

# Forme della crisi

La costruzione di un umano, 7

## Stefania Consigliere

Università degli Studi di Genova  
DISFOR, Sezione di Antropologia  
via Balbi 4 – 16126 Genova

### Riassunto e riapertura del problema

Riprendo rapidamente il discorso che questa serie di articoli va sviluppando, in vista del tema – per molti aspetti cruciale – che proverò a sviluppare in questa penultima puntata. A partire dall’emergere dell’indeterminato al cuore della scienza *hard* per eccellenza, la fisica [puntata n. 1], abbiamo cercato le piste che, nelle contemporanee scienze della vita, aprono al molteplice (dall’epigenetica all’evo-devo, dall’etologia alla primatologia) [puntata n. 2]. Ne abbiamo ricavato l’impossibilità di stabilire delle gerarchie fra i viventi, ciascuno dei quali impegnato a seguire la propria pista evolutiva, irriducibile alle altre [puntata n. 3]; e la presenza, nella nostra specie, di un notevole grado di indeterminatezza biologica, che abbiamo esplorato nelle sue origini filogenetiche [puntata n. 4] e nelle sue manifestazioni ontogenetiche: per produrre un adulto la nostra biologia ha bisogno di essere integrata da un contesto culturale, e questo agisce, attraverso un profondo processi di plasmazione, tanto sul “fisico/biologico” [puntata n. 5] quanto sullo “psichico/culturale” [puntata n. 6].

La variabilità delle cosmovisioni e delle forme di umanità che ne sono portatrici non è dunque un dato accidentale ma dipende dalla storicità della nostra traiettoria. Ed è proprio, e solo, a partire da ciascuna specifica cosmovisione che si può discutere di salute e malattia – da intendersi tuttavia, come vedremo, in un senso leggermente diverso da quello usuale.

Alla stregua di qualsiasi altro fenomeno umano, salute e malattia andrebbero considerate come fenomeni storicamente determinati: non qualcosa che “per natura” si abbatte sugli umani, come nella nostra visione della malattia, né qualcosa che ciascuno avrebbe in dotazione, una specie di tesoretto da far fruttare, come nella nostra visione di salute. Piuttosto, esse si presenteranno come stati variabili, dai confini mobili, il cui senso e il cui valore (e la cui stessa esistenza) risultano infine irriducibili a un dato astratto e universale.

Da un certo punto di vista la prospettiva non è così inaudita: da diversi decenni siamo abituati a considerare, nell’analisi dei fattori che determinano salute e malattia, anche la coevoluzione degli organismi patogeni (evoluzione filogenetica, processi di adattamento agli antibiotici ecc.); e più di recente la cosiddetta *medicina darwiniana* ha prepotentemente portato alla ribalta dell’attenzione pubblica i temi legati all’evoluzione della specie nel tempo e al suo adattamento, più o meno efficace, ai diversi contesti [Donghi 1998]. E tuttavia, queste prime aperture s’incentravano ancora solo sulla storia naturale, dando per scontato – fra le altre cose – che quando si parla di “salute” e “malattia” tutti intendano più o meno le stesse cose; che, dunque, salute e malattia siano fenomeni assoluti, che si presentano ovunque nelle stesse forme riconoscibili. Così non è. Vale la pena, per entrare nel discorso,

ripercorrere la storia della disciplina più immediatamente coinvolta coi temi in questione: l'antropologia medica.

### **Breve storia di una disciplina di frontiera**

L'antropologia medica è il settore della ricerca antropologica che studia i fattori che causano, mantengono o contribuiscono a situazioni di malattia all'interno delle popolazioni umane, e le strategie e le pratiche che le diverse comunità umane hanno sviluppato al fine di rispondere alle malattie stesse [Baer, Singer & Susser, 1997]. Essa si occupa tanto delle malattie "fisiche" quanto delle malattie "psichiche", e nella sua storia le ricerche sulla salute mentale hanno svolto un ruolo cruciale. Per rendersi conto della vastità del campo d'indagine, basti qui ricordare che l'80% degli abitanti del pianeta fa ricorso, quando malato, ai rimedi della medicina tradizionale [Farnsworth & Sojearto 1989]; e che, contro la nostra propensione a proiettare ovunque la nostra forma di umanità e le sue strategie, la medicina ayurvedica in India e la Medicina Tradizionale Cinese in Cina vengono insegnate a livello universitario.

L'antropologia medica nasce negli anni Cinquanta del Novecento alla confluenza fra antropologia biologica, medicina ed etnologia, e nell'ambito della vasta corrente politica e sociale che, al termine della seconda guerra mondiale, aprì la questione della salute pubblica globale e internazionale. Il clima generale era di ottimismo e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, fondata nel 1948, assunse un deciso ruolo di guida istituzionale, promuovendo una serie di azioni, ricerche e risoluzioni decisamente innovative e all'avanguardia. A questo periodo risale anche la celebre definizione della salute come «non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità, ma il completo benessere fisico, psichico e sociale» [WHO-OMS 1978]. È fin troppo facile oggi, "col senno di poi", criticare questa definizione: resta il fatto che nel riunire nella stessa frase la dimensione fisica, quella psichica e quella sociale, l'OMS promuoveva un ragionamento globale sui determinanti di salute e apriva le porte a un'analisi non solo medica, ma propriamente antropologica, della salute e delle malattie.

Coerente con questa definizione, la politica dell'OMS si sviluppò negli decenni seguenti nella direzione di un dialogo possibile fra medicina occidentale moderna, o biomedicina, e sistemi di cura locali, e nell'ottica globale di un programma ambizioso che prendeva il nome di «Salute per tutti nell'anno 2000». In questo contesto politicamente così attento l'antropologia medica si trovò rapidamente a confrontarsi coi limiti della cosmovisione occidentale. Essa riprodusse al proprio interno, in tempi accelerati, la medesima schizofrenia che caratterizza a livello generale l'antropologia tutta [v. puntata n. 1], ciò che la portò a rilavorare le premesse stesse della propria impostazione, con una critica accurata e spesso straniante delle parole e dei concetti apparentemente più scontati, quali "corpo", "psiche", "salute", "malattia", "terapeuta".

