

# Di riti e di molecole

---

di  
**Stefania CONSIGLIERE & Antonio GUERCI**

DiSA - Dipartimento di Scienze Antropologiche  
Università degli Studi di Genova  
via Balbi 4, 16126 Genova, Italia  
telfax +39-010-2099745

## Sommario

L'occidente contemporaneo attua una sistematica rimozione del dolore, rendendolo invisibile socialmente e difficilmente articolabile. Esso, tuttavia, è parte importante dell'esperienza umana, come testimonia il numero e la varietà dei rimedi al dolore che ciascuna società ha sviluppato nell'arco del tempo.

## Parole chiave

Dolore; dualismo cartesiano; rimedio; etnomedicina.

## *Summary*

*Contemporary Western societies systematically remove pain, making it both invisible and hard to tell. However, pain is an important part of human experience, as proved by the many and varied remedies against suffering developed by every culture in every time.*

## *Key words*

*Pain; Cartesian dualism; remedy; ethnomedicine.*

## L'assente

Una ricerca sulla percezione del dolore non può permettersi, oggi, di fare a meno dell'antropologia. Non solo per ciò che essa ha da dire riguardo al "dolore degli altri", e alle risposte messe in atto per ridurlo o eliminarlo; ma anche perché è fra le poche discipline che, negli anni, ha saputo volgere i propri strumenti e i propri criteri anche all'uso della civiltà di provenienza. E anzi, l'antropologia mostra tutta la sua forza teorica proprio quando gira l'attenzione verso le terre d'origine, inducendo l'occidente a guardarsi finalmente con occhi straniati (Baer, Singer & Susser, 1997).

Ora, proprio da questo punto di vista - quello di chi si domanda quale sia la relazione dell'Occidente col dolore - si rileva un fatto a prima vista piuttosto sorprendente: l'Occidente contemporaneo opera oggi una rimozione pressoché totale del dolore. Alcuni dei fenomeni relativi (diffusione degli antalgici, tendenza alla medicalizzazione) sono noti già da tempo, e sono stati analizzati con molta finezza; ma mancano finora analisi in grado di unificare i diversi fenomeni di rimozione del dolore all'interno di una costellazione interpretativa autonoma.

Il dolore è rimosso dall'esperienza quotidiana, dalla coscienza individuale e, in generale, anche dai sistemi delle discipline scientifiche e sociali. L'approccio medicalizzato allo studio del dolore (che - si badi - non è proprio della sola medicina), pur efficacissimo e i cui risultati è impossibile sopravvalutare, perde in capacità esplicativa globale proprio perché si sforza di separare il dolore dalla trama culturale entro cui esso acquista senso alla stregua in cui la fisica separa i propri oggetti di studio. La complessità umana, tuttavia, mal si presta a operazioni di riduzionismo meccanicista (Le Breton, 1995). L'appiattimento di ogni forma di dolore sopra il dolore fisico, seppure comprensibile nei casi in cui si richieda un "intervento d'emergenza", è però deleteria se perseguita in ogni momento della vita. E se nel tentativo di ridurre il dolore al solo meccanismo fisiologico e sensoriale afferente la medicina finisce col perdere la possibilità di spiegare, e quindi di trattare, un gran numero di dolori (anche clinici), neppure le altre discipline hanno elaborato modelli convincenti.

Perfino la filosofia dell'ultimo secolo (con alcune eccezioni notevoli) sembra aver abbandonato qualsiasi tentativo articolato di dare senso e voce al dolore, preferendo in generale riorientarsi verso l'epistemologia, l'ontologia e l'etica formale (Elias, 1982). Si consideri tuttavia, a mo' di ironico contraltare, come in pari tempo tutte le forme di arte europea hanno espunto qualsiasi riferimento al piacere e alla felicità.

Per misurare l'estensione di questa rimozione, possiamo iniziare con un breve *détour*. Un'incursione rapida nei vocabolari rivela due fatti piuttosto interessanti. In primo luogo, il lessico del piacere e del dolore è, rispetto a tutti gli altri lessici riferiti a sensazioni o a emozioni, di una povertà sconcertante (Guerci & Consigliere, 2000). Si confronti, ad esempio, la precisione e la potenza che si possono avere nella descrizione dei colori, o nell'analisi delle emozioni, e la miseria del vocabolario del

dolore risulterà ancora più evidente. Perfino in ambito medico, dove pure una sistematica precisa delle modalità di dolore sarebbe estremamente utile, si è andati poco al di là di una scala quantitativa. Insomma, l'Occidente non ha parole per dire il dolore; chi soffre si trova di fatto isolato in una situazione tragicamente solipsistica.

