

SPIRITI, SANTI E "BUONSENSO": IDEOLOGIA E PRASSI DI ALCUNI GUARITORI IN UNA VALLE DELL'ALTO SANNIO

Patrizia Burdi

Introduzione

Questo scritto nasce come un primo tentativo di sintesi ed elaborazione interpretativa di dati riguardanti alcuni guaritori tradizionali in una zona rurale dell'Appennino centro-meridionale, privilegiando l'attenzione sui loro modelli di percezione della realtà e sul dispiegarsi dei conseguenti rapporti terapeutici. Tale contributo conoscitivo, in fase di ulteriori approfondimenti, s'inquadra nell'ambito di una più ampia ricerca di gruppo, diretta alla comprensione del sistema medico tradizionale locale nella sua interezza (1).

L'uso della denominazione "sistema medico" cela il pericolo di ambiguità e riduzionismi, come a ragione Peter Worsley (1982) fa notare, dal momento che l'esperienza di un disturbo nella sfera del corporeo trascende la sua esclusiva caratterizzazione medica e meglio si inquadra in una struttura di pensiero "metamedica", nella quale alcune categorie ontologiche, connesse ai vari livelli di esperienza e conoscenza della realtà, vengono portate alla luce e messe in relazione tra loro: le concettualizzazioni del malessere fisico e psicologico – e quindi la loro accezione medica – sono formulate in base alle stesse coordinate che informano la costruzione della realtà e attraverso le quali si esprime e si organizza il processo di produzione simbolica del guaritore, sia in fase di elaborazione ideologica sia in quella più strettamente operativa.

Ciò che viene messo in discussione, quindi, attraverso un uso critico dell'espressione "sistema medico" è che la percezione della propria minacciata o minata integrità psico-fisica vada intesa come un fenomeno di esclusivo dominio medico, nel quale operare analiticamente tramite processi interpretativi e coppie di opposizioni

che non appartengono al sistema osservato ma al quadro di riferimento concettuale nel quale si colloca il sistema medico "moderno", familiare all'investigatore, facendo così comparire distinzioni fra "religione" e "guarigione", o fra "simbolico" e "strumentale" (Bourguignon 1976; Comaroff 1983) (2).

Se, dunque, i cosiddetti sistemi medici, tradizionali e non, sono fondati su idee, credenze e pratiche che *in primis* appartengono al patrimonio culturale di una determinata società, essi vanno considerati come parte integrante di un più vasto sistema di conoscenze: non solo le patologie, ma anche e soprattutto le idee intorno ad esse debbono essere oggetto primario di attenzione (Fábrega 1971, 1973; Young 1976; Lieban 1977; Comaroff 1978).

Nell'espressione individuale dello stato di malessere così come attraverso le risorse utilizzate per fronteggiare ed eliminare tale condizione, emergono valori, dinamiche socioculturali, tendenze ideologiche: come Comaroff (1981a:367) sottolinea, «*the context of affliction is an important locus both for the reinforcement and the reformulation of sociocultural categories*». Un'indagine antropologica sulle cause, i meccanismi e le manifestazioni di ciò che viene considerato "malattia", e sulle attività inerenti alla sua risoluzione, deve fondare i suoi presupposti teorici su un approccio olistico e non biomeccanicista, nel quale «*the multidimensional concept of disease*» (Hengelhardt 1981:37) e delle tecniche utilizzate per fronteggiarla possa essere meglio apprezzato (Kleinman 1973; Fábrega 1973, 1981, 1984; Comaroff 1978; White 1984): il corpo umano «*is not only a natural entity: it is at the same time a mindful entity, socially and culturally imbued*» (Hahn 1985: 170).

Nell'ambito di questa trattazione mi limiterò ad esaminare la figura di tre guaritori operanti nell'area studiata, le dinamiche dei loro interventi terapeutici e le loro elaborazioni interpretative, ri-considerando quelle che vengono definite le caratteristiche del "tipico" guaritore tradizionale (Romano 1965; Worsley 1982; Low 1988), vista la spiccata eterogeneità che mostrano all'interno di uno spazio socio-geografico ristretto come quello in esame. Ciascuno dei tre guaritori si muove in maniera diversa, sia per quanto riguarda l'aspetto eziologico sia per le modalità del trattamento, sullo sfondo però di un omogeneo contesto culturale che proprio nella capacità di confrontarsi con le differenti "logiche" che tali approcci implicano fonda la sua possibilità di rimanere dinamico e vitale.

Le peculiarità, le analogie e le differenze che emergono dalla loro osservazione verranno interpretate in una prospettiva che pri-

vilegia una visione della dimensione culturale come livello di integrazione sociale totale, nel quale informazioni, conoscenze e credenze continuamente si creano *ex novo* e si riorganizzano in sistemi simbolici.

Ci sembra che attraverso un'attenzione al "fenomeno", alle modalità e alle circostanze della creazione del significato dell'evento, si possa superare un concetto di cultura intesa come modello superimposto di comportamenti, come insieme di categorie ideologiche che strutturano rigidamente l'esistenza e gli scambi umani, perfettamente impermeabili alle sollecitazioni derivanti dalla creazione e dall'elaborazione del singolo. Ciò consente anche di apprezzare il guaritore non soltanto come risolutore di conflitti intersociali e di patologie individuali, ma anche e soprattutto come artefice culturale, creatore di modelli ideologici e detentore del sapere tradizionale; un sapere continuamente rimesso in discussione e alimentato dalle individuali potenzialità di interpretazione simbolica. Ed è proprio questo apporto individuale, questo continuo e contestuale processo di creazione di significati che ci appare rappresentare la chiave di volta dei cosiddetti sistemi medici tradizionali e, in senso più vasto, uno dei momenti di maggior dinamismo e creatività di una cultura.

L'ambiente

La posizione geografica dell'Alto Sannio e le caratteristiche della sua vita sociale ne fanno una zona marginale, con un certo grado di distanza rispetto alla vita politica e culturale, regionale e nazionale. Questa condizione, comunque, è relativa a diverse variabili, prime fra tutte la residenza e l'occupazione, ed è naturalmente non indifferente al processo acculturativo ormai da tempo in atto a livello nazionale.

Un tempo, nell'area la tendenza era verso il modello residenziale patrilocale, a tutt'oggi non ancora scomparso. L'attuale dominanza della neolocalità è dovuta ad una serie di fattori, primo fra tutti la fortissima emigrazione avutasi negli anni '50-'60; i valori di cooperazione e di scambio, divisi una volta all'interno del gruppo familiare congiunto, sono comunque ancora tangibili nelle relazioni sociali fra residenti di una stessa zona. La principale occupazione rimane il lavoro agricolo anche se qualche fabbrica, di abbigliamento nella fattispecie, è stata impiantata nell'ultimo decennio.