Tre grandi modalità teoriche si sono susseguite nel percorso dell'antropologia medica. La prima, nota come *teoria ecologica*, poggia sul concetto di adattamento – biologico e culturale, individuale e di gruppo – all'ambiente circostante; la salute è valutata come misura di un adattamento ambientale efficacemente realizzato e studiata attraverso modelli ecologici [Alland 1970, McElroy & Townsend 1989]. Si parte dunque dalla descrizione, quanto più dettagliata possibile, dell'ecosistema all'interno del quale si muove la popolazione in analisi, nei suoi elementi biotici (i predatori, i cibi disponibili, i vettori di malattia, ecc.); abiotici (il clima, l'energia disponibile, i materiali, ecc.); e culturali (l'organizzazione sociale, le tradizioni terapeutiche, le pratiche igieniche ecc.). In questo quadro, salute e malattia dipendono dalle relazioni fra i differenti elementi dell'ecosistema: laddove la salute testimonia dell'avvenuta integrazione degli elementi, la malattia è invece causata dal disequilibrio – temporaneo o strutturale – delle diverse componenti. Una modificazione nell'equilibrio climatico, ad esempio, può causare carestie, che a loro volta influiranno in maniera diretta sullo stato di salute della popolazione; di

converso, un'innovazione tecnologica, modificando la quantità energetica richiesta per un lavoro o rendendo possibile applicazioni fino ad allora mai tentate, può migliorare l'equilibrio della popolazione con il proprio ambiente e quindi migliorarne anche lo stato di salute globale.

Concettualmente opposta a questa, la *teoria culturale* interpreta la malattia non già come un'entità oggettiva facente parte del mondo fisico (o comunque derivante dalle relazioni fra gli elementi del mondo fisico), ma come un modello esplicativo che, attraverso precise azioni interpretative entro sistemi culturali di significazione, aggrega fenomeni disparati (i *sintomi*) e li riunisce entro un'entità unica e nominabile: la *malattia*, appunto [Kleinmann 1980; Kleinmann 1995]. In questo quadro la malattia è conoscibile, tanto dal paziente quanto dal medico, soltanto attraverso una serie di azioni interpretative che presuppongono modalità particolari e culturalmente specifiche di interazione fra biologia, pratiche sociali e sistemi culturali di significazione. Nel rifiutare la malattia come ente autonomo del "mondo circostante", la teoria culturale rende ragione, ad esempio, delle differenze concettuali che separano l'anatomia sviluppata dalla medicina occidentale da quella sviluppata nella medicina cinese; della varietà di diagnosi presenti nelle diverse medicine tradizionali; e delle interazioni fra la costruzione nosologica medico-professionale, la valutazione del paziente, e il vissuto individuale e di gruppo della malattia. Questa corrente ha sviluppato pregevoli analisi delle cosiddette *culture-bound syndromes*, quadri patologici che si presentano quasi esclusivamente presso alcuni popoli o in alcuni momenti storici, ed ha avuto un ruolo fondamentale nello studio trans-culturale della sofferenza mentale.

Nell'ambito della teoria culturale è poi stata condotta un'analisi del concetto di "malattia" che ha fatto storia per tutta l'antropologia (non solo medica) successiva. Sfruttando il vocabolario inglese, la "malattia" è stata scomposta in tre entità: *disease*, *illness* e *sickness*. Cominciamo da *illness*, ovvero dalla malattia per come è presente nella coscienza individuale e per come viene esperita: è il male che ho addosso, quello che mi sento, il dolore che provo o il disagio che mi condiziona; della *illness* fanno parte tutte le deviazioni dal funzionamento "normale" che indicano a un soggetto la presenza di una malattia. La *illness* è poi anche la descrizione che il paziente è in grado di fornire al terapeuta e che il terapeuta deve interpretare per poter stabilire una diagnosi: ovvero, per identificare una *disease*. *Disease* è la malattia in quanto sindrome, per come viene concettualizzata nel sistema terapeutico di riferimento: essa è dunque un'entità nosografica e nosologica precisa, individuata da un insieme di tecniche e definita entro un vocabolario specialistico e un sapere codificato, e ha sempre a che fare con un sistema di astrazioni, e cioè con una casistica e con un'interpretazione. Porre una diagnosi e stabilire una cura significa dunque, pressoché ovunque, passare da una *sickness* a una *disease*, da un'esperienza disagevole a un'interpretazione quanto più precisa possibile: atto specializzato, che solo un terapeuta formato può effettuare. *Sickness*, infine, è la malattia di qualcuno per come essa viene percepita, vissuta e presa in carico dagli altri membri della comunità, dall'ambiente sociale del malato. Dalla famiglia, dunque, in prima battuta; ma poi anche dall'organizzazione più ampia di una comunità. Alla *sickness*, pertanto, si riferiscono tutti i dispositivi sociali di presa in carico, che si tratti di pellegrinaggi organizzati, di mobilitazione di un intero villaggio attorno a un rito di guarigione o dei protocolli di funzionamento di un sistema sanitario nazionale.

La terza teoria dell'antropologia medica, nonché l'ultima in ordine di tempo, è quella *critica*. Essa sostiene che l'ineguaglianza sociale e i meccanismi di potere e sfruttamento costituiscono fattori primari nella determinazione della salute, e quindi anche delle malattie, del loro decorso e della loro epidemiologia [Baer & al. 1986; Baer & al. 1997]. La forza critica di quest'approccio non investe solo l'inquadramento generale della disciplina, ma ha spesso chiamato in causa i presupposti impliciti di molta ricerca medica e antropologica. Secondo questa prospettiva, infatti, non è sufficiente studiare problemi sanitari specifici separandoli dal contesto sociale generale, né si può limitare l'analisi all'interazione, culturalmente determinata, di paziente e guaritore. Studi locali che non prendano in

considerazione il contesto generale finiscono infatti per minimizzare o nascondere le condizioni ambientali, occupazionali, economiche e, in breve, politiche, che determinano l'insorgenza e il successivo decorso delle patologie [Young 1982; Scheper-Hughes & Lock 1987; Baer *et al.* 1986]. Le malattie, quindi, non dipendono solo dall'equilibrio ecologico, né sono solo costruzioni culturali, ma presentano precise correlazioni con le relazioni sociali ed economiche fra gruppi e classi; e queste, a loro volta, dipendono direttamente dalle forze che dirigono la politica e l'economia mondiali [McElroy & Townsend, 1989]. Un paio di esempi. In Africa la malaria, diffusa ma relativamente isolata fino a un secolo e mezzo fa, si è espansa insieme alla modernità, in parallelo con il reticolo delle strade asfaltate; e non vi è nulla di naturale nella mortalità infantile per disturbi gastroenterici in luoghi dove le politiche nazionali e internazionali decidono di non costruire acquedotti; né nella mortalità differenziale nelle diverse professioni; né nella correlazione fra la media di anni di vita e la classe sociale. Per i medici che hanno rifiutato di essere semplici gestori della salute dei loro pazienti, l'insieme di questi dati ha agito, e continua ad agire, come un vero e proprio richiamo alle radici etiche della loro professione: non c'è cura possibile in una società che continuamente produce la patologia da curare; malattia e strutturazione del mondo non possono essere separate [Marmot 2004, 2005].

