all'interno della quale si rinvergono alcuni elementi universali, validi cioè per qualunque villaggio indigeno appartenente all'area mayense. In tale sistema di valori occupa un

Maya sono quelle popolazioni che a partire dal 1500 A. C. fino ad oggi, naturalmente con discontinuità, occupano un'area geografica che corrisponde allo Yucatàn, Tabasco, Chiapas, Petèn, l'attuale Belize, l'attuale Guatemala, parte dell'Honduras e del Salvador. Questa è l'area che tradizionalmente fu occupata dai Maya ed è, attualmente, il territorio di tutte le popolazioni e gli individui che si definiscono indigeni e pertanto Maya.

posto importante il principio della dualità, anzi la complementarità della dualità, che potremmo definire anche unità degli opposti. Il tempo è un altro elemento fondamentale per la concezione maya del mondo perché in esso avviene ogni processo dialettico: le età più importanti secondo i Maya sono la vecchiaia e l'infanzia, perché in questi due fasi della vita agli antipodi, lì dove una generazione sta finendo e l'altra sta iniziando, ha luogo tutta la trasmissione orale.

Altro aspetto importante nella concezione maya del mondo è che essa attribuisce sempre al benessere un senso individuale, nel senso della relazione alla persona, a sua volta in stretta relazione con la famiglia e la comunità. Per poter realmente parlare di benessere sociale bisogna dunque considerare il benessere delle persone in queste tre dimensioni.

Ancora, nella cosmovisione maya è fondamentale la relazione che gli esseri umani intrattengono con altri esseri, con altre forme di vita, perché l'essere umano non è il centro della vita ma solo una parte. Potremmo anche parlare di natura, dei fiumi, che per noi hanno vita, che sono parte della nostra vita. Esiste una interdipendenza tra tutte le forme di vita, comprese le pietre che in altre culture sono considerate materia amorfa e che per noi hanno un valore molto importante, così come altri elementi, l'aria e la luce.

«Poiché proveniamo da una cultura millenaria non possiamo dimenticare che nel passato si lavorava fondamentalmente con l'impiego complementare di tre calendari: il calendario solare, il calendario agricolo e il sacro calendario maya. L'insieme di questi tre calendari è quello che, all'interno della nostra cultura stabilisce le relazioni tra tutte le forme di vita. Forse una parte della destrutturazione sistematica che abbiamo sofferto come popoli è avvenuta in seguito al venire meno dell'utilizzo di questi calendari in forma congiunta, integrale, anche se oggi, dopo gli accordi di pace di La Paz è il sacro calendario maya quello che sta avendo maggiore diffusione e sta entrando a far parte della vita pratica di molta gente.

Il sacro calendario maya - il Sol Kin, come lo chiamiamo in quiché - si riferisce alla vita degli esseri umani e al modo in cui essi intrattengono relazioni sociali; fornisce poi anche alcuni principi e valori generali su come relazionarsi con la natura e con altre forme di vita: è composto da 260 giorni che indicano il tempo necessario ad un essere umano per formarsi come tale. È questa struttura che scandisce il tempo; le persone nascono in quanto tali nel senso che dal giorno in cui nascono scaturisce la loro tipologia. Come in psicologia esistono quattro tipi di temperamento e ad ognuno di essi corrispondono determinate caratteristiche, capacità, qualità, così, in base ai giorni nei quali nasciamo possiamo determinate qualità e capacità che, conosciute, possono essere potenziate e sviluppate, ridimensionando alcuni aspetti deteriori presenti all'interno della nostra personalità. È così che una persona acquista la consapevolezza di dover svolgere un compito all'interno del sistema di salute indigeno, di poterne diventare, cioè, un «attore».

Tra le popolazioni Maya nessuno diventa guaritore o guaritrice solo perché lo vuole, ma perché nasce con le capacità per farlo, per sviluppare questo. Così funziona il nostro sistema sanitario: all'interno di esso esistono alcune categorie, alcune figure o «attori» che devono presentare determinate qualità. Per esempio, coloro che nascono nel giorno «Bat», uno dei segni del calendario che si riferisce all'impiego del tempo, all'interno del sistema sanitario avranno un lavoro equivalente a quello dello psicologo e dello psichiatra. Questa sarà la loro principale capacità: dare consigli, ascoltare la gente, sostenere chi deve prendere decisioni ed, eventualmente, integrare questo trattamento con erbe o con il fuoco e con altri elementi naturali. Prendiamo l'esempio delle levatrici, che in quiché chiamiamo Aj-illom; sono persone, nate nel giorno *Khan* o nel giorno *Akabal*, dotate delle capacità per diventare levatrici; e così per ognuna delle specializzazioni.