Le condizioni di miseria e di arretratezza che caratterizzavano l'area sono state ormai fortunatamente superate, anche se esiste un certo numero di nuclei familiari che vivono ancora in stato di indigenza.

Per quanto riguarda le risorse mediche, nella zona esiste una Unità Sanitaria Locale situata in San Bartolomeo in Galdo, dalla quale dipendono i vari medici che operano mutualisticamente in ogni paese; insieme a loro, una discreta schiera di liberi professionisti coadiuvati da numerosi centri diagnostici: solo in San Marco dei Cavoti (3) esistono ben tre laboratori di analisi cliniche, segno questo di una crescente possibilità di investimenti economici più che di reali esigenze della comunità. L'ospedale si trova nel capoluogo di provincia (Benevento). Un altro, in via di ristrutturazione, nel comune sede dell'USL. Inoltre, da diversi anni è in funzione, in località Molinara, un istituto psico-pedagogico la cui attività è, o meglio, dovrebbe essere, a vasto raggio: sono di sua competenza, infatti, portatori di handicap, invalidi, individui affetti da turbe mentali. Tale istituto rappresenta un punto di riferimento non solo per coloro che sono affetti da tali disturbi e per le loro famiglie, ma anche per gli operatori terapeutici tradizionali della zona, i quali inviano lì i casi che necessitano di un intervento maggiormente incisivo, anche e soprattutto dal punto di vista farmacologico (4). Tale "dirottamento" terapeutico è ben accetto dai pazienti e dalle loro famiglie e non costituisce un'incoerenza, se si considera il modello di «gerarchie delle risorse» (Romanucci-Ross 1969) quasi sempre presente in situazioni, come questa, in cui più risorse mediche convergono (Colson 1971; Romanucci-Ross 1986; Stoner 1986).

Nel complesso, il servizio assistenziale costituisce un apparato medico ampiamente utilizzato, ma è gestito con modalità che inquadrono l'incontro tra paziente ed operatore in un rapporto gerarchico e formale, nel quale il malato – e le persone che gli sono vicino – trova notevoli difficoltà a comprendere il significato della diagnosi e/o della terapia, che spesso viene recepito come un'indescifrabile e angosciosa definizione tecnica. I «modelli esplicativi» dei fruitori di tale transazione medica, per usare un'espressione felicemente adottata da Kleinman (1980), si sviluppano su livelli di significato che non hanno possibilità di confronto dialettico e di conoscenza reciproca, entrambi chiusi in differenti ed impenetrabili universi semantici. Tale incomunicabilità, di natura culturale, non esistenziale, nasce dall'incontro fra realtà sociali vicine spazialmente ma storicamente lontane, fra universi di discorso, quello

del paziente e quello della burocrazia medica, per struttura inconciliabili.

All'interno del contesto rurale della zona, coinvolto in potenti processi acculturativi, l'insorgenza della malattia, l'alterazione della sfera di benessere fisico e morale, acquista una dimensione di esperibilità, di conoscenza, attraverso i valori e i significati che appartengono alla cultura tradizionale ma, al contempo, specularmente la rappresenta nelle sue modificazioni ed incongruenze: il corpo malato diventa esso stesso «both the substance and the metaphor of contradiction» della più ampia sfera sociale (Comaroff 1981b: 8).

I valori, le credenze e le esperienze culturalmente acquisite legate all'insorgenza e al trattamento dello stato di malattia costituiscono il sapere medico tradizionale di una società: i guaritori, che andremo ora ad osservare più da vicino, nella loro opera di mediatori culturali ne rappresentano la condensazione più significativa.

Qualche considerazione sulla figura del guaritore tradizionale

L'attenzione posta dalle scienze antropologiche alla figura del guaritore ha reso possibile individuarne alcune costanti – caratteriali e socioculturali – che permettono una messa a fuoco comparativa dei sistemi di cura "tradizionali" e che riflettono e veicolano *in primis* i particolari e contestualizzati orientamenti ideologici e organizzativi delle singole società che li esprimono.

Considerando le caratteristiche fisiche, il sesso non sembra essere una discriminante di base nella scelta del ruolo di guaritore tradizionale: le "virtù" che ne permettono l'adempimento – acquisite secondo le più varie modalità ("chiamate", apprendimento, ricerche estatiche, malattie o situazioni letali superate, ecc.) – appartengono ad una sfera di alterità sovrannaturale nella quale, nella maggior parte dei casi, le differenziazioni sessuali cessano di avere significato. Ciò non toglie che specializzazioni terapeutiche e grado di potere siano elementi ampiamente sensibili alla differenziazione sessuale che variamente si combinano con quest'ultima dando luogo a configurazioni differenti a seconda delle aree geografiche considerate (cfr. a questo proposito Lisón Tolosana 1979:177,222,288). L'età sembra invece essere una discriminante: generalmente è quella della maturità, in connessione alla capacità di espressione carismatica della propria personalità, alla profonda influenza e all'inegabile potere personale che l'attività curativa

implica e che risulterebbe quanto meno contrastante con l'eventuale giovane età dell'operatore (Metzger & Williams 1963; Romano 1965).

Da un punto di vista della dinamica socioculturale, l'intervento del guaritore è di mediazione e reintegrazione nella comunità degli individui che, per vicende fisiche o interpersonali, abbiano assunto potenzialità disgreganti rispetto ad essa: l'atteggiamento morale del guaritore, così come il suo carisma, non si esplica in una gestione del rapporto con il paziente in termini di potere – e quindi di dipendenza – personale, ma tende a consentire all'individuo e alla comunità di riallacciare quei rapporti temporaneamente interrotti, riconsolidando le virtù del quadro ideologico che la cultura esprime (Adamas & Rubel 1967; Lieban 1967; Kiev 1968).

Per quanto riguarda le peculiarità riscontrate nella dimensione più strettamente operazionale emergono innanzitutto l'utilizzazione di procedimenti diagnostici e classificatori che fanno riferimento a categorie concettuali (5) ampiamente condivise dal paziente (Frake 1961; Glick 1967; Fábrega & Silver 1973; Kleinman 1980; Finkler 1985); la primaria attenzione alla dimensione psicosociale del malessere; l'organizzazione dell'incontro terapeutico basata sulla partecipazione e coinvolgimento dell'insieme familiare, con una particolare attenzione al vissuto dei rapporti personali all'interno di essa; l'ambivalenza del potere terapeutico e la conseguente ambiguità del guaritore dovuta alla sua capacità di generare quei processi devastanti a livello individuale che è chiamato poi a neutralizzare socialmente; la virtuale assenza di onorari obbligatori e/o necessariamente pecuniari (6).