### **Dall'aspirina alla cosmovisione (e ritorno)**

Proprio da qui prendiamo le mosse per fare un passo ulteriore, che appunto è quello che caratterizza le più interessanti riflessioni dell'antropologia contemporanea. Oggi ci troviamo a valle di molta e raffinata ricerca: sia di campo, nell'incontro con altre culture e altri modi di stare al mondo, che di ripensamento critico dei presupposti della nostra stessa cosmovisione. Il quadro generale nel quale ci muoviamo è molto meno saldo (ma anche, molto meno rigido e monolitico) rispetto a qualche decennio fa e, se ci lascia assai più dubbiosi sulla possibilità di "ridurre" l'alterità al già noto, non ci lascia però del tutto sprovvisti di strumenti analitici e critici che permettano di orientare l'incontro fra noi, in quanto rappresentanti della cultura occidentale moderna, e i rappresentanti di altre culture.

In particolare, è stato notato che nel cuore di ogni cosmovisione, e cioè nel cuore di ogni cultura, si trova sempre una sequenza di elementi tra loro fortemente connessi ed omogenei, che lega la cosmologia, gli ideali di salute, le forme delle malattie e le modalità di cura. Che si cominci dall'inizio o dalla fine, la sequenza si tiene: dalla cosmologia si possono dedurre le forme delle malattie; dalle modalità di cura si può risalire agli ideali di salute; e via dicendo. Ne deriva che attraverso il più semplice gesto terapeutico – quale può essere, da noi, la prescrizione di un farmaco di uso corrente – passa un'intera cosmovisione. E che non c'è gesto di cura, né malanno, che non dipenda nella sua insorgenza, nel suo decorso, nel suo senso e nel suo esito dal contesto culturale in cui trova spazio, forma e limite.

Per comprendere questo punto possiamo partire dalla cosmovisione nostra, quella che tutti noi occidentali contemporanei abitiamo, e provare a denaturalizzarla – ovvero, a percepirla non più come un dato di fatto oggettivo del mondo, ma come una precisa costruzione storica e culturale. In particolare, ci soffermeremo su due nodi concettuali che agiscono come cartine di tornasole: quello relativo al *soggetto* di salute e malattia, e quello relativo ai *modi* della malattia.

Come molti storici, filosofi e archeologi hanno notato, la cultura occidentale moderna è imperniata sul concetto di *soggetto individuale* [Kaufman 2004, Singleton 2004]. Dalla Rivoluzione Francese in poi, tutto il nostro sistema filosofico ruota attorno al cardine concettuale costituito dall'individuo autonomo, autosufficiente, razionale, nel pieno possesso delle sue facoltà, egoista (nel senso di "mirante esclusivamente alla massimizzazione del proprio interesse") e portatore di diritti. Singleton [2012] parla, per la nostra cultura, di impostazione *egologica*: tutto quanto l'impianto della vita collettiva – la morale, il diritto, le relazioni ecc. – parte dall'io del soggetto singolo, inteso nella sua autonomia e completezza, e ad esso infine ritorna. Il benessere del singolo soggetto umano nella sua autonomia risulta, in tal

modo, prioritario rispetto a qualsiasi altra istanza: è prioritario, ad esempio, rispetto al consumo delle risorse naturali, o rispetto agli interessi delle comunità (notiamo, di passaggio, che alcune correnti dell'ecologia contemporanea stanno appunto indagando questo nesso, e affermano che non c'è modo di sviluppare discorsi e approcci davvero rispettosi della "natura non umana" senza mettere in questione alcuni degli assunti fondanti del pensiero occidentale [Devall & Sessions 1985]). Non a caso, nella nostra cosmovisione l'ideale di salute coincide con uno stato di benessere *individuale*. La salute (dal latino *salus*, salute e salvezza) è infatti l'esser sano, integro e salvo del singolo soggetto nella sua individualità; è quello stato di «completo benessere» che, come tale, può pertenerne solo al singolo. Di converso, è malato chi è *male aptus*, mal'atto, inadatto: la malattia è l'impossibilità del singolo di rispondere a ciò che gli viene richiesto dallo statuto di soggetto. In entrambi i casi il cardine è il soggetto individuale: soggetto della salute e della malattia nonché bersaglio primo, e quasi sempre unico, dell'azione terapeutica.

Le forme della malattia, per loro parte, ricalcano una volta di più la secolare separazione di natura e cultura, corpo e anima, che caratterizza nel profondo la cosmovisione occidentale. La malattia organica è quella che colpisce la sfera naturale, il corpo; la malattia dell'anima, o della psiche, è quella che fa capo alla componente immateriale del soggetto. Entrambe richiedono l'intervento di una precisa figura terapeutica: il medico, con le sue diverse *specializzazioni*, per le malattie del corpo; lo psicologo, con i suoi diversi *indirizzi*, per le malattie dell'anima. Lo stesso atto terapeutico è, nei due casi, profondamente differente: mentre infatti il corpo, scomponibile in organi o in processi, viene lavorato con gli stessi strumenti che s'impiegano nella lavorazione della materia (attrezzi meccanici, chimici, manipolatori), la psiche, non scomponibile, richiede invece l'accesso all'intangibile dimensione interiore e una lavorazione globale e molto più incerta.

I successi – a tratti spettacolari – della medicina organica sono stati per lungo tempo presi a modello per ogni strategia di cura: la storia della neuropsichiatria otto-novecentesca testimonia di un lungo sforzo per connettere le malattie della psiche con precisi disfunzionamenti dell'organo-cervello, uscendo così dall'indeterminatezza che accompagnava le diagnosi e, di conseguenza, le terapie. Ostinatamente perseguito, questo tentativo si è sempre risolto in un fallimento, che neppure l'arrivo degli psicofarmaci, negli anni Cinquanta, ha revocato: qualcosa, nel disagio mentale, continua a resistere alla riduzione naturalistica [Pignarre 2003; Coppo 2005]. Più di recente, gli sforzi – pur generosi – per superare questa partizione fondante, non sono mai davvero usciti dagli assunti che la fondano: la medicina psicosomatica, che ha provato a legare sintomi fisici e sintomi psichici, si chiama, appunto, *psico-somatica* e riafferma a monte, nel suo stesso nome, la partizione che a valle cerca di smorzare.