Non solo; le poche parole che restano sono semanticamente "caricate" con un'opposizione concettuale tipicamente occidentale, ed estremamente resistente: quella fra il dolore fisico e quello spirituale. Perduta completamente l'antica associazione del dolore al male, alla colpa e all'espiazione (in tempi recenti, tuttavia, dacché resiste fino all'inizio del Novecento), l'unico snodo semantico contemporaneo attraverso cui è letta l'esperienza del dolore è la distinzione fra il dolore del corpo e la sofferenza dell'anima (Rey, 1993). Le definizioni di dolore e sofferenza formano però, in tutte le maggiori lingue europee, un circolo semantico - probabilmente ineludibile - in cui una rimanda all'altra. Non si tratta, qui, di prendere parte pro o contro tale opposizione, ma semplicemente di segnalarla e di indagarla: essa è talmente radicata nella mentalità comune d'occidente che è quasi impossibile riuscire ad aggirarla completamente (la medicina psicosomatica, ad esempio, ha dalla sua parte l'aver intuito precocemente come la partizione medica fra "fisico" e "spirituale" sia, per molti aspetti, eccessiva; e tuttavia, essa stessa si è poi trovata a riproporla *dentro lo stesso concetto di "psicosomatico"*).

Esistono quindi, secondo l'Occidente attuale, due sole modalità fondamentali di dolore: fisico e spirituale. Il primo è attivato dalla risposta di particolari recettori a modificazioni dell'ambiente esterno o interno al corpo fisico del soggetto; il secondo è causato dall'impatto sulla sua mente di eventi gravi e ineluttabili. Il debito (cosciente e incosciente) verso Cartesio è ancora abissale.

Questa bipartizione pone oggi, nel complesso, più problemi di quanti contribuisca a sciogliere. Almeno in teoria, sarebbe urgente oltrepassare la partizione, in vista di una migliore interpretazione e "cura" del dolore; un'esigenza di questo tipo è variamente espressa dal personale medico e, più in generale, dagli «operatori della salute», e di fatto sono in molti a operare in questa direzione. E tuttavia, l'esito (almeno quello attualmente visibile) è radicalmente diverso da quanto ci si potrebbe attendere, e sta prendendo al momento una piega piuttosto inquietante.

Invece di un superamento della partizione fra dolore fisico e dolore spirituale, ci si trova oggi di fronte a una sorta di «collasso cartesiano», che riduce tutto il dolore a un solo polo: quello fisico. Insomma, lungi dall'aver a disposizione strumenti più raffinati per l'analisi delle diverse forme di dolore, ci si ritrova oggi a descrivere anche i dolori dell'anima col vocabolario, le metafore e i criteri dei dolori del corpo. Ne deriva una sorta di monismo, fortemente riduzionista e monolitico, che tutto sommato sembra ancora più inadeguato del vecchio dualismo a descrivere un'esperienza tanto complessa quale quella del dolore. La ricerca si orienta verso la scoperta di precise cause fisiche esaustive anche per i dolori dell'anima, riducendo così il vivere umano

(e i suoi effetti realissimi sulla materia di cui è fatto il corpo) a una mera questione di funzionamento organico.

C'è senz'altro, in questo generale "silenzio" sul dolore, anche un aspetto soggiacente, ed estremamente positivo, che deve essere portato in piena luce: la farmacologia biomedica ha fatto moltissimo, nell'ultima metà del Novecento, per l'abbattimento del dolore, al punto tale che, oggi, molti antalgici sono comunemente in vendita nelle farmacie, e non necessitano di prescrizione medica (i cosiddetti farmaci OTC, dall'inglese *Over The Counter*). Parallelamente alla diffusione materiale, ha avuto luogo in Occidente anche una banalizzazione degli antidolorifici. L'aspirina, ad esempio, che era fino a qualche anno fa un farmaco "d'intervento", ha assunto oggi valenze diverse, fra cui si registra anche un uso preventivo rispetto al dolore: ancora poco diffusa in Italia, nell'Europa il consumo mattutino di aspirina, per prevenire i piccoli acciacchi dolorifici che possono insorgere durante il giorno, è in crescita.