Enunciazioni, queste, tuttora oggetto di ampi approfondimenti e sottoposte al vaglio di sempre nuovi confronti cross-culturali. La loro schematicità, inoltre, non esclude l'interna differenziazione e la varietà di sfumature concettuali spesso presenti anche in aree geograficamente e culturalmente omogenee.

Una invariante della figura del terapeuta tradizionale è per contro la sua capacità, frutto delle sue conoscenze esoteriche, di tradurre metaforicamente il corporeo in ideologico e viceversa: in conclusione, di operare il passaggio, universalmente difficile, fra natura e cultura. Se, infatti, nel momento diagnostico le manifestazioni fisiche acquistano un'essenza ideologica tramite la loro classificazione, nel momento più propriamente terapeutico sono, all'inverso, i fattori ideologici, simbolici a riversarsi sul fisico, a doverne correggere e riorientare il funzionamento.

Se questo è l'elemento unificante, il principio logico posto

alla base dell'esistenza e della funzionalità dei guaritori tradizionali, ogni guaritore presenta però sue proprie caratteristiche personali, propri elementi differenziali da cui conseguono successo, polarità, posizione gerarchica all'interno della categoria operativa.

Tre guaritori

– *Luigi Raveruzzi (Carapella)*

«Il paradiso è pieno di anime del Purgatorio. L'Inferno è vuoto: sono tutte sulla terra ad ammorbare gli uomini». Così si esprime Zì Luigi. La sua residenza è in località Calise, una zona particolarmente suggestiva dal punto di vista delle bellezze naturali ma decisamente isolata e raggiungibile solo attraverso strade sterrate. Ha 70 anni, statura medio bassa, magro, dimesso nel vestire, con una cicatrice sul lato sinistro del naso che nulla toglie però all'espressione bonaria ed allegra del volto. È agricoltore e ciabattino ma la sua attività di guaritore occupa quasi tutta la sua giornata. La sua biografia è ricca di particolari romanzeschi, prevalentemente legati ad eventi bellici. Dopo un'infanzia caratterizzata da uno spiccatissimo sentimento religioso che lo portava ad andare solitario per la campagna «co' na cosa dindo a la mente che dovevo pregà», nel 1939, all'età di 23 anni, viene richiamato alle armi, iniziando una vera e propria personale odissea bellica. Durante la sua vita militare, Zì Luigi cominciò a realizzare di avere capacità che lo contraddistinguevano dai suoi commilitoni. Più specificamente, si accorgeva che, senza bisogno di mappe o indicazioni, poteva facilmente raggiungere luoghi non conosciuti precedentemente, ed anche in minor tempo rispetto ai suoi superiori provvisti di carte. Inoltre, durante un bombardamento particolarmente intenso, si verificò un avvenimento cruciale per la sua futura attività di guaritore: l'apparizione della Madonna e di S. Rita che, esortandolo a spostarsi subito dalla sua posizione, fecero sì che la granata che stava per cadere proprio in quel punto non investisse lui e le persone vicine. Tale evento è da lui considerato come una vera e propria "chiamata": attraverso tale visione egli ebbe il dono dello Spirito Santo e non è un caso che solo dopo di questa sua padronanza, guaritore anch'egli, gli comunica la sua "conoscenza".

Zì Luigi è particolarmente reticente a parlare di suo padre e del tipo di relazione che li univa: da altre fonti all'interno della famiglia e parlando con la gente apprendo che Carapella (soprannome

nome del padre e, ironicamente, il nome con il quale è maggiormente conosciuto il figlio nella zona), era particolarmente famoso e svolgeva una vera e propria *leadership* nella contrada.

Sembrerebbe, quindi, che la reticenza a parlare della figura paterna così invadente sia dovuta al timore di veder sminuito il proprio prestigio personale, le proprie capacità "naturali" ratificate sovrannaturalmente. Ciò è perfettamente congruo con la sua impostazione ideologica: i suoi interventi terapeutici sono la materializzazione di un sapere la cui fonte diretta è la sfera divina, di cui lui solo è interprete e intermediario.

La conferma di tale capacità mistica arrivò fuori dal suo ambiente familiare. Appena dopo la guerra, in una stanza d'albergo ad Albano, vicino Roma, per la prima volta utilizzò quello che poi sarebbe divenuto il suo principale mezzo diagnostico: il Crocefisso. Nella strada, dinnanzi alla finestra della camera stazionava una chiromante di nome Anna, dalla quale si recava sempre un gran numero di persone. Infastidito dalle attività della donna – da lui reputate di origine maligna – improvvisamente si sentì ispirato – «me lo so' sentito» – e ponendo un Crocefisso nella mano di un suo compagno di stanza gli chiese: «che fa in mano?». La replica dell'amico indicò immediatamente l'entrata in scena di forze sovrannaturali: «pesa, nun lo posso tene'». Dopo questa risposta, Zì Luigi si sentì in diritto – e in dovere – di procedere con l'invocazione: «vattene Satana, nun fa' vende' chiù bugie ad Anna co' le carte». Il giorno dopo Anna sparì e da quel momento lui cominciò a ricevere pazienti (grazie anche alla pubblicità dell'amico il quale era rimasto particolarmente scosso dalla *performance* mistica).

Zì Luigi attribuisce le proprie capacità terapeutiche, o meglio, taumaturgiche, direttamente allo Spirito Santo. Quest'entità divina gli permette di interpretare contingenze, particolari spesso ovvii e naturali come segni di patologie in atto, e di comunicare direttamente con gli agenti causativi di tali patologie. La presenza dello Spirito Santo permette inoltre di unificare, direi quasi di fondere, le opposte categorie morali, il bene e il male: «l'anima è una», «Dio ha creato il bene e il male, Dio sa fare il male e poi piglia uno pe' levarlo».