La centratura attorno al soggetto e la categorizzazione delle malattie secondo la partizione natura/cultura delineano quella che, sotto moltissimi profili, è un'impostazione efficace e potente: dall'aspirina alle vaccinazioni, dalla chirurgia agli antibiotici, ciascuno di questi elementi ha dimostrato una specifica potenza di cura, di prevenzione, di risoluzione delle nostre malattie. Perché, allora, prendersi la briga di rimetterne in questione i presupposti?

Per cominciare, perché – come tutti gli altri – anche questi presupposti nascono da una storia e sono quindi destinati, prima o poi, a essere sostituiti da altri. Nella stessa parabola occidentale salute e malattia hanno avuto, per lungo tempo, significati assai diversi da quelli ora in uso, meno legati allo stato del singolo individuo e più connessi con la dimensione collettiva: la salute era, nel Medioevo, soprattutto la salute dell'anima, ovvero ciò che oggi chiamiamo *salvezza*; e per molti secoli l'esperienza della malattia ha avuto un ruolo fondamentale nell'etica.

Inoltre, e significativamente, ciò che oggi viene a mettere in crisi il modello-base della biomedicina occidentale è un'insoddisfazione diffusa, che si manifesta tanto fra i pazienti quanto fra gli operatori. La situazione che si presenta è di enorme complessità e per renderne ragione servirebbe un intero libro. Qui basti accennare alla crescente popolarità, in anni recenti, di medicine e terapie alternative e non

convenzionali; alla recente accettazione, da parte dell'establishment medico, di alcune di queste forme terapeutiche all'interno degli ambulatori e dagli ospedali; al rifiuto, da parte di un certo numero di medici, di essere semplici "riadattatori" degli individui malati a condizioni di per sé patologiche; e all'inadeguatezza che molti operatori provano di fronte ai pazienti migranti, alle nuove "patologie del vuoto" [Recalcati 2010] e all'ampliamento della richiesta di cura e di salute.

Queste spinte hanno costretto la medicina contemporanea ad aprirsi al *pluralismo medico*. Esso si basa oggi, grosso modo, sulla verifica empirica dell'efficacia delle terapie: se una terapia "alternativa" dimostra di funzionare secondo i criteri di funzionamento della biomedicina, allora può essere accettata come valida. La discussione, semmai, riguarda il modo della verifica: se ciò che "funziona" siano i farmaci impiegati (nel qual caso bisognerà testarne l'azione chimica: vedi le discussioni sulla fitoterapia e, molto più accese, quelle sull'omeopatia); o se ciò che "funziona" sia il sistema terapeutico nella sua globalità, per come prende in carico un paziente (nel qual caso bisognerà verificare, in primo luogo, gli effetti terapeutici e i benefici esperiti dai pazienti). "Connessione psicosomatica" e "effetto placebo" sono, in questi terreni, concetti cardine: talune forme di terapia, infatti, sembrano agire secondo principi differenti da quelli che informano la biomedicina e sui quali, giustamente, la comunità scientifica s'interroga.

Nel suo complesso, la situazione è altamente potenziale e di conseguenza pericolosa: fra l'insoddisfazione per la biomedicina e l'entusiasmo per i sistemi terapeutici altri si rischia di perdere in capacità critica – e della capacità critica e discriminante un vero pluralismo medico-terapeutico non può fare a meno. Così come il mero fatto di essere "altra" non garantisce in alcun modo l'efficacia di una terapia, così il fatto che la nostra visione del mondo, della salute e della malattia manifesta oggi segni di crisi non dev'essere letto come una campana a morto. Ogni cosmovisione, e quindi anche ogni sistema terapeutico, ha i suoi punti di forza e i suoi punti di debolezza; ciascuno risolve brillantemente alcune questioni mentre si rivela incapace di affrontarne altre. Ciò vale per il nostro così come per qualsiasi altro. Il nodo, semmai, sta altrove: sottile da comprendere perché richiede di dismettere ogni presunzione di verità e di rinunciare alla naturalezza delle nostre categorie.

### La crisi e le sue forme

Se già all'interno della nostra cultura sono storicamente presenti diverse declinazioni di "salute" e "malattia", cosa succede quando il confronto viene portato a livello antropologico? In quanto storici, né il nostro concetto di malattia, né le categorie nosologiche che impieghiamo dispongono di una forza esplicativa assoluta, e non possono essere impiegati senza cautele nell'analisi dei disordini che insorgono presso altre popolazioni o in contesti radicalmente diversi da quello che noi abitiamo. Si tratterà allora, in questo caso, di ricomprendere gli stessi concetti di salute e malattia entro un quadro più ampio che, nell'accomunarli ad altri eventi che si presentano altrove, ne sposta leggermente il senso.

Ogni cosmovisione, abbiamo visto, è una forma di ordinamento del mondo e dei soggetti che dovranno abitarlo, e che devono continuamente trovare nel mondo che li circonda conferme delle loro aspettative più profonde. Ogni cosmovisione dispone dunque di una sua coerenza, di un suo regime di funzionamento; finché tale coerenza si mantiene, le cose, per così dire, "vanno come devono"; quando, per qualsiasi ragione, il funzionamento normale s'incepisce, si presenta un *disordine*.

Ciò che in Occidente chiamiamo *malattia* fa parte della più generale categoria dei *disordini*, eventi o situazioni in cui uno o più ordinatori non sono rispettati, o non sono più operativi, e ai quali bisogna rimediare. La questione non è solo di vocabolario: mentre "malattia" fa riferimento, nel nostro lessico moderno, a una categoria di fenomeni assai specifici e codificati (in sintesi, a un malfunzionamento individuale nella "natura biologica" o a una sofferenza nella "psiche immateriale"), "disordine" ha il

vantaggio di individuare una classe più ampia di eventi e di fenomeni, che possono riferirsi tanto a ciò che noi chiamiamo natura quanto a ciò che chiamiamo cultura; che possono riguardare tanto il singolo individuo quanto interi gruppi (e finanche l'intera collettività); e che rimandano, nella loro essenza, allo sgretolarsi della strutturazione di un mondo e dei suoi abitanti.