## Risposte

Ogni società integra il dolore entro la propria visione del mondo; molti fenomeni culturali extra-occidentali sembrano avere a che fare con un preciso e contestuale addestramento al dolore; mentre in Occidente si assiste a un'imponente rimozione. Si sarebbe tentati, a questo punto, di azzardare un'interpretazione globale degli atteggiamenti di fronte al dolore, che fa corrispondere il silenzio dell'occidente ai miglioramenti farmacologici nella cura del dolore, e l'addestramento del resto del mondo con una necessità imprescindibile di sopportazione.

Quest'ipotesi, però, oltreché semplicistica, è anche sbagliata. Dal punto di vista antropologico ed esplicativo, sarebbe un errore gravissimo quello di leggere l'educazione alla sopportazione come l'unica risposta, o come la risposta principale, che le società umane hanno dato al dolore. Come fenomeno universale, il dolore ha innescato in modo altrettanto universale l'elaborazione di agenti in grado di lenirlo o, meglio ancora, di eliminarlo. Pertanto, se i successi della biomedicina permettono oggi agli occidentali di rimuovere il dolore (fisico) dal loro campo visivo, questo non significa affatto che altrove o in altri tempi non siano stati elaborati rimedi al dolore precisi, efficaci e puntuali. In breve, non bisogna confondere il successo tecnico con la primogenitura.

Le culture tradizionali di tutto il mondo hanno elaborato innumerevoli tecniche e farmaci contro il dolore. A questo proposito occorre però anteporre un'osservazione, ed esplicitare una cautela. Una logica solo apparentemente molto «scientifica» vorrebbe che le cure tradizionali fossero studiate secondo una partizione che distingue i farmaci "veri", empirici, sperimentali, dalla cialtroneria delle pratiche

magiche e dei riti. Ora, se una distinzione può - e deve - essere fatta fra la molecola e il rito, è solo in vista dell'esportabilità, e cioè della sua applicazione come farmaco per popolazioni diverse da quella che, prima, ha utilizzato *quella* cura per *quella* malattia. Evidentemente, una molecola agisce in Tibet come in Francia, un rito no. Ma, come già accennato sopra, la razionalità è cosa più ampia della scientificità, ed è quindi più opportuno, per l'antropologia medica, non separare artificialmente le cure in "buone" e "cattive", e fare invece riferimento a un concetto più ampio, che permette di leggere le «cure degli altri» senza svilirle e, al contempo, senza lasciarsene sfuggire la razionalità: quello di *rimedio*. I rimedi possono essere indagati come plessi unitari entro cui convergono elementi diversi, tutti potenzialmente o fattivamente rilevanti.

Si considererà quindi un rimedio contro il dolore qualsiasi pratica terapeutica (empirica, farmacologica, rituale, magico-religiosa, etc.) che permetta, attraverso l'azione su qualsivoglia meccanismo (fisiologico, psicologico, sociale, etc.), di superare il dolore. La sfida, per l'antropologia medica, è di riuscire a rendere evidente la razionalità terapeutica di pratiche apparentemente irriducibili alle categorie della biomedicina. Non solo: oltre ad apprezzare la razionalità altrui, si può andare ancora oltre e istituire quantomeno un confronto fra "ciò che sta attorno" alla cura, in occidente e altrove; non è detto che non ci sia per il cittadino occidentale, fra le pieghe di tanta razionalità, qualche sorpresa.

I rimedi *empirici* contro il dolore provengono naturalmente dall'habitat circostante la cultura che li elabora. Le strategie terapeutiche, insomma, riflettono accuratamente le caratteristiche climatiche, pedologiche, fitogeografiche e faunistiche - oltre, naturalmente, alle peculiari tipologie culturali e socio-strutturali (Guerci & Lupu, 1997).