Il suo procedimento diagnostico si sviluppa quindi da questa "ispirazione" e presumibilmente solo con il tempo ha condensato la ritualità che attualmente lo contraddistingue. Le sedute si svolgono nella stanza attigua alla cucina, sullo stesso banchetto su cui ripara le scarpe e sul quale, alla rinfusa, sono appoggiati oggetti sacri e profani: attrezzi da calzolaio, immagini religiose di plastica,

olio benedetto ed incenso, penne, fotografie, ecc.. Molto spesso il paziente è accompagnato da amici o familiari i quali partecipano attivamente alle procedure. Dopo una breve conversazione, durante la quale viene esposto il problema, e dopo aver posto uno dei suoi numerosi Crocefissi nelle mani del paziente, segue qualche attimo di concentrazione e, con gli occhi chiusi e la mano sinistra alzata e tremolante, Zì Luigi inizia con le invocazioni: «Beata Vergine, Immacolata Concezione, S. Michele Arcangelo, tutti i Santi venite a conciliazione in me e pregate per mia massima colpa» (7). Segue poi l'elencazione di una serie di sensazioni che il Crocefisso dovrebbe suscitare: caldo/freddo, pesantezza/leggerezza, formicolio/sudore: «fa come nu calore sotto la Croce nella mano di...». Sono segni questi che lui deve sentire per primo: «se nun fa a me io non te lo domando». Per ognuno chiede conferma al paziente e appena vi è rispondenza produce la diagnosi. Di solito questa fase è particolarmente breve e l'elemento causativo è individuato subito. Ciò per un duplice ordine di motivi: 1) il coinvolgimento emotivo da parte del soggetto è notevole: il sentir pronunciare il proprio nome – Zì Luigi costantemente ripete il nome del paziente nelle sue invocazioni – durante un'occasione rituale e all'interno di formule verbali considerate sacre, crea uno stato di leggera alterazione sensoriale e di attesa; 2) i fattori eziologici a cui il guaritore fa ricorso non lasciano spazio al dubbio: è sempre il demonio la causa scatenante e la scelta di una o di un'altra delle sue manifestazioni – fatture, legature, striature, paure (8) – rimane inappellabile per il paziente, visto che la conoscenza di tali fenomeni non è di sua competenza. Inoltre, Zì Luigi dichiara di non essere lui a produrre la diagnosi, ma direttamente lo Spirito Santo.

Non si riscontra nessuno sdoppiamento di personalità o stato di *trance*, come spesso rilevato dalla letteratura sulle *performances* sciamaniche (Bourguignon 1972; Peters 1982); lo stato resta quello di realtà non alterata nella quale il rapporto mistico con l'entità extra-umana si manifesta con l'intuizione, l'illuminazione. Ciò è perfettamente coerente con la natura dell'entità sovrannaturale per la quale Zì Luigi agisce da medium. Lo Spirito Santo, nella sua accezione religiosa ed esegetica rappresenta l'essenza della conoscenza, la sua presenza nei mortali dona la capacità di capire razionalmente Dio e l'universo, illumina la mente più che il cuore. In certo senso, il pensiero tradizionale segue questa linea interpretativa culta, come rivela l'espressione di Zì Luigi che lo chiama «lo penziero» (9).

Non sembra esserci una vera e propria coerenza esplicativa

rispetto a questi fenomeni che la mano percepisce – e, spesso, anche il corpo – nel senso che non vi è una precisa corrispondenza segno-causa scatenante: il sudore sul palmo della mano o sul Crocefisso è stato interpretato in due differenti situazioni come “invidia” e malanno da parte di una persona estranea e come “nervosismo” e poca concentrazione. Il nervosismo, inoltre, diviene spesso la causa che impedisce al paziente di avvertire i suddetti segni.

La cosa realmente importante è che ci sia una corrispondenza di sensazioni tra il guaritore e il paziente, segno questo di un immanente intervento divino: «Dio ha da veni' pe' me e poi passa a te». In questo modo le possibili grazie dello Spirito Santo sono incanalate e dirette verso la risoluzione della problematica situazione del paziente.

L'estemporaneità e la creatività legate all'interpretazione di questi segni sono evidenziate nella fase più propriamente terapeutica durante la quale, per esempio, la presenza del sudore è considerata positivamente, diviene la prova che «la Croce di Cristo suga il male: se esce asciutto nun c'è niente da fa'». Insieme a questa vera e propria tecnica divinatoria Zi Luigi produce le sue diagnosi avvalendosi anche di metodi “scientifici”, come il prelievo del sangue: ciò si verifica quando il paziente, comunicando i suoi problemi, evidenzia disturbi nella sfera sessuale o rileva episodi di malattia con rilevante alterazione della temperatura corporea. In questi casi l'attenzione si sposta sull'attività fisiologica, della quale il sangue è lo spazio simbolico per eccellenza: ciò che è preso in considerazione, ovviamente, non è la sua composizione biochimica, ma la sua “qualità”: nel caso di “legature”, per esempio, esso «è anacquato, sbianchito»; alcune sue pazienti tossicodipendenti, invece, l'avevano «scuro e dromito» (grumoso). In entrambi i casi l'uso di una tecnica moderna fonda e dà ulteriore significato ad una diagnosi di tipo tradizionale.

Nel caso di fatture sono altri gli indizi che portano a una sua diagnosi, ma il sangue torna in qualche modo a essere punto focale dell'evento morboso: si crede che gli spiriti, una volta entrati nel corpo di un individuo, si situino nei punti in cui, secondo la locale idea della fisiologia del corpo, maggiore è il flusso sanguigno, cioè nelle giunture. Tale credenza quasi certamente si collega alla diffusa pratica diagnostica seguita da numerosi guaritori per rilevare la presenza di spiriti e che consiste nel tastare l'interno dei gomiti del paziente (10).

Per quanto riguarda Zi Luigi, la presenza di spiriti e quindi di fatture, diventa evidente quando, nel corso delle sue sedute, il pa-

ziente è soggetto a crisi di vomito (11). Numerosi sono i suoi racconti sull'argomento, più o meno spettacolari, ma sempre connessi a situazioni in cui il paziente è una vera e propria vittima di possessioni demoniache; tale concomitanza di fenomeni – vomito e fatture – è spiegata da lui in termini scientifici: essendo la fattura costituita spesso da sostanze (appartenenti alla sfera dei morti come la polvere d'ossa, "la pulverella") essa viene ingerita e «scegne allo fegato, poi passa alle arterie e poi alle vene capillari». Inducendo il vomito tramite i suoi scongiuri, Zì Luigi ritiene di insinuarsi in questo circuito interno ed innescare una positiva reazione fisiologica che, come lui dice, fa sì che il fegato reagisca contro la sostanza nefasta. Questa è la spiegazione "scientifica" che egli fa corrispondere alla diffusa credenza nell'impossibilità, anche da parte del guaritore più dotato, di risolvere situazioni in cui il soggetto presenti da molto tempo sintomi di fattura.