La malattia è il modo precipuo in cui il disordine si manifesta nella nostra cosmovisione moderna e contemporanea, ma non ne è l'unico modo. Interpretarla come declinazione del disordine ci permette di affrontare un'area fondamentale dell'esperienza umana: quella della *crisi*. La crisi è il venir meno dell'ordine consueto e fragile delle cose, il presentarsi – nel mondo, negli individui o in entrambi – di un disordine che turba il regolare andamento delle cose e che mette a rischio la presenza. Nella crisi il funzionamento ordinario s'incepisce e un soggetto, o un'intera cultura, si ritrovano esposti al rischio [de Martino 1977].

Alcune crisi fanno parte della traiettoria biografica: la fragilità della prima infanzia; la transizione all'età adulta; il matrimonio; l'accesso alla genitorialità; l'esposizione alle crisi e alla morte di altri. Per questi momenti critici le culture dispongono solitamente di risposte già pronte e di comprovata efficacia, messe a punto nei secoli della loro storia e attivabili nell'ambito quotidiano (si pensi, ad esempio, alla presa in carico familiare della gran parte delle piccole malattie, o alla particolare attenzione che si presta agli individui che stanno attraversando fasi esistenziali delicate).

Altre crisi, meno comuni o più acute, rappresentano un rischio più grave e di solito non sono gestibili nella dimensione quotidiana. Esse richiedono pertanto l'intervento di esperti, "tecnici" iniziati ai saperi relativi alla crisi e al passaggio fra la dimensione ordinaria (la normalità, la salute, l'ordine del mondo) e quella non ordinaria (la malattia, la fragilità, la violazione dei precetti, il disordine nei cicli ecc.). Talora (ma è caso raro), l'operazione di messa in forma e di risoluzione dei disordini, inclusi quelli più critici, non è appannaggio dei soli esperti ma riguarda tutta la popolazione nel suo complesso: è il caso degli Urarina del Perù e di alcune popolazioni nomadi, nelle quali ciascun individuo è tenuto a conoscere malattie e rimedi, e ad accumulare conoscenza terapeutica nel corso della vita. Più spesso, tuttavia, la presa in carico della crisi è affidata a figure particolari, detentori del sapere sulla cura: i terapeuti, appunto, chiamati a ripristinare l'ordine. Questi esperti sanno delimitare e abitare degli spazi particolari, separati da quello ordinario e destinati a un'operazione che è ovunque delicatissima e cruciale: gli spazi della cura. Lo spazio della cura è il luogo, culturalmente definito, in cui all'esperto è possibile osservare il disordine che gli viene portato (*diagnosi*); identificarne le cause (*eziologia*); e intervenire, coi mezzi a sua disposizione, per riportare l'ordine (*terapia*).

Questo, infine, è il punto cruciale: le crisi che si presentano nei diversi contesti dipendono – nella loro forma, nella loro insorgenza e nella loro risoluzione – dalla visione del mondo operante in quel contesto, dal tipo particolare di "ordine" che quella cultura pratica. Il disordine si manifesta in funzione dell'ordine e non come categoria assoluta (si può pensare, qui, ai corsi e ai ricorsi della nosologia nostrana; alla comparsa e scomparsa di malattie in base al momento storico e al tipo di relazioni sociali; alla relazione fra gli strumenti diagnostici o le molecole disponibili e la definizione delle sindromi). Perfino il disordine, dunque, tende a presentarsi secondo modi noti, conformi alle categorie profonde della cultura in cui si manifesta. Si tratta di un punto teorico difficile, che va contro il senso comune occidentale e che tuttavia segue in modo logico da quanto visto in tutti i precedenti articoli.

In Occidente, abbiamo detto, siamo programmati per manifestare individualmente la crisi secondo due assi: quello somatico e quello psichico. Ci ammaliamo nel corpo o, alternativamente, nell'anima ed è molto raro che la crisi si presenti in noi secondo categorie che non sono immediatamente riconducibili all'uno o all'altro dei due assi. Quest'impostazione duale, il tipo di enti che essa fa esistere e il tipo di interventi che richiede fanno parte in modo strutturale del collettivo che ci ha plasmato e del nostro essere soggetti. La divisione fra corpo e mente è per noi *fondante*; non è qualcosa che *crediamo* o che

opiniamo, ma qualcosa che *sentiamo*, che agiamo e da cui siamo agiti, che incarniamo: nessuno esita fra il chirurgo e lo psicologo né in caso di appendicite, né in caso di tristezza prolungata.

E non solo siamo costruiti in modo da non esitare fra professionisti della natura (medici, chirurghi, neurologi) e professionisti della cultura (psicologi, alcuni psichiatri, consulenti filosofici), ma, ancor più profondamente, siamo costruiti in modo da manifestare crisi che rientrano senza attrito in uno solo dei due diversi contenitori. Alle nostre spalle quasi tre millenni di civiltà ci hanno fatti per dipendere da questo principio, per poggiarvi sopra come si poggiano i piedi sulla terra per camminare. Esso non è dunque scelta arbitraria, un capriccio culturale che potrebbe facilmente essere dismesso e sostituito con una nuova "moda" antropologica: la visione del corpo e delle parti che lo compongono è ovunque uno degli assunti culturali più fondamentali, vero e proprio trave portante nella strutturazione dei soggetti.

Costruiti secondo questa partizione, l'intera struttura del sistema antropologico occidentale ce la riconferma a ogni passo, rendendola quindi, per noi, un'*evidenza*. Si tratta però di un effetto ottico: poiché tutti, attorno a noi, si ammalano o nel corpo, o nella psiche; e poiché per la loro sofferenza sono immediatamente disponibili dei terapeuti specializzati per uno solo dei due assi, ne desumiamo che il presentarsi della crisi in queste forme sia alquanto di naturale. Si tratta di un *idiotismo* (ovvero, etimologicamente, dell'errore tipico in cui incorre chi parla una sola lingua). Altrove nel mondo e nel tempo, altre culture hanno elaborato topologie differenti, che ripartiscono gli enti e ne regolano le relazioni in modi irriducibili al nostro. La "salute" e le "malattie" dei soggetti che vi appartengono non corrispondono alle nostre, né in senso ampio (vi sono, ad esempio, collettivi in cui la salute che l'atto terapeutico deve ripristinare non coincide affatto col benessere individuale), né in senso stretto (lunghi dall'essere "naturale", la classificazione dei disordini e delle loro cause dipende ovunque dalla visione del mondo in cui è stata sviluppata).