In questo senso, e credo sia un concetto molto importante, molti dei nostri sistemi tradizionali non sono compresi, soprattutto quando si alimenta un pensiero integrazionista degli indigeni che ispira molte politiche dello stato e nel caso della sanità conduce a formare personale che si occupa della salute mentale impiegando e abilitando persone generiche. Ma un'esperienza come questa, in Guatemala si è rivelata un investimento fallimentare. È stato investito molto denaro e l'impatto è stato scarso. Perché? Perché le stesse comunità e i membri al loro interno hanno ben chiaro chi sono i loro referenti sanitari nell'ambito della propria cultura. È il caso di chi scrive: anche se indigena e idonea agli occhi dello stato ad occuparmi di donne, se non mi inserisco all'interno del codice culturale di appartenenza, difficilmente sarò accettata dalla comunità. Questo è un elemento importante del nostro sistema di salute, che a lungo si è avuto difficoltà a comprendere. Così, per molti anni una politica del Ministero della Sanità Pubblica ha formato le levatrici. Sono state istruite circa 35.000 ostetriche, ma l'impatto di questa operazione sulla salute è stato

scarso. Secondo le statistiche nazionali dell'anno 1989, il 98% dei parti nei villaggi indigeni, nell'ambito della popolazione maya, è stato eseguito da ostetriche non istruite.

Questo dato offre una visione reale, comprensiva di dati ufficiali dello stato, di un sistema sanitario abbastanza solido, di basso costo, culturalmente adeguato e soprattutto accessibile, giacché in ogni comunità sono sempre presenti almeno una o due figure chiave del sistema sanitario. Non manca quasi mai qualcuno che si occupi della salute della donna.

Una delle possibilità che ci è stata offerta dalla formazione accademica occidentale è stata quella di poter capire la sua logica e confrontarla con quella del nostro sistema di salute che ha i suoi principi, i suoi valori ed una sua forma di scientificità, nel senso che rappresenta un sapere. Nella medicina maya in quanto sistema di salute possiamo ritrovare un equivalente degli specialisti del sistema sanitario occidentale. L'Aj-illom è l'equivalente di colei che fa la ginecologa-ostetrica; per la medicina interna, la figura corrispondente nella medicina maya è l'Aj-komumen, colui che lavora con le piante medicinali, elaborandole e dosandole, mentre l'Aj-chipampak, in quiché, è l'equivalente di colui che si occupa di traumatologia. Come gli altri «attori», ha la sua tecnica, il suo modo di lavorare e deve possedere caratteristiche e capacità specifiche. Esistono anche i Chayeros: quando c'è qualche infezione nella pelle o in altre parti del corpo, questi intervengono per eliminarle con uno strumento speciale e con erbe e preparati naturali che hanno effetti curativi.

La medicina maya può essere considerata un vero e proprio sistema di salute: esiste un sistema di riferimento, un sapere comune e terapeuti di varie specializzazioni. All'interno dei vari ruoli si possono poi distinguere ulteriori specializzazioni: ad esempio tra le Aj-illom o levatrici, ve ne sono alcune più indicate