Se si considera infatti che il passaggio della fattura dal fegato al circuito sanguigno implica a questo punto un totale possesso da parte di uno spirito (12) e quindi rappresenta la fase più acuta del male, si comprende come essa sia pertanto l'espressione culturale privilegiata dei disagi psichici o psicologici, quale che sia la loro natura e gravità. Espressione in cui è facile cogliere il processo metonimico attraverso il quale il sangue e la sua circolazione sono messi in relazione con i casi non trattabili (probabilmente vere e proprie psicosi irreversibili), mentre gli organi spazialmente definiti lo sono con quelle situazioni che si presentano modificabili (neurosi, crisi temporanee). Ancora una volta concettualizzazioni legate alla sfera corporea proiettano simbolicamente il loro significato nella sfera sociale di una comunità: tali «strutture culturali simboliche» agiscono inoltre come elementi potenzialmente trasformativi nell'esperienza psicologica dell'individuo così come nei suoi stati fisici (Murray 1977).

L'attività curativa di Zì Luigi, quindi, si articola essenzialmente su un piano religioso in cui l'elemento fede ha un ruolo predominante (13). Solo attraverso la fede l'attività terapeutica acquista la sua efficacia, dando la possibilità al paziente di ricostruire in termini comprensibili la propria esperienza e di dare un senso alla sua esistenza. Seguendo Geertz, se una religione può essere definita come «1) un sistema di simboli che agisce 2) stabilendo profondi, diffusi e durevoli stati d'animo e motivazioni negli uomini per mezzo della 3) formulazione di concetti di un ordine generale dell'esistenza del 4) rivestimento di questi concetti con un'aura di concretezza tale che 5) gli stati d'animo e le motivazioni

sembrano assolutamente realistici» (Geertz 1987:141), l'attività terapeutica di Zì Luigi non può che essere qualificata come fondamentalmente e strutturalmente religiosa.

Le interviste con i pazienti testimoniano come, attraverso gli incontri con lui, spesso protratti dopo la risoluzione del problema specifico e anche solo per telefono (14), quelli acquisiscano da un lato la conferma delle credenze tradizionali e della loro efficacia euristica, dall'altro la possibilità di rinascere a nuova vita spirituale: l'interazione attiva con la cosmogonia religiosa, il "sentire" concretamente l'operato dei santi e di Dio, realizzare che vi è stato un miracolo, contribuisce alla creazione – o al consolidamento – di una visione spirituale della propria esistenza e del mondo in cui si è posti.

– *Don Vito*

Ha 63 anni, vive in campagna, nella zona di Castelpagano: è agricoltore ed allevatore. La sua ospitalità, com'è la prassi nella zona, è squisita, dispensa ampi sorrisi ma diviene estremamente sospettoso e riservato se nel corso della conversazione il mio interesse si sposta verso particolari tecnici delle sue *performances* rituali.

A differenza di Zì Luigi, Don Vito non ama parlare di sé e tende a considerare la sua attività di guaritore in maniera non molto diversa da come considera le sue fatiche quotidiane: non sente, cioè, di essere coinvolto in una missione divina, ma di perpetuare una "conoscenza" che gli è stata tramandata e che lui comunicherà ad uno dei suoi discendenti.

La sua esperienza come guaritore iniziò tardi, intorno ai cinquant'anni, ed è stata caratterizzata da un profondo scetticismo iniziale. Don Vito non ha ricevuto alcuna "chiamata" e non è stato testimone di alcuna "apparizione". Suo zio, fratello del padre, era un famoso *maano* della zona, riconosciuto ufficialmente dal Mago di Arcella, ed in possesso di un diploma di "secondo mago d'Italia". Non avendo quello discendenti diretti, come depositario delle conoscenze esoteriche della famiglia venne scelto Don Vito, in quanto figlio maggiore di suo fratello. Egli non accettò volentieri tale incombenza e nel primo periodo del suo apprendistato fu testimone distratto e disincantato alle sedute dello zio, che lo spinse, invece, con determinazione a memorizzare le invocazioni e le preghiere recitate; dopo qualche mese cominciò ad eseguire personalmente le tecniche apprese e a rendersi conto della loro efficacia o,

meglio, si accorse di poter guarire, di aver acquisito dei poteri. Per lui, infatti, l'apprendimento delle "parole magiche" non implica automaticamente la possibilità di guarire: vi deve essere una predisposizione, una qualità interiore dell'individuo che renda tali parole efficaci. Tale qualità è avvertita non da chi è scelto come "apprendista stregone", ma da colui che sceglie il suo discepolo.

Fino a 50 anni della sua esistenza Don Vito non aveva avvertito alcun tipo di vocazione o tendenza verso attività magiche: lo zio, designando lui e lui solo come depositario delle sue conoscenze, crea *ex novo* in lui una predisposizione, lo investe, *a posteriori*, di qualità particolari: «devi esse' un ommo riale, a posto, giusto».

Essere scelti da un *maano* come depositari delle sue conoscenze implica un doppio ordine di considerazioni: da un lato si sviluppa una nuova personalità che risponde in modo positivo alle sollecitazioni di un universo, allo stesso tempo distante e ptente, quello della magia; dall'altro implica una doverosa, piena accettazione della scelta. Metterla in questione, così come negare la propria predisposizione all'attività magica significa negare la stessa esistenza di quest'ultima, mettendo in dubbio la scelta fatta o considerandola casuale e immotivata. Questo determinerebbe una doppia rottura di equilibrio: anzitutto ci si porrebbe in aperto contrasto con valori culturali prestabiliti, in base ai quali l'operato dal *maano* si avvale di capacità di osservazione e discernimento "altre" che proprio per esser tali non possono essere messe in discussione; si creerebbe poi una situazione di rottura e di insicurezza all'interno del gruppo familiare. Da quanto Don Vito mi racconta, infatti, subito dopo essere stato scelto e aver acquisito le cognizioni necessarie, iniziò la sua attività con scarso entusiasmo: il suo preciso intento, la sua motivazione "ufficiale", si basavano sulla possibilità che tale attività offriva di poter proteggere la salute dei propri familiari. In seguito, la fama dello zio finì per coinvolgerlo portandolo ad allargare il suo raggio d'azione.

L'inizio tardivo della sua attività gli precluse d'altro canto la possibilità di apprendere nuove tecniche da altri *maani*, un arricchimento conoscitivo che comporta una crescita di prestigio (suo zio, come abbiamo visto, era riuscito ad ottenere un diploma da uno di essi).

La sfera d'intervento di Don Vito è quella delle malattie "procurate" derivanti cioè da intervento magico. Egli quindi «leva cose fatte co' le parole», non tratta le cosiddette "malattie di Dio" (15), e nemmeno ciò che chiama gli «allontanamenti naturali». Quest'ultima categoria comprende le rotture di legami sentimentali

dovute alla volontà consapevole di uno dei partner; quelle, cioè, per le quali non vi è stato alcun intervento magico esterno. Inoltre, evita di prendere in cura persone "affatturate" da molto tempo, perché ritiene che in questo caso esse sono possedute dagli spiriti e che pertanto necessitano di un altro tipo di intervento: «è un'altra materia».