Vediamo, telegraficamente, qualche esempio. Presso alcune popolazioni dell'America del sud i disordini si presentano, come da noi, secondo due assi distinti, organizzati tuttavia in tutt'altra maniera. Vi sono, in questo contesto, malattie naturali (che presentano un decorso normale e si lasciano curare coi rimedi naturali) e malattie sovranaturali (che hanno un'eziologia confusa e un decorso anomalo); entrambe le categorie richiedono, ancora come da noi, l'intervento di un terapeuta specializzato: l'*herbalista* o il conciaossa nel caso delle malattie naturali, l'iniziato alla dimensione della cura sacra nel caso delle malattie sovranaturali. Nell'Africa bantu il *mganga*, il guaritore, è innanzitutto colui che è chiamato a vederci chiaro: a svelare quale delle relazioni, nel suo degenerare, sta causando i sintomi che il paziente accusa. In questi contesti la salute che il *mganga* deve ripristinare non è quella del singolo che manifesta il sintomo, ma quella collettiva del gruppo: si suppone infatti che il sintomo che il singolo presenta sia sempre riconducibile al deteriorarsi della relazione con qualcuno (col marito, con la suocera, coi figli) e alle preoccupazioni che ciò ingenera. Fra le popolazioni dell'Amazzonia gli sciamani sono ambasciatori fra il mondo umano e quello delle piante e degli animali, da cui traggono informazioni sia sull'origine del disordine che sui mezzi per ovviarvi. In Cina la salute è, in primo luogo, armonia fra elementi umani e non umani, fra individuo e cosmo: il microcosmo umano riflette in sé il macrocosmo sociale e poi quello universale, e l'idea di salute che ne deriva è drasticamente differente dal nostro. Mentre, infatti, in Occidente la salute è una sorta di statico "capitale individuale", una "quantità" da mantenere fissa o, se possibile, da aumentare (non per nulla, l'intervento medico mira, in primo luogo, a *ripristinarla*, ovvero a reintegrarne le perdite), in Cina la salute è concepita dinamicamente come continua regolazione del corpo, possibilità di adattamento flessibile alle circostanze (da cui segue che l'atto terapeutico mira a *sbloccare* ciò che, nel corpo, ha smesso di fluire) [Singleton 2004; Viveiros de Castro 1998].



### Un ordinato disordine

Così elencati, i sistemi terapeutici “altri” fanno un po’ l’effetto delle vetrine di certi vecchi musei etnografici: una raccolta di manufatti strani e meravigliosi che tuttavia, avulsi dal loro contesto, possono essere ammirati quasi solo per la loro bellezza, mentre viene smarrito il senso che essi hanno nei diversi contesti che li hanno prodotti. Ebbene, è proprio della loro pregnanza che dobbiamo ora tornare a occuparci, nella prospettiva di un’antropologia che non sia più catalogazione – quasi entomologica – degli altri, ma tentativo di rapporto non egemonico fra culture [Saillant & al. 2011].

La coerenza dei diversi sistemi per i soggetti che vi appartengono è stata ampiamente osservata dall’antropologia, dall’antropologia medica, dall’etnomedicina e dall’etnopsichiatria. Per questo scrivevo, sopra, che *giustamente* il sistema medico-scientifico si preoccupa di verificare l’efficacia delle terapie non convenzionali: perché per chi, come noi, è costruito sulla divisione di mente e corpo, occorre che le terapie abbiano effetti riconoscibili secondo determinati criteri (ovvero che esse agiscano, come minimo, o sul corpo o sulla mente). Ma lo stesso vale per tutti gli altri, comunque essi siano costruiti in quanto umani e qualunque siano i valori fondanti del loro stare al mondo: *la terapia deve agire in modo riconoscibile per il paziente*.

Se, ad esempio, una madre africana è preoccupata perché nel nervosismo del figlio riconosce i segni di una cattura spiritica, è inutile – nonché arrogante – ridere della sua ansia o proporle un corso accelerato in «Illuminismo & Razionalità»: meglio vale, dal punto di vista terapeutico, rimandarla a un terapeuta in grado di placare la sua ansia nei modi previsti dalla cultura di appartenenza della donna [Nathan 2011]. Per questo, anche, il gesto terapeutico è così difficile quando la proposta dell’esperto esula dal contesto culturale del paziente, o addirittura lo contraddice. Ciò spiega perché, in società multiculturali dove individui e gruppi diversi si trovano a coesistere sullo stesso terreno e a doversi servire delle stesse risorse, si pone il problema di trovare una piattaforma minima che possa istituirsi come base comune, compatibile coi diversi mondi ed efficace nel favorire il dialogo e la mediazione tra sistemi.

Per queste stesse ragioni, comunque esso avvenga il gesto terapeutico non può essere scomposto in elementi attivi ed elementi scenografici. Nei sistemi terapeutici non occidentali le piante impiegate sono ben più delle molecole che contengono e, per essere efficaci, devono essere attivate da terapeuti iniziati secondo riti specifici; allo stesso modo, si è spesso osservato che danze e riti non sono sfondo, ma modificatori attivi dello stato collettivo; e anche quando il gesto terapeutico comprende un rimedio proveniente dalla nostra farmacologia biomedica, questo, per essere efficace, dev’essere reinterpretato e inserito nella rete di significati locali. Se tutto questo sembra una concessione eccessiva alle “credenze” altrui, basta riflettere a quel che accade da noi per rendersi conto che, ovunque esso avvenga, il gesto terapeutico non ha solo a che fare con la somministrazione di una molecola attiva o con la rimozione meccanica di un guasto. Nell’ambito dell’antropologia medica si è osservato come anche al cuore dello “scientifico” Occidente i medicinali hanno effetto a seconda dell’autorevolezza di chi li somministra, di un rituale di prescrizione e della fiducia che culturalmente riponiamo nella loro efficacia. Così come accade altrove, anche da noi il terapeuta deve risultare riconoscibile in base a una serie di “segni distintivi” (l’abbigliamento formale, il camice e lo stetoscopio, un’igiene personale inappuntabile, l’arredamento dello studio, la laurea incorniciata ecc.) e il processo terapeutico è connesso a ritualismi precisi (lo svolgimento di una visita medica è abbastanza precisamente codificato, e l’assunzione di farmaci – prima o dopo i pasti, a quali orari, secondo quale posologia ecc. – è attentamente normata).