I farmaci elaborati dalle culture tradizionali sono innumerevoli, anche in virtù dell'enorme numero di piante (ma anche di animali e di minerali) utilizzato. Vediamo qualche esempio, a titolo indiziario e assolutamente non esaustivo. Fra le piante tradizionalmente adoperate come antalgici, molte contengono principî (quali la *cumarina*) che, in applicazione esterna, causano iperemia e infiammazione, attivando quindi la circolazione; altre (quali la *capsaicina* contenuta nei peperoncini) provocano, quando ingerite, un vero e proprio dolore, stimolando quindi la produzione di endorfine. Queste, a loro volta, inducono uno stato di benessere, sollievo ed euforia. L'efficacia di questi principî antidolorifici risiede nella loro capacità di provocare un dolore di tipo differente, meglio controllabile e dagli effetti differenti.

Una famiglia di piante utilizzate in modo sostanzialmente convergente presso tutte le popolazioni per lenire il dolore è quella delle Solanacee, il cui stesso nome (che deriva da *solamen*, sollievo) testimonia dell'efficace azione antalgica di belladonna, mandragora, giusquiamo, stramonio, dulcamara e morella. L'indicazione sulla convergenza è molto più che una mera curiosità etnologica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ammette che, nella maggior parte dei casi, i rimedi tradizionali sono sicuri, specie se somministrati da terapeuti ben addestrati, e specie se lo stesso rimedio risulta essere usato alla stessa maniera da popolazioni diverse e non in

contatto fra loro. Si consideri inoltre che, sempre secondo le linee guida dell'OMS, laddove la sperimentazione chimico-clinica sulle molecole, condotta secondo i parametri biomedici, non sia disponibile, si può fare affidamento sull'uso tradizionale: la *Dottrina della Sicurezza Ragionevole* dell'OMS sostiene che un uso tradizionale, protratto per millenni in differenti contesti culturali, possa essere considerato sufficiente garanzia di efficacia e sicurezza per il suo impiego (WHO / OMS, 2000); in assenza di uso tradizionale si deve invece seguire la stessa legislazione che si applica ai farmaci. Insomma secondo la massima autorità mondiale sulla salute la sperimentazione non è solo quella che si conduce negli attrezzatissimi laboratori occidentali, ma anche quella che secoli di applicazione empirica portano con sé come un segnale tangibile di efficacia.

Per rendersi davvero conto di quanto i rimedi tradizionali non siano affatto pratiche esotiche, irrazionali o lontane dall'ipertecnologico occidente, vogliamo portare l'attenzione su pratiche a noi vicinissime, e che tuttavia difficilmente acquisiscono visibilità nella medicina contemporanea. In un'inchiesta etnomedica condotta nel 1996 nelle vallate dell'entroterra imperiese, uno dei rimedi proposti era presentato come una terapia contro la sciatica: si suggeriva di raccogliere molta ortica, farne un letto, e farvi poi sdraiare il sofferente.

Ma la varietà dei rimedi contro il dolore è paragonabile solo all'universalità della sofferenza stessa. Nella medicina tradizionale della Thailandia esiste uno strumento, detto Kroang Raksa Puat Langh, che viene impiegato nella cura dei dolori di schiena; esso consiste di due cunei in legno, attaccati fra loro, che il dolorante deve mettere sotto il materasso. Stando in posizione supina, ci si stende poi sopra l'apparecchio in corrispondenza della colonna vertebrale. La scomodità della posizione induce a fare continui movimenti di lateralità, che si traducono in una specie di massaggio e, anche, in una forma efficace di ginnastica (Scarpa, 1994).

Il rospo (*Bufo vulgaris*) è altresì un rimedio ampiamente utilizzato da diverse medicine tradizionali. Le analisi biochimiche hanno mostrato che il veleno del batrace contiene due principî attivi: la *bufotalina* e la *bufotenina*, che hanno poteri farmacologici. La *bufotalina* ha un'azione simile a quella della digitale, della uabaina, dell'*Adonis vernalis* e dell'adrenalina, e agisce sul cuore. La *bufotenina*, invece, agisce sul sistema nervoso e, secondo la dose, può essere tanto convulsivante che paralizzante. Essa ha inoltre spiccata azione analgesica ed è stata usata con successo nei dolori dei cancerosi, nelle artriti, nei pruriti e nell'epilessia.