Nell'elaborazione personale di Don Vito, quindi, la fattura, generalmente considerata il veicolo della possessione spiritica, acquisisce questa valenza solo quando diventa cronica, quando «è entrata nelle ossa, come un'infezione». Non a caso, infatti, egli sottolinea più volte l'importanza del momento in cui è interpellato: se si va da lui dopo qualche tempo che si accusano i sintomi «è troppo tardi e (lui) se ne lava le mani», «perché co' chilli nun se guarisce chiù». Le fatture a morte, «quelle che te prendono alla testa e a tutta 'a vita», possono essere inviate, a differenza delle "attirazioni", solo dal «diretto padrone»; cioè «da uno (come lui) che fa lo buono e malamente»; il quale deve provare personalmente profondi sentimenti di odio. È assai improbabile, mi spiega Don Vito, che un *maano* si prenda la pericolosa responsabilità di "ammazzare" qualcuno per conto di terzi.

Le sue principali sfere d'intervento sono le "guastature" e le "attirazioni". In quest'ultimo caso i suoi pazienti sono pretendenti o ex fidanzati respinti che tentano di trovare un rimedio – ed una spiegazione – ad una rottura sentimentale non desiderata. L'ingerimento di sangue mestruale sciolto in qualche innocente bevanda è il principale mezzo magico per attirare a sé un uomo, qualunque sia la situazione sentimentale che lo leggi ad altre donne. Vittima del cosiddetto "biscottino", l'uomo non è più padrone della sua volontà, «per lui nun c'è pace chiù», si sente potentemente attratto verso la persona artefice del malefizio – «per quella persona ce va paccio» – sviluppa cioè una specie di "fissazione" considerata patologica, una vera e propria malattia. Nel caso infatti che una persona diversa dalla vittima designata ingerisca la bevanda affatturata, le conseguenze possono essere gravissime: «va a finì 'na sciagura», si può anche morire. Don Vito, quindi, interviene per annullare gli effetti di tale malefizio, dopo che il suo procedimento diagnostico ne ha confermato l'esistenza.

La condizione di "abbeveratura" comporta, insieme al cambiamento drastico di obiettivi sentimentali, manifestazioni e atteggiamenti inusuali, caratterizzati da nervosismo, irritabilità, asocialità, manie, ed anche effetti fisici, quali il dimagrimento, l'inappetenza, la stanchezza. Prevalentemente sono le donne abbandonate

che si rivolgono a lui, ma abbastanza spesso sono i familiari che interpellano Don Vito, preoccupati del repentino cambiamento o da inusuali comportamenti di uno dei maschi della famiglia. È estremamente raro che una donna sia l'obiettivo di tale azione magica: in una società in cui è l'uomo che opera le scelte economiche ed esistenziali sarebbe incongruo, da un punto di vista ideologico, ammettere la sua impotenza in campo sentimentale, la necessità cioè di far ricorso alla magia per conquistare una donna. La scelta di una moglie, al di là degli imperativi della passione amorosa, implica considerazioni più pratiche, come la tenuta della casa e la sua economia, l'accudimento dei figli e familiari, un aiuto nell'attività lavorativa del marito: una moglie conquistata magicamente non darebbe alcuna garanzia da questo punto di vista; come mi riferisce Don Vito, «nun è conveniente prende' 'na moglie a forza».

Nel caso di "guastature" qualsiasi anomalia o disturbo nella crescita del bimbo è una ragione più che sufficiente per una visita a Don Vito che, comunque, è sempre posteriore ad un intervento medico o ospedaliero, considerato non soddisfacente o effettivo.

La procedura diagnostica utilizzata è affascinante: al paziente – o chi per lui – è richiesto il nome ed il cognome di un parente morto. Avuta questa informazione Don Vito scrive questi dati su un quaderno e si ritira in una stanzetta attigua nella quale, tramite formule invocative, si mette in comunicazione con il morto, chiedendogli se la persona fosse stata o no soggetta ad attacchi magici. Il defunto manda dei "segnali" che si manifestano in un piccolo treppiedi di legno, ereditato dallo zio, che Don Vito tiene in mano. Spesso succede che arrivi una voce: in quest'ultimo caso né Don Vito né il paziente può comprenderla, ma solo un estraneo che passi lì per caso e non abbia alcun rapporto con loro: «se se trova 'na persona 'stranea che passa accussì, chillo è capace che sente 'a voce». Nel riferirmi questi particolari il *maano* assume un'aria solenne, come se ciò legittimasse indubbiamente l'effettiva presenza di defunti nel corso dei suoi interventi.

I morti dunque sono capaci di linguaggio, possono comunicare con la sfera dei vivi ma il loro idioma non è una *langue*, non dà cioè la possibilità di intendere la struttura e i significati di quel mondo altro che tramite essa si esprime: ciò sarebbe troppo, il margine di sicurezza si ridurrebbe pericolosamente. Don Vito mi confessa che sarebbe terrorizzato al sentir "parlare i morti". Solo l'inconsapevolezza, una sorta di intoccabile distanza derivante

dalla propria ingenuità ed estraneità alle manipolazioni esoteriche permette di ascoltare, senza pericoli, la loro voce.

Il linguaggio, con la potente capacità evocativa e rappresentativa dei simboli con i quali si costruisce è qui drammaticamente esperito e negato al contempo, come potenziale "culturale" utilizzato da attori troppo "naturali" e quindi come un pericoloso travalicare spazi semantici che si cerca attentamente di mantenere circoscritti. I defunti si esprimono, si devono esprimere, attraverso "segnali", potremmo dire tramite significanti e non significati: essi vengono interpretati dall'operatore magico in quanto segni naturali traducibili culturalmente, in quanto legittimano e potenziano le sue azioni.

La funzione essenziale dell'oggetto medium della comunicazione è quella di accertare la presenza di ingerenze magiche sul paziente: nel caso esse non fossero presenti – se il defunto non desse indizi tramite esso – Don Vito non potrebbe intervenire. Il manifestarsi di una risposta positiva implica l'inizio dell'attività magico-curativa che si può articolare in due direzioni: contro l'effetto dell'azione magica e contro il mandante di essa. Questa seconda eventualità si presenta quando il suo intervento è richiesto non per qualche persona ma per cose, ad esempio stalle o camion, un'alta mortalità di animali, il frequente deterioramento dei prodotti caseari o agricoli, continui problemi con macchine o motori, possono essere causati da qualche agente stregonesco; nel qual caso Don Vito dirige la sua attività magica direttamente contro di esso. Ciò lo pone in una situazione estremamente pericolosa, perché lo fa il bersaglio di controattacchi o ritorsioni: «so' il primo ad esse' colpito»; così commenta le conseguenze di questa sua attività.