L’insorgere dei disordini e la loro terapia dipendono dall’insieme degli ordinatori operanti in quel contesto; dipendono, dunque, dalla forma specifica di una cultura, che si riflette e si frange in tutti gli individui che quella cultura ha plasmato. Si parla, per questa ragione, di *funzione patoplastica* e di *funzione patogenetica* delle culture [Coppo 2003]. Da un lato, ogni cultura dispone di strumenti per

interpretare e gestire le crisi che si presentano, ordinandole secondo tassonomie precise e piuttosto rigorose: è, questa, la funzione patoplastica delle culture, ovvero l'operazione di messa in forma delle crisi secondo specifiche categorie diagnostiche. Dall'altro – ed è una zona ben più profonda e inquietante – ogni cultura ha una funzione patogenetica: induce crisi conformi alle proprie categorie. In Occidente, come abbiamo visto, siamo programmati per manifestare la crisi secondo due assi: quello somatico che investe il corpo (la materia, la natura), e quello psichico che riguarda la mente (lo spirituale, la cultura). Ciò che ci affligge rientra di solito in uno solo dei due contenitori e in base a questa suddivisione ci si può rivolgere a colpo sicuro al professionista di competenza. Ma d'altro canto, ciò che ci affligge è indotto dalla strutturazione culturale profonda che ci plasma. In questo modo, la manifestazione riconferma ogni volta la strutturazione, contribuendo a farla apparire naturale: è ovvio che vi siano, in natura, malattie del corpo e malattie della mente, dal momento che tutte le nostre malattie rientrano ordinatamente nell'una o nell'altra di queste due categorie... Allo stesso modo, altre culture prevedono che le crisi si manifestino secondo altri assi, dispongono di esperti per le diverse forme, e costruiscono umani che manifesteranno "ordinatamente" le crisi previste.

Che sia originario o riconquistato attraverso la soluzione di una crisi, l'ordine (nei nostri termini: la salute) resta sempre assai fragile: la possibilità di crisi manifesta la presenza non eliminabile del rischio. Che si tratti del *mganga* dell'Africa sub-sahariana, dello *sciamano* siberiano, della *moquad'ma* marocchina, del medico cinese formato sui testi della medicina tradizionale cinese o del chirurgo della biomedicina occidentale, tutti questi terapeuti hanno a che fare con ciò che esce dall'ordine e quindi con ciò che è, per sua natura, pericoloso. Ciascuno dispone di un insieme di teorie, di nozioni, di pratiche e di strumenti elaborati dalla cultura a cui appartiene, e all'interno del quale la sua azione trova senso e viene riconosciuta. Ma è solo nel corpo a corpo con la malattia – in una situazione, quindi, imprevedibile – che ciascun terapeuta mostra il proprio valore come esploratore di un ignoto rischioso, che richiede al massimo grado la virtù che i greci chiamavano *metis*: l'astuzia, il colpo d'occhio, la rapidità nel leggere i segni, la destrezza di mano, la capacità di "cogliere l'attimo" [Ginzburg 1979]. Oltre alle nozioni concettuali, che pure sono ovunque assai raffinate, è dunque l'esperienza della malattia e dei percorsi di guarigione ciò che *fa* il terapeuta, e tale esperienza non può che essere relativa a un contesto specifico e agli umani che lo popolano.

### **La fine del mondo – e il convenire dei mondi**

Per quanto un ordine culturale sia solido, e per quanto i suoi terapeuti siano esperti, la storia dimostra fin troppo chiaramente che si tratta, in ogni caso, di una stabilità fragile, sempre esposta al rischio. Capita dunque che l'ordine di un mondo umano sia messo in questione non già da disordini "previsti", in qualche modo già noti e lavorabili, ma da un disordine più radicale, che mette a repentaglio la tenuta stessa, antropologica, di quella forma di umanità. Se è vero che ogni crisi, per quanto piccola e individuale, chiama sempre in causa l'assetto culturale generale, le crisi che non rientrano nell'ordinamento previsto lo mettono a rischio in modo drastico. De Martino parlava, per questi momenti, di *apocalisse culturale*: non più la crisi come disordine del mondo, ma la crisi come *impossibilità di riordinare il mondo* [de Martino 1977]. In queste circostanze, gli strumenti culturali che fino a quel momento avevano garantito una certa tenuta e stabilità del sistema si rivelano insufficienti a fronteggiare i nuovi fenomeni.

Per valutare la potenza con cui l'apocalisse culturale colpisce soggetti e collettivi possiamo rifarci, per cominciare, a qualche esempio esterno. Quando, al termine della seconda guerra mondiale, all'imperatore giapponese Hirohito fu imposto di dichiarare pubblicamente di non essere il discendente della dea del sole, in Giappone vi fu un'ondata di suicidi. L'evento non è dismissibile come fanatismo: l'umanità dell'imperatore era incompatibile con la visione del mondo che, fino a quel momento, aveva

regolato le vite dei suoi sudditi; accettare quello che per noi è un fatto ovvio comportava allora, per i giapponesi, una ristrutturazione esistenziale che molti trovarono insostenibile. Nei resoconti etnografici si incontrano spesso descrizioni di casi di morte sopravvenuta a seguito di una violazione di tabù. Qualunque sia, dal punto di vista contenutistico, l'interdetto che il soggetto si è trovato a violare, se quella particolare profanazione comporta la morte, il rischio è la morte effettiva: il trasgressore entra in uno stato d'inibizione e nel giro di qualche giorno si spegne, oppure subisce un incidente letale [Hahn & Kleinmann 1983]. Sono casi particolarmente scandalosi (nel senso, appunto, dello *scandalo etnografico* di de Martino) per la mentalità occidentale perché, per questioni legate alla nostra storia culturale, abbiamo perso di vista quale sia la potenza delle strutturazioni profonde. La certezza culturale di essere destinati a morire per causa di un interdetto violato può effettivamente far ammalare e morire – così come, da noi, il prestigio della scienza rende particolarmente pericolose, dal punto di vista della tenuta complessiva del soggetto, talune diagnosi mediche. Nella categoria dell'apocalisse culturale rientrano poi anche i due esempi, visti nella puntata precedente, di "epidemie di suicidi", fra i giovani uomini di alcune comunità native americane e nella zona del Pacifico meridionale, dovute all'interruzione dei meccanismi di trasmissione intergenerazionale [Desjarlais & al. 1995, Chandler & Lalonde 1998].