L'AUTRICE

per fare trattamenti alle donne gravide o per occuparsi dei parti quando i bambini non sono nella posizione normale. Questo non può essere compiuto da qualunque Aj-illom, ma ci sono più categorie tra loro. Ma accanto a questo esiste una visione articolata di che cosa sia la salute, di come si possa teorizzare il processo di salute-malattia con modalità totalmente diverse dalla medicina occidentale. Per gli «attori» del sistema di salute maya non si può parlare di salute come di una condizione acquisita una volta per tutte: in questo senso, richiamandoci al concetto di complementarità della concezione maya del mondo, riappare il concetto della dualità. Si fa piuttosto riferimento a un equilibrio nel benessere fisico, spirituale e materiale, ma tale benessere individuale a sua volta è in relazione con la famiglia e la collettività; inoltre la salute ha anche a che vedere con il passato, con il presente e con il futuro. Per poter nominare la salute è importante ritornare agli estremi, il principio e la fine della vita. In questo caso il punto di partenza per comprendere l'equilibrio nella salute è la coppia di elementi del nascere e del morire: cioè, perché si nasce e come si guarda alla morte. In altri sistemi culturali, come quello occidentale la morte si traduce nella fine della vita, ma per le figure chiave del sistema di salute maya la morte non esiste, è una trasformazione della forma del vivere, perché si continua ad esistere attraverso i figli che rimangono e i nipoti: il sangue è in sé una catena. In rapporto a questo si può comprendere che si deve continuamente conquistare un equilibrio nella salute dal momento in cui si nasce fino a quando si muore, cioè fino a quella che rappresenta una ulteriore trasformazione della vita. Di fatto le religioni, specialmente quella cattolica ed evangelica, che hanno predominato nel nostro paese, vedono unicamente nell'uomo colui cui è affidata la vita, mentre nella concezione maya la creazione del mondo scaturisce dalla dualità.

Un altro elemento fondamentale per capire la medicina maya, è la trasmissione della conoscenza. Attraverso le generazioni, a partire dalla colonizzazione spagnola fino ad oggi, ed anche prima, sappiamo che tale trasmissione di conoscenze si realizza in primo luogo attraverso le capacità dell'individuo che, come accennato prima, si fondano sul sacro calendario maya o Sol Kin. Ad esempio, quando c'è una nascita - tutta la famiglia è presente, è una festa familiare - la levatrice, la Aj-illom, fa una previsione del possibile futuro del bambino che è nato sulla base del giorno di

Leticia Velasquez Zapata è medico chirurgo e medico tradizionale maya quiché. Vive in Guatemala dove, all'interno dell'associazione indigenista Defensoria Maya è impegnata in uno sforzo di valorizzazione della cultura maya quiché attraverso la diffusione e la pratica della medicina tradizionale.

nascita e dice ai genitori: «È nata una bambina, sarà una grande levatrice», oppure «È un bambino, sarà un leader della comunità» oppure si tratterà di una persona con grande saggezza. Si delinea così l'importanza del ruolo della levatrice che alla nascita fa subito un pronostico delle capacità e delle debolezze della persona che è venuta al mondo. Così, all'interno della comunità si è a conoscenza dei compiti futuri dei bambini appena nati. Intorno ai tredici anni, che secondo il Sol Kin segnano l'ingresso nella gioventù, cioè l'equivalente dei quindici anni per qualunque altra cultura, ai ragazzi che nascono con la vocazione di guaritori vengono affidati piccoli compiti nel campo in cui andranno a formarsi. Un ragazzo destinato a curare con il fuoco, a tredici anni già è accompagnatore nella cerimonia, o fa l'assistente che conserva la fiamma oppure, semplicemente comincia ad avere dimestichezza con il fuoco. Così man mano che i giovani crescono, ricevono ulteriori iniziazioni. A ventisei anni ha inizio un'altra fase. Si procede per tappe, come in qualunque altra carriera. Gli adulti, i maestri o le guide appoggiano gli adolescenti perché le loro potenzialità abbiano un pieno sviluppo magico-religioso, cioè ricevano tutte le energie dei giorni del calendario, poiché sul segno di una persona intervengono nove segni del sacro calendario maya. E tale congiunzione determinerà nell'individuo le sue capacità e le sue abilità, secondo il numero di energie che possiede. Per il tramite della famiglia il ragazzo riceve poi la tradizione orale: il nonno o la nonna adempiranno l'importante compito di

raccontare loro segreti e di trasmettere saggezza.