La delicatezza e l'ambiguità della sua posizione gli impongono un'estrema cura nell'esecuzione dei rituali: un'invocazione o una preghiera pronunciata con parole diverse o in diverso ordine può avere nefaste conseguenze: le entità invocate possono irritarsi e "battere" – colpire fisicamente – l'invocante.

Le terapie o, più esattamente, le contromagie utilizzate, sono basate essenzialmente su formule verbali: la prassi è quella di recitarle a bassa voce e molto velocemente in modo che sia estremamente difficile, se non impossibile, che il paziente ne possa capire il senso. Il punto di riferimento di tali formule è San Cipriano. Sia le invocazioni che le richieste specifiche sono quasi sempre indirizzate a lui.

La storia del Santo è esemplare in questo contesto. Cipriano è

un mago, consacrato fin dalla gioventù a demoni: «parea che convertisse le donne in bestie». Innamoratosi di una cristiana, Giustina, egli usa tutte le sue arti magiche per averla ma lei con un sol segno di croce rompe tutte gli incantesimi. Interpellato il Principe dei Demoni per un aiuto nell'impresa, anche lui deve riconoscere la sua impotenza di fronte al segno della Croce. A questo punto, convinto della supremazia di Cristo, Cipriano decide di seguire il Crocefisso e di convertirsi. Per la sua sapienza è poi fatto vescovo (16).

L'attività di Don Vito sembra quindi articolarsi in uno spazio più specificamente magico che terapeutico. Innanzi tutto l'acquisizione della conoscenza è decisamente un'esperienza terrena, concreta, in cui è fondamentale il concetto di potere più che quello d'illuminazione: maggiore è il numero delle fonti dalle quali trarre insegnamenti, più potenti divengono le proprie capacità esoteriche. Tramite l'esperienza, inoltre, tali capacità vengono affinate e rese meno vulnerabili. Esse gli permettono di gestire con successo i rapporti con un mondo, quello dei defunti, che rappresenta il polo essenzialmente negativo, asociale, distruttivo dei rapporti umani: qualsiasi contatto improprio con esso può dimostrarsi nefasto.

Don Vito rappresenta l'anello di congiunzione tra due realtà che dovrebbero rimanere distinte, il suo potere sta nella capacità di esistere ed agire fruttuosamente in una zona di confine intrinsecamente pericolosa: non si può appartenere a due realtà antitetiche, alla vita e alla morte, al mondo dei viventi e a quello dei defunti, è una contraddizione in termini. Solo tramite la magia tale contraddizione può superare se stessa e divenire azione. L'ambiguità della condizione impone, quindi, una codificazione accurata dei comportamenti, un'attenzione quasi esasperata al rituale: uno sbaglio, una dimenticanza ed il delicato equilibrio si rompe, la propria invulnerabilità è messa in pericolo. Non è un caso, quindi, che Don Vito non tratti malattie – le cosiddette fatture croniche, come lui le chiama – in cui gli spiriti rappresentano il fattore eziologico: qualsiasi azione contro di essi sarebbe da lui considerata un'azione contro lo stesso proprio potere, contro quelle stesse essenze che lo aiutano nelle sue attività magiche. Il fulcro della sua attività è nella capacità di comunicazione con il mondo dei morti, non nella sua manipolazione o nel totale dominio di esso: gli spiriti, infatti, rimangono muti – ribadendo, con il loro silenzio, l'impotenza da parte dell'operatore di servirsi di loro – se i disturbi per cui si chiede conferma appartengono ad una sfera di ingerenza non ma-

gica ma divina. La sfera d'azione di Don Vito, quindi, è decisamente magica – e non religiosa – e il suo intervento si configura come una contrapposizione tra domini esoterici: nel caso, come abbiamo visto, si richieda la sua opera per oggetti o attività sospetti di essere stati influenzati magicamente, il suo potere non si dirige a restaurarne l'integrità – come Zì Luigi – ma si indirizza contro il responsabile, in vero e proprio confronto *vis-à-vis*. Da questo confronto, in caso di vittoria, deriva la guarigione del paziente o l'arrestarsi della serie di accadimenti sfortunati che, proprio perché considerati in successione temporale – una vera sequenza inesorabile di effetti – sono interpretati come diretto risultato di attività malvagie (cfr. Favret-Saada 1980:6).

La sua figura è decisamente ambigua, com'è ambigua quella di colui che lui invoca: significativamente, Don Vito non si considera un guaritore ma un *maano*, sottolineando lessicalmente la diversa struttura della sua attività.

– *Sbamba* (Giovanni Capozza)

Giovanni Capozza, “in arte” Sbamba, viveva in una masseria isolata nelle campagne circostanti Pesco Sannita (17). La sua “professione” si svolgeva in una stanza a pian terreno della casa, esclusivamente adibita a “studio”: lì, seduto ad un tavolo-scrivania con numerosi libri in fila e con un diploma di “Enigmista Scelto” in bella vista sulla parete, riceveva i suoi pazienti dal lunedì al venerdì, orario 7-12.

Questi pochi tratti poco forse ci dicono sulla sua impostazione, sulla sua tensione conoscitiva, nella quale è presente un costante indirizzarsi verso uno *status* di scientificità, verso l'applicazione, personale ma rigorosa, di principî logici ed empirici. Le concettualizzazioni relative agli stati patologici elaborate da Sbamba sono frutto dell'attenzione costante e critica posta su qualsiasi informazione di tipo fisico e/o medico proveniente dall'esterno, siano esse anche soltanto un incontro con un antropologo o una trasmissione televisiva (nella sua cucina vi sono ben due apparecchi televisivi, uno accanto all'altro).

Dalle teorie sull'atomo alle istruzioni per massaggi orientali, qualsiasi indicazione in qualche modo “scientifica” è da lui assimilata e rielaborata attraverso l'ottica della sua personale concezione del mondo che, in quanto tale, riflette – e interagisce con – altri orientamenti cognitivi. Il malessere psichico, ad esempio, la pazzia, è dovuta «ai neuroni che si accumulano e danneggiano»; la

bassa pressione sanguigna «ferma il sangue» e la alta «lo aumenta». Durante il periodo post Chernobyl l'ipotetico tasso di inquinamento radioattivo dell'aria divenne la causa scatenante, il fattore eziologico di una malattia, «il fuoco di S. Antonio», tradizionalmente curata e diagnosticata dai guaritori della zona. Nell'universo di discorso di Sbamba l'attuale, la realtà nel suo manifestarsi quotidiano trova costantemente i suoi spazi per divenire categoria eziologica, fattore terapeutico: nel caso citato una malattia curata arcaicamente è interpretata in chiave addirittura postmoderna.