In Madagascar, per calmare il dolore delle carie, si introduce nel dente guasto un sale, detto *shirazo*, ottenuto da un legno particolare. Nella medicina araba si fa ampio uso dell'assafetida, la gommoresina che si ricava dal rizoma della *Ferula communis*, come diuretico, vermifugo, emmenagogo e antalgico; si dice che calmi i dolori di ogni genere, specie quelli causati dalle morsicature di serpente.

L'*alilo*, che fa parte della medicina tradizionale del Togo, è una terra edule usata per alleviare i dolori di ventre. La geofagia è pratica diffusa nel mondo intero, e che ha valenze alimentari, profilattiche, curative e magiche; il bisogno di terra può essere provocato dalla carenza di particolari sostanze (i micronutrienti), o di sale, o di sostanze organiche; ma la terra viene mangiata anche per puro e semplice piacere. La valenza antidolorifica della terra deriva, nel caso di fame, dalla sensazione di pienezza che essa conferisce; e ha effetto lenitivo in talune affezioni gastroenteriche.

Concludiamo questa brevissima panoramica sui rimedi empirici col pepe di Cayenna (*Capsicum annuum*), ampiamente utilizzato nella medicina tradizionale dell'America del Sud. I semi e i frutti, tritati o interi, trovano impiego innanzi tutto come condimento, ma anche come medicina e per la cura del dolore. È stato sperimentato nel *delirium tremens*, nelle sindromi maniacali, nella polmonite degli alcoolizzati, nelle gastriti, nelle febbri intermittenti e nel trattamento delle emorroidi.

Gli ultimi due esempi sollecitano una importante riflessione etnomedica e medico-antropologica, di cui la biomedicina dovrebbe infine tenere il giusto conto. La separazione fra «ciò che si mangia» e «ciò che cura», la netta divisione fra il cibo e il farmaco, è, in questa proporzione, fenomeno esclusivamente occidentale, e tutto sommato piuttosto pernicioso. Esso deriva, in prima istanza, dalla diffusione e dalla fiducia accordata ai farmaci di sintesi, che certo non possono essere confusi con elementi alimentari. E tuttavia, ciò che si mangia ha sempre anche precise valenze terapeutiche, che si potrebbero sfruttare più di quanto sia fatto normalmente.

I rimedi rituali, invece, proprio per via delle cautele esplicitate sopra, devono innanzi tutto essere contestualizzati, poiché è solo all'interno di un preciso contesto di credenze - sia esso extraoccidentale o insediato nel cuore delle stesse metropoli terziarizzate - che le pratiche hanno un senso. Vale dunque la pena di rileggere quel che un secolo fa Mauss scriveva dei riti magici:

*Il mondo magico è popolato dalle attese successive delle generazioni, dalle loro illusioni tenaci, dalle loro speranze concretizzate in ricette. Esso, in fondo, è soltanto questo, ma è proprio ciò che gli conferisce una obiettività di gran lunga superiore di quella che avrebbe, se fosse solo un tessuto di false idee individuali, una scienza primitiva e aberrante. (Mauss, 1950, p. 143)*

In altre parole, ciò che comunemente è detto «magia» è l'effetto delle credenze di una comunità. Quanto queste credenze, e le attese a esse collegate, possano essere *fisicamente* efficaci si è già accennato più sopra. E per completare il quadro teorico possiamo fare riferimento a quanto affermato da Tobie Nathan (1996): niente vi è di magico in un rito "magico"; trattasi di un preciso tecnicismo, di una precisa

successione di gesti, atteggiamenti, strumenti prodotti dal terapeuta, che devono essere percepiti, in precisa sequenza, dal paziente.

Molti dei riti tradizionali o popolari hanno una precisa valenza antalgica. L'effetto antidolorifico, naturalmente, non è quello primariamente ricercato, né, probabilmente, è perseguito a livello cosciente; e tuttavia, la struttura stessa delle funzioni rituali induce nei partecipanti modificazioni che vale la pena di vedere più da vicino.