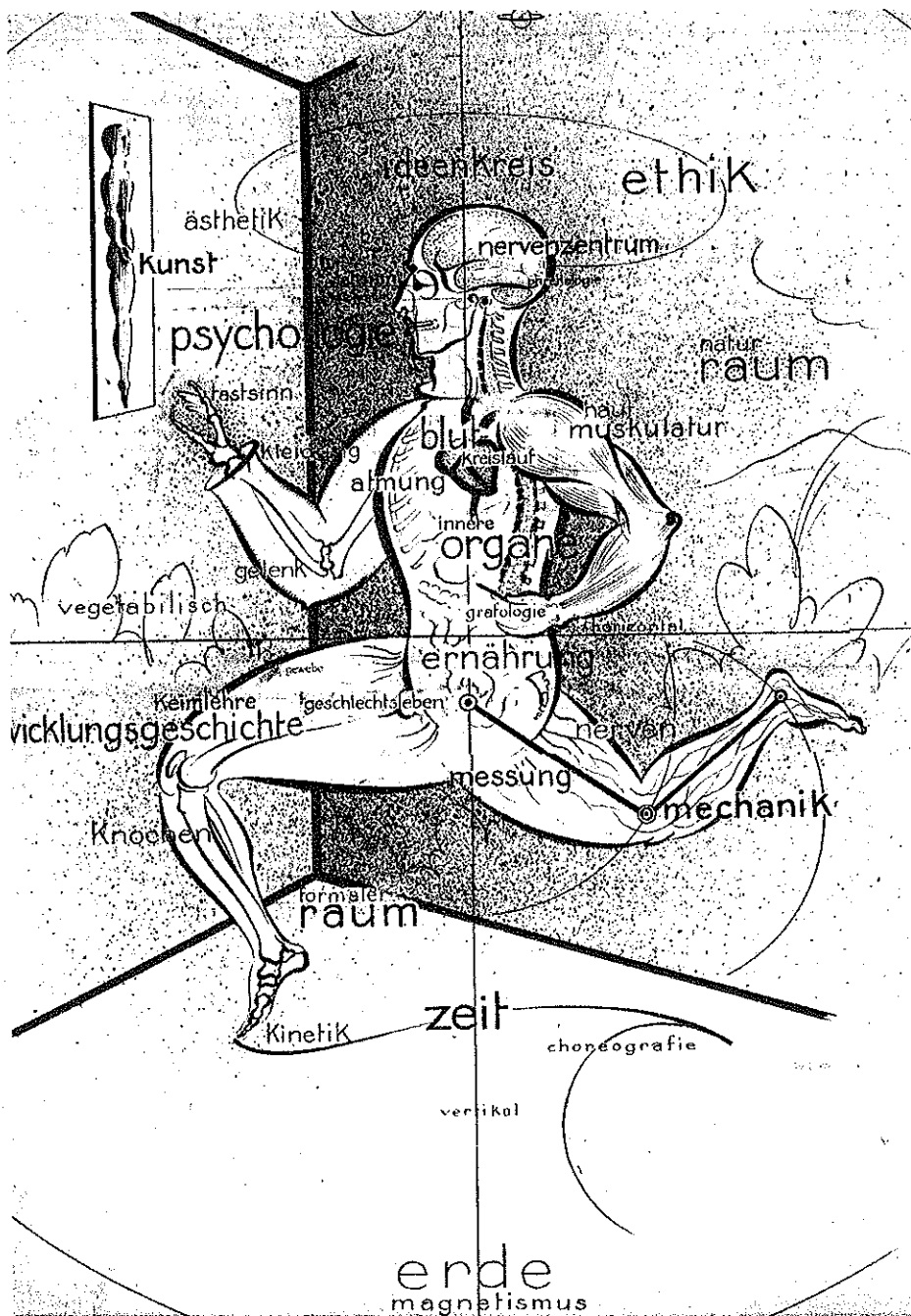
Man mano che si cresce, si diventa consapevoli degli strumenti specifici del proprio compito sociale e tali strumenti rafforzano i giovani nell'acquisizione dei saperi specifici. Tra questi strumenti, i Maya utilizzano i sogni. Nella nostra medicina i sogni sono un elemento molto importante per curare. Le levatrici, o qualunque altro guaritore, sono in grado di prevedere le complicazioni nel decorso di un malato, anche quando il suo stato, apparentemente non è preoccupante; altre volte, in sogno si viene a conoscenza di quali medicine o rimedi è utile impiegare. Per utilizzare i sogni è necessario, però sviluppare una capacità percettiva specifica, così come, in alcuni ambiti del sistema di salute maya alcuni guaritori arrivano a sviluppare una capacità particolare di decifrare i segni del corpo che facilitano le diagnosi e la scelta dei medicinali.