In gioventù Sbamba era un modesto venditore ambulante di pettini e spille. Il passaggio alla professione di guaritore – che in questo caso rappresenta un vero cambiamento di *status* socioeconomico – si attua per mezzo di una presa di coscienza delle sue facoltà rabdomantiche: si scoprì infatti molto giovane la capacità di individuare sorgenti e corsi d'acqua. La sua trasformazione in guaritore viene anch'essa dispiegata secondo «logica»: dato che era in grado di riconoscere l'acqua nella terra, ne conseguì la possibilità anche di determinare la presenza di malattie nel corpo umano. La struttura biofisica dell'uomo è quindi rappresentazione metaforica del mondo: le stesse forze che agitano quest'ultimo influiscono sul primo. Microcosmo umano e macrocosmo naturale sono due espressioni della stessa realtà, rappresentano un *continuum* nel quale accadimenti naturali e «fenomeni» si susseguono e spesso si sovrappongono.

Sbamba mostrava forti reticenze a parlare specificamente di malattie causate da azioni magiche ed era solito usare con estrema disinvolta l'aggettivo «psicologico» («i disturbi so' psicologici») in riferimento a quelle manifestazioni patologiche delle quali tentava di carpire una definizione «tradizionale».

L'approccio con i suoi interlocutori – pazienti e non – tendeva a confondere, a creare aspettativa, con la negazione decisa dell'esistenza di fatture, «legature» o spiriti, o raccontando casi particolarmente interessanti e difficili: i cosiddetti «fenomeni provocati dagli uomini». Usava spesso il termine fenomeno, come per sottolineare la sua distanza scientifica dal mondo magico nel quale comunque era immerso, la sua capacità di osservare oggettivamente le manifestazioni sovrannaturali e, nello stesso tempo, di negare tale sovrannaturalità, dal momento che, secondo lui, sono gli uomini che promuovono tali accadimenti.

Nel momento diagnostico in special modo Sbamba confermava la sua propensione verso le scienze esatte: la sua relazione con il paziente iniziava con la richiesta della data di nascita: l'ela-

borazione dei dati numerici in un calendario perpetuo lo portava a conoscere a quale giorno della settimana essa corrispondeva. Questa informazione veniva successivamente interpretata in chiave astrologica (18), e tale chiave di lettura ispirava le sue prime osservazioni sulla personalità – fisica e psichica – e sugli eventuali problemi del paziente. Sia Sbamba sia Zi Luigi, quindi, sembrano attingere – anche se con ampi margini di elaborazione personale – ad un sapere di tipo astrologico.

Successivamente, senza parlare troppo – o rimanendo in assoluto silenzio nel caso di persone particolarmente agitate o disturbate – imponeva sul corpo del malato una bacchetta, la “mazzerella”: tale azione aveva un duplice effetto, permettendo di “sentire” la malattia nel corpo (così come con il ramoscello di salice riusciva a sentire l’acqua) e nello stesso tempo placare i pazienti più riottosi o, meglio, ridurre all’impotenza le entità che malvagiamente inducono le persone a “pazziare”, a comportarsi cioè come pazzi. «Contro i fenomeni – spiegava Sbamba – è come ’na lotta: bisogna provare ma l’intervento deve essere logico».

Al di là della funzione diagnostica, quindi, l’imposizione della bacchetta e il suo rimanere muto («parlo solo quando il paziente sta bene») si configurano come azioni di contrasto rispetto alle forze negative interagenti nell’individuo: la loro logicità è nel contrapporsi rispettivamente come potere e passività alla furia dei “fenomeni” in atto.

Anche se mai esplicitamente, attraverso le sue espressioni e le sue narrazioni, ottenute a fatica, in trasparenza si legge il ricorrere costante di fatture e di comportamenti parossistici ad esse connessi, elementi ormai “classici” dei casi di possessioni spiritiche: dalla rigidità assolutamente innaturale di un giovane portato di peso da lui agli atteggiamenti stravaganti di un’attempata madre di famiglia («rideva sempre, cantava e ballava pe’ strada»). Nei casi particolarmente difficili Sbamba utilizzava manipolazioni corporee: per far diventare un uomo «placido, calmo e bello», per calmare cioè una persona agitata, la toccava in un punto specifico della nuca; il suo contatto e, più importante, la conoscenza del punto esatto da sfiorare, sembravano avere effetti rilassanti immediati sul paziente. L’imposizione delle mani e l’uso di massaggi rappresentano una costante del suo intervento terapeutico, venendo utilizzati anche nel caso di disturbi non derivanti da azioni malvagie umane. La fama di Sbamba nella zona era dovuta in special modo alle sue conoscenze pratiche, sia dell’organismo umano e del suo funzionamento sia dei metodi naturali da adottare come cure. Rispetto ai

suoi colleghi nella zona utilizzava più estesamente medicamenti a base di erbe.

La sua volontà di apparire "scientifico" lo portava ad essere estremamente esplicito con le persone che lo interpellavano, senza remore nel comunicare l'eventuale incurabilità del male. Tale drasticità della diagnosi, lungi dall'essere considerata come un'incapacità a guarire, era vissuta dai pazienti come dimostrazione dell'esattezza della sua conoscenza curativa, dell'"onestà" dei suoi giudizi diagnostici.

Con Sbamba, quindi, non si attua quella trasmutazione di significati che porta gli altri guaritori descritti ad interpretare in chiave tradizionale e simbolica le manifestazioni fisiche e gli avvenimenti della realtà sociale del paziente; il suo intervento si sviluppa attraverso una categorizzazione sistematica degli eventi patologici osservati, sottolineando le differenze fra livelli di esperienza corporea e riflessi sociali invece di unificarli sotto un comune referente concettuale: i disturbi sono «psicologici» o sono «fenomeni provocati dagli uomini», così come «il male fisico è 'na cosa, il male mentale è 'nata cosa». La sua peculiare impostazione cognitiva lo portava a fondare la sua visione della malattia su coordinate che possono essere considerate "tradizionali" solo in riferimento alle modalità del momento più strettamente diagnostico. Individuato il male attraverso la "mazzetta", l'intervento curativo si esplicava poi