In molti riti tradizionali, coloro che vi prendono parte vanno incontro a una serie preordinata di stress e choc; la sequenza e i tempi assumono pertanto un'importanza primaria. L'ambiente che si crea nei luoghi rituali è ideale per ottenere un innalzamento della tensione psichica: l'implicita o esplicita sacralità del posto; la temperatura; l'aria satura di anidride carbonica per la presenza di numerose persone; i ceri, coi loro effetti di luce; l'odore di incenso; le litanie, col loro andamento suadente; i colori stessi dei paramenti. Inoltre, non è da escludere che la situazione emotiva in cui si trovano i fedeli possa agire a livello encefalico, determinando una modulazione di altissimo livello nella catena della percezione del dolore, attraverso il rilascio di serotonina ed endorfine, capaci di agire come potenti antidolorifici. Gli stessi meccanismi stanno alla base dell'efficacia delle danze rituali: il movimento fisico aumenterebbe infatti la formazione di adrenalina ed endorfine, e ciò permetterebbe a sua volta di sentire meno il dolore o la stanchezza delle battaglie, delle spedizioni di caccia o degli interventi chirurgici che alle danze di solito fanno seguito (Scarpa, 1988)

Un'altra varietà di pratiche tradizionali fortemente connessa alla ricerca di principi antalgici è quella legata alle sostanze in grado di modificare gli stati di coscienza. In generale, per la gran parte delle popolazioni umane l'utilizzo di droghe antalgiche, anestetiche, narcotiche, allucinogene risale a epoche lontanissime, e rientra pertanto nel costume tradizionale, che lo ha sempre codificato in modo complesso. Per rendersi conto della varietà delle droghe utilizzate, si può pensare alla coca dell'America del sud, o all'oppio, diffusissimo in Europa e in Asia nel secolo scorso; ma anche, e forse in modo ancor più interessante, alle sostanze che il *brujo* messicano ottiene dalla *Psilocybe*; al *vinho de Jurema* che i Pankararùs del Brasile ottengono dalle radici della *Mimosa hostilis*; ai *frijolitos* che gli indiani del Messico preparano con i semi rossi della *Sophora secundiflora*; all'uso della *Banisteriopsis caapi* nell'Est della Colombia, in Ecuador, Perù e Bolivia; al peyote (*Lophophora Williamsii*) e al San Pedro (*Trichocereus Pachanoi*) del Perù; e ancora, in base alle notizie storiche, alla *Salvia divinorum* degli Aztechi, alla soma (pianta non identificata, forse l'*Amanita muscaria*) degli antichi Aarii conquistatori della valle dell'Indo; alla belladonna (*Atropa belladonna*), al giusquiamo (*Hyoscyamus niger*), allo stramonio (*Datura stramonium* L.), all'*Anadenanthera peregrina*, alla *Virola calophylla*, alla *Rivea corymbosa* (*ololyuqui* in Nahuatl), e così via.



## Riferimenti bibliografici

- Baer H.A., Singer M., Susser I., *Medical anthropology and the world system. A critical perspective*, Bergin & Garvey, Westport (Connecticut) & London, 1997.
- Elias N., *La solitudine del morente*. Il Mulino, Bologna, 1982.
- Guerci A., Consigliere S., «Il dolore tra biologia e cultura», *Soma*, 2, 2000, pp. 5-20.
- Guerci A., Lupu F. (a cura di), *Healing, yesterday and today. Tomorrow? Proceedings of the 3rd European Colloquium on Ethnopharmacology and 1st International Conference on Anthropology and the History of Health and Disease*, Erga Multimedia, Genova, 1997.
- Le Breton D., *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Paris, 1995.
- Mauss M., *Sociologie et anthropologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950. (Tr. it. *Teoria generale della magia*, Einaudi, Torino, 1991).
- Rey R., *Histoire de la douleur*. Éditions de la Découverte, Paris, 1993.
- Scarpa A., *Etnomedicina. I fattori psicosomatici nei sistemi medici tradizionali*. Red, Como, 1988.
- Scarpa A., *Itinerario per la visita al Museo di Etnomedicina*, Erga Edizioni, Genova, 1994.
- WHO / OMS, *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. WHO/OMS, Geneva, 2000.

Questo documento è pubblicato sotto licenza **Creative Commons Attribuzione-Non commerciale 2.5**; può pertanto essere liberamente riprodotto, distribuito, comunicato al pubblico e modificato; la paternità dell'opera dev'essere attribuita nei modi indicati; non può essere usata per fini commerciali. I dettagli legali della licenza sono consultabili alla pagina <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/deed.it>