In Guatemala, il recupero del sistema di salute indigeno rappresenta uno degli scopi della «Defensoria» Maya, un'organizzazione pensata per gli anziani delle comunità, per le donne e gli uomini e rivolta alla tutela, la promozione e il recupero dei sistemi propri dei popoli indigeni. Tra questi l'applicazione del diritto maya per la risoluzione delle controversie e l'accesso al sistema giudiziario. In questa cornice la «defensoria» maya è fortemente motivata a realizzare il recupero del sistema di salute indigeno - un sistema peraltro utilizzato a tutt'oggi - come parte del patrimonio intellettuale, della conoscenza dei popoli indigeni, e anche come proprietà della nostra cultura. Questo sistema di salute di fatto è una scienza, perché ha i suoi valori, le sue forme di trattamento e ha una logica che spiega come e perché trattare la malattia e la salute degli individui e della comunità. Negli anni anteriori alla firma di La Paz era quasi un attentato parlare di recupero e ancora più grave mettere in pratica il diritto maya e la medicina indigena, tuttavia grazie al processo di transizione democratica che stiamo vivendo nel paese si è aperto un piccolo spazio politico che ci permette di lavorare e rafforzare il nostro sistema sanitario indigeno e il nostro sistema di giustizia maya. L'Accordo di Identità e Diritto dei popoli indigeni, firmato come uno degli accordi di pace è ciò che ci consente questo passaggio e speriamo nel suo consolidamento perché è, attualmente l'unica possibilità di pervenire ad una democrazia solida e partecipativa.



L'avventura della medicina «creola»

La genesi di una medicina contaminata, imposta dalle esigenze delle società multietniche, che non nasce dal ripudio della medicina istituzionale o scientifica, ma dall'incontro fecondo tra questa e le arti della guarigione delle altre culture. «Medicina e multiculturalismo» e «La consulenza transculturale della famiglia», due volumi che interrogano il destino delle strategie terapeutiche in Occidente



Oskar Schlemmer, «Schema pedagogico, l'uomo nel cerchio delle idee»

FRANCO VOLTAGGIO

La medicina istituzionale - identificabile con le teorie e prassi terapeutiche riconosciute dalla comunità scientifica internazionale - è una scienza (o un'arte) universalmente valida o, per contro, deve confrontarsi con le cosiddette «medicine dolci» o «alternative»? Soprattutto, è possibile applicare le medesime strategie terapeutiche a tutti gli esseri umani indistintamente, a prescindere dalla cultura di appartenenza? Rispondere a queste domande è molto difficile, tanto più che va tenuto conto del fatto che, nonostante tutto, sotteso agli ideali speculativi e prassici della «medicina scientifica» c'è un preciso principio illuministico, che sarebbe pericoloso ignorare, il principio secondo cui tutti gli esseri umani sono eguali e, perciò stesso, l'eguaglianza dei diritti e dei doveri, che assicura ad ogni persona il godimento di una cittadinanza planetaria, comporta la giustificata tendenza a riguardarne il corpo o, se si vuole essere più comprensivi, il «fisico» e il «morale» quale espressione di un sistema organico che non può non essere identico in ogni membro della famiglia umana.

Sono utili a tale proposito due libri estremamente significativi usciti in libreria verso la fine di gennaio: un'opera collettanea, a cura di Sebastiano Maffettone, dal titolo *Medicina e multiculturalismo* (Apeiron, Bologna, pp. 202, £. 25.000) e l'opera di un etnopsichiatra, Alfredo Ancora, *La consulenza transculturale della famiglia* (Franco Angeli, pp. 206, £. 32.000). Al di là della diversità dei contenuti, come delle suggestioni interessanti proposte dagli autori, i due volumi paiono sintonizzarsi su un insieme omogeneo di interrogativi: che cosa è la medicina oggi?