Questo genere di crisi espone un intero mondo antropologico a scelte difficili: la possibilità reale dell'apocalisse culturale impone infatti di cambiare il proprio modo collettivo di stare al mondo – ma non sempre ciò è possibile, così come non sempre la trasformazione riesce. Quando riesce, si apre una nuova fase nella storia di una popolazione.

Antropologicamente parlando, per gli occidentali contemporanei il punto da tener fermo è questo: anche noi, come tutti, siamo esposti al rischio. Il nostro mondo umano – ancora egemone dal punto di vista economico e militare e che fino a qualche decennio fa ha potuto crederci, di tutti, il migliore – oggi manifesta segni inequivocabili di crisi: crisi economica, per cominciare, ma poi anche crisi ambientale, crisi politica e, in senso ampio, crisi antropologica generalizzata (riporto un solo dato, a mio avviso più che sufficiente: secondo i rapporti di OsservaSalute, dal 2000 al 2010 in Italia il consumo di psicofarmaci è passato da 8,18 dosi giornaliere per 1000 a 35,72; e da almeno un decennio le riviste di settore indicano che la fascia di mercato in maggiore aumento è quella degli psicofarmaci pediatrici). Salvo voler chiudere occhi e orecchie, e continuare a illuderci dell'assoluta superiorità del nostro modello umano, non resta che riconoscersi, infine, affratellati a ogni altra cultura presente sul pianeta: non nel senso dei "fratelli maggiori", incaricati di indicare agli altri, ancora bambini, la giusta via; ma come fratelli gemelli, impegnati, insieme a tutti gli altri, in una convivenza tutt'altro che semplice sopra un pianeta che, nonostante noi, resta *uno*.

## Bibliografia

- Alland A., 1970. *Adaptation in cultural evolution: An approach to medical anthropology*. Columbia University Press, New York.
- Baer H.A., Singer M. & Johnsen J.H., 1986. *Introduction: toward a critical medical anthropology*. «Social Science and Medicine» 23, pp. 95-98.
- Baer H.A., Singer M. & Susser I., 1997. *Medical anthropology and the world system. A critical perspective*. Bergin & Garvey, Westport (USA) & London.
- Canguilhem Georges, 1966. *Il normale e il patologico*. Einaudi, Torino 1998.
- Chandler M.J. & Lalonde C., 1998. *Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations*. «Transcultural Psychiatry» 35 (2), pp. 191-220.
- Coppo P., 2003. *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*. Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Coppo P., 2005. *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino 2005.
- de Martino E., 1977. *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Einaudi, Torino 1977.

- Dejarlais R., Eisenberg L., Good B. & Kleinmann A., 1995. *La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito*. Il Mulino, Bologna 1998.
- Devall W. & Sessions G., 1985. *Deep Ecology: Living As if Nature Mattered*. Gibbs M. Smith Inc., Salt Lake City 1985.
- Donghi P. (ed), 1998. *La medicina di Darwin*. Laterza, Roma -Bari 1998.
- Farnsworth N. & Soejarto D., 1989. *Global Importance of Medicinal Plants*. In: Akerele O. (ed) *The Conservation of Medicinal Plants*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Ginzburg C., 1979. Spie. *Radici di un paradigma indiziario*. In Gargani A. (ed), 1979. *Crisi della ragione*. Einaudi, Torino 1979, pp. 57-106.
- Hahn R. & Kleinmann A., 1983. *Belief as pathogen, belief as medicine: "Voodoo death" and the "placebo phenomenon" in anthropological perspective*. «Medical Anthropology Quarterly», 14 (4), 3+16-19.
- Kaufmann J.-C., 2004. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Fayard, Paris 2004.
- Kleinmann A., 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press, Berkeley.
- Kleinmann A., 1995. *Writing at the margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley.
- Marmot M., 2004. The Status Syndrome. How Social Standing Affects Our Health and Longevity. Owl Books, New York 2005.
- Marmot M., 2005. Social determinants of health inequalities. «Lancet» 365, pp. 1099–1104.
- McElroy A. & Townsend P.K., 1989. *Medical anthropology in ecological perspective*. Westview Press, Boulder, San Francisco & London.
- Nathan Tobie, 2001. *Non siamo soli al mondo*. Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Pignarre P., 2003. *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. La Découverte, Paris 2003.
- Recalcati M., 2010. *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*. Raffaello Cortina, Milano 2010.
- Saillant F., Kilan M., Graezer Bideau F., 2011. *Per un'antropologia non egemonica. Il manifesto di Losanna*. Elèuthera, Milano 2012.
- Scheper-Hughes N. & Lock M., 1987. *The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology*. «Medical Anthropology Quarterly» 1, pp. 6-41.
- Singleton M., 2004. *Critique de l'ethnocentrisme. Du missionnaire anthropophage à l'anthropologue post-développementiste*. Paragon, Paris 2004.
- Singleton M., 2012. *Adieu à l'anthropologie*. [http://www.laboratoriomappe.org/documenti/biblio\\_articoli/SINGLETON\\_Goodbye.pdf](http://www.laboratoriomappe.org/documenti/biblio_articoli/SINGLETON_Goodbye.pdf)
- Viveiros del Castro E., 1998. *Les pronoms cosmologiques et le perspectivisme amérindien*. In: Alliez E. (ed.), 1998. *Gilles Deleuze, une vie philosophique*. Paris, Le Plessis-Robinson 1998, pp. 429-461.
- WHO-OMS World Health Organization, 1978. *Primary health care*. World Health Organization, Genève.
- Young A., 1982. *The anthropologies of illness and sickness*. «Annual Review of Anthropology» 11, pp. 257-285.

**Parole chiave** – salute, malattia, antropologia medica, corpo/psiche, individuo, crisi, apocalisse culturale

**Abstract** – A partire dalla storia e dalle teorie elaborate nell'ambito dell'antropologia medica si rileva che, come ogni altro fenomeno umano, anche *salute* e *malattia* sono fenomeni storicamente determinati, e dipendono – nella loro insorgenza, nel loro andamento, nella loro definizione e nella loro presa in carico – dalla cosmovisione della cultura nella quale si presentano. Se in Occidente salute e malattia sono fenomeni relativi al singolo individuo e si declinano lungo i due assi fisico e mentale, altrove valgono altre partizioni, altrettanto cogenti delle nostre. Inoltre, in ottica antropologica salute e

malattia sono meglio leggibili come declinazioni specifiche di una dialettica più ampia che, all'interno di ciascuna cultura, lega in modalità variabili ordine e disordine, normalità e crisi.

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>