All'ideale dell'*human family* risultano del resto ispirati l'insieme dei postulati cui si informa l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), così come la definizione dei concetti generali di «salute», «benessere», «malattia». Permane, cionondimeno, il fatto che, tutte le volte che si parla di «natura umana», è opportuno non dimenticare che tale natura non è una sorta di realtà neutra e indipendente, bensì modulata di volta in volta dallo spazio-tempo storico del vissuto di una determinata comunità. Come dire che chi va in cerca della «natura», volendo definire l'uomo, viene a trovarsi di fronte alla *storia*. Da un lato

non si può fare a meno, e giustamente, di porre l'accento sull'eguaglianza, dall'altro, tuttavia, ancor più difficilmente si può fare a meno di censire la diversità con la quale, nelle culture umane, si affronta il medesimo dramma, quello della sopravvivenza, della malattia e della morte. Di qui a slittare sul terreno infido delle «differenze» tra uomo e uomo, da comunità a comunità, il passo sarebbe davvero assai breve. Ad evitare di farlo intervengono una serie di considerazioni che attengono, in primo luogo, al linguaggio di cui abitualmente si fa uso nella comunicazione con chi appartiene a una cultura diversa da quella occidentale.

In un luogo particolarmente suggestivo del *Corano* si legge: «O umani, io (Dio) vi ho fatto da uomo e da donna, poi vi ho distribuito in tribù e nazioni perché imparaste a fare reciproca conoscenza». Che cosa renderebbe possibile, secondo la Scrittura islamica, questa «reciproca conoscenza»? Certamente non la *differenza*, che apre la strada a una connotazione *quantitativa* degli esseri umani, ma, piuttosto, la *diversità*. Essere diversi significa propriamente avere avuto e continuare a ispirarsi ad un'altra storia, quale è stata resa possibile dalle peculiarità del tempo e dello spazio abitati da una società. Incontrare l'altro è, di fatto, perciò, incontrarne e leggerne la storia, una lettura che, tra l'altro, può incoraggiare a distinguere l'originario dall'arretrato, così come può favorire il riconoscimento degli errori commessi dall'Occidente durante il colonialismo e, non va dimenticato, durante quell'autentico neocolonialismo che ha contrassegnato i rapporti del mondo industrializzato con i paesi in via di sviluppo. Anche qui, va detto, si corre un rischio: il riconoscimento dell'errore immerge chi lo compie in un'aura di rimorso e di senso di colpa. Non ci sarebbe, a rigore, nulla di male se il «peccatore pentito» – tale pare atteggiarsi talora l'occidentale invaso dall'ossessione d'esser, a ogni costo, *politically correct* – non vedesse nell'«adorazione» del diverso un mezzo per espriare la propria colpa, scambiando il mondo dell'altro per un purgatorio in cui soggiornare per meritare il perdono divino e, in concreto, smarrendo la possibilità di discriminare l'originario dall'arretrato, il bene di una società «altra» da quella che è il suo «male». L'altro non è un veicolo per la nostra improbabile redenzione, né l'abitatore di un'aura «senza tempo tinta». È semplicemente un altro, per l'appunto, con un'altra storia che si incontra con la

nostra. Non riconoscere questa semplice verità equivale a fare della solidarietà e della cooperazione un esercizio per anime belle, appiattendola a stolidità beneficenza. Come accade nel vissuto di ciascuno di noi, in questo caso si darebbe ragione alla lezione della psicoanalisi che ci dice come «il senso di colpa sia sempre colpevole». Per nostra fortuna, disponiamo di un'uscita di sicurezza da una simile trappola che ci viene garantita dal ricorrente dramma della malattia.

Un vecchio adagio della tradizione clinica francese dell'Ottocento dice: «La salute è una condizione che non promette nulla di buono». Come dire che l'organismo umano vive nell'equilibrio precario tra un insieme di stati patologici, che garantiscono la cosiddetta salute, qualora nessuno di essi sia tanto grave da rompere l'equilibrio e compromettere una qualità della vita, che definiamo accettabile solo perché ci consente di lavorare, di nutrirci e di fare sesso e, magari, con un pizzico di buona sorte, di transitare dal sesso all'amore (che, in fondo, è anch'esso una malattia, per i segni e sintomi fisici e psichici con i quali si manifesta e per lo sconvolgimento che porta nelle nostre vite prima che intervenga l'abitudine e volga la passione in quieto e quasi dolce e costante turbamento). Ma c'è di più. Questa condizione precaria ci consente di ammalarci gravemente e, in definitiva, di morire. Se portiamo questa semplice lezione della clinica sul piano della possibile conoscenza della cosiddetta natura umana, possiamo riguardare la malattia o come l'avvisaglia di un processo proprio di una macchina programmata per distruggersi prima o poi o, come nella prospettiva della medicina evoluzionistica, quale espressione della reattività dell'organismo agli stress esogeni o endogeni. In ogni caso intanto siamo esseri umani in quanto siamo in potenza o in atto malati. L'uomo e la malattia – ma forse lo stesso può dirsi di ogni specie del regno animale – sono nati a un parto. Sotto questo aspetto la medicina, latamente intesa, è la vera antropologia, la vera scienza dell'uomo, la sorgente da cui è scaturita nel passato la filosofia. Ammesso infatti che questa sia una continuata meditazione della morte, se la morte è in qualche modo lo sbocco inevitabile dell'esser sempre noi una corte di malati, la speculazione filosofica non è forse figlia della medicina? Il furor conoscitivo dei grandi filosofi del nostro passato non sarà, per caso, a ben vedere un'inevitabile ricaduta del renderci in qualche modo conto del fatto di esser sempre e comunque in transizione da un malanno all'altro?

In un luogo della *Montagna incantata* di Thomas Mann, il protagonista, il «beniamino della vita» Hans Castorp esprime il suo stupore di fronte al caso di una donna, una frivola esponente della piccola borghesia, che prova di stupidità e di ignoranza, indulgendo nel pettegolezzo, infilando nella conversazione uno strafalcione dietro l'altro. Si chiede: come è possibile che una persona seriamente malata non sia intelligente? A dispetto della reprimenda che subisce da parte di Settembrini, «der Italiener» che si è eretto a pedagogo del giovane, Hans ha insieme ragione e torto. Ragione perché certamente esser malati in maniera «impegnativa» può divenire una preziosa occasione per conoscere se stessi e, in generale, per conoscere. Ha però torto perché pretende che la povera donna esca dalla propria storia solo perché è malata, mentre per contro i segni e i sintomi della tubercolosi dalla quale è affetta sono un modo per raccontare il proprio vissuto. Il linguaggio della malattia non può che riprodurre con maggior forza di ogni altra lingua il senso e l'articolazione di una vicenda umana. Come dire che se si è stupidi, una volta seriamente malati lo si diventa ancor di più. Sotto questo aspetto, che ne fa una sottolineatura del biografico, la malattia è sempre una narrazione.

La narrazione prevede comunque un ascoltatore o un lettore. Se la malattia narra il senso di una vicenda umana, l'altro è posto nella necessità di porre nei confronti del narratore la stessa attenzione che si presta a una registrazione o a un libro che si legga con qualche interesse. Solo che l'ascolto o la lettura non sono mai asettici o neutri. Sono veicolati da una sorta di sovrapposizione, cioè dall'interpretazione che l'altro dà del discorso dell'altro. Nel caso illustrato dal grande scrittore tedesco, l'interpretazione è fornita da un alto borghese che contrappone la propria narrazione - e dunque la propria malattia - alla narrazione-malattia di una piccola borghese, talché si può dire che nell'ovattata atmosfera del sanatorio internazionale di Davos due classi sociali, quasi due società, si incontrano e i due malati, raccontandosi l'uno all'altro, muovono in qualche modo la storia, la rendono più ricca, esaltano la vocazione segreta della «madre della verità» - quale Cervantes definiva la storia - che è quella di favorire la comunicazione tra gli umani.

A un livello decisamente più alto, la malattia che una persona appartenente ad

un'altra cultura manifesta non è unicamente il racconto di una privatissima vicenda e nemmeno di un diverso strato sociale, alto o basso che sia, ma di una diversa società, talché il morbo, quale ne sia la fenomenologia, è la manifestazione di una cultura che intende essere ascoltata.

Talora a questa esigenza dell'ascolto viene prestata una doverosa attenzione. Si tratta dell'esito felice di un processo che comincia con il fraintendimento e sfocia nella comprensione. La nostra conoscenza dello sciamanesimo è passata dall'interpretazione degli anni Trenta, che faceva dire a una studiosa come Czaplicka essere la condotta sciamanica riconducibile alla neurolabilità e all'omosessualità degli sciamani, alla tendenza, latente in più di uno studioso, a vedere nella seduta terapeutica sciamanica l'attivazione di energie inconsce capaci per induzione di ridestare l'attività immunitaria dei pazienti. La piena comprensione dello sciamanesimo è iniziata quando l'interprete occidentale si è chiesto il perché dell'evidente successo nell'operare la remissione, se non addirittura la guarigione, di patologie somatiche.

Il paradosso della malattia sta tuttavia nel fatto che, nonostante essa sia la condizione universale dell'uomo, non v'è persona che, al costruito, non voglia guarire. Ammesso che essa sia una narrazione, il narratore vuole che sia l'altro a concluderla dandole un lieto fine. Non basta perciò che chi ascolta o legge, nei segni e nei sintomi del fisico e del morale, la storia di una singola vita e di un'intera società, pervenga alla comprensione. Deve fare qualche cosa di più, coniugare virtuosamente il lieto fine, impostogli dai narratori o malati cui è avvezzo, con quello dei narratori *diversi* o *altri*. Di qui la genesi di una medicina transculturale, imposta dalle esigenze delle grandi società multietniche, che non nasce dal ripudio della medicina istituzionale o scientifica, ma dalla contaminazione tra questa e le arti della guarigione delle altre culture. Quanto questa contaminazione possa procedere è cosa difficile da prevedere. Resta il fatto che, come ormai si comincia a constatare in alcuni grandi ospedali dell'Occidente - pensiamo soprattutto ai nosocomi di Parigi - la medicina scientifica ha preso a meticcarsi. Il decollo di una medicina *creola*, per usare un'indovinata espressione del semiologo Paolo Fabbri, trasforma il desiderio paradossale di guarire nell'occasione preziosa dell'incontro e della comunicazione tra gli esseri umani, nella scoperta di partecipare da sempre a una medesima avventura. Non sarà in questo riconoscimento la vera guarigione?

SOMMARIO

Pag. 2	Il corpo malato dell'Occidente
5	La società delle cattive maniere
8	Un ideogramma per guarire
11	Eros e Psiche, la medicina nel boudoir
14	Un tocco al polso durato millenni
17	Per una geografia delle erbe
20	Il dolore a piccole dosi
23	L'invisibile scienza dei Sérère
26	In equilibrio sulle vette dell'Himalaya
29	Danzando sulla via Lattea
32	Un tamburo per rompere i ghiacci
35	Doppie possessioni
38	Nei sogni di una levatrice
41	L'avventura della medicina "creola"

In Copertina: Un' antica stampa indiana

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo il giornale "Il Manifesto" da cui sono tratti gli articoli. Un grazie a Fabio e Rosaria per le fotocopie, a Emanuela e Alberto per la veste grafica e a Peppina da Letta (Antonietta), che ha permesso la realizzazione di questo numero mettendo a disposizione la casa.

La Redazione: Maura da Bianca, Maia da Peppina e Elena, isTERI da Rosaria, anTHEÓS da vioLETA e antiGONE*. autunno2613**.

DONNE E RAGAZZI CASALINGHI, dispensa di pratiche ludiche, n°G/f, autunno 2613 (2001)

Supplemento a AAM TERRA NUOVA, n°158 – Novembre 2001

Registrazione: Tribunale di Firenze, n°3287 del 13/12/1984

Direttore responsabile: Mimmo Tringale - CP 199, via Ponte di Mezzo 1 – 50127 FIRENZE

Movimento degli Uomini Casalinghi: c/o Legambiente – Gruppo d'Acquisto Città del Sole -via Padova, 29 – 20127 Milano – Tel. 02/28040023 – Fax 02/26892343 – e mail:movimentouomincasalinghi@hotmail.com

* Nota: Questi sono i nomi che ciascuna si è data. Una delle nostre pratiche per liberarci dall'ideologia patriarcale è l'autodeterminazione dell'identità fondata sulla riconoscenza verso la madre e chi si prende cura dell'infanzia. Per approfondire questa tematica rimandiamo alle pubblicazioni precedenti, in particolare "homo casalingus" [primavera 2601 (1989)].

** Nota: Facciamo partire l'anno nuovo dal 21 marzo, cioè dall'equinozio di primavera e la cronologia storica dalla fondazione del Tiaso di Saffo.

Per comprendere quest'altra pratica di liberazione dall'ideologia patriarcale invitiamo a leggere la pubblicazione: "Saffo e Carla Lonzi" (Quaderni dei ragazzi casalinghi n°10, primavera 2607-1995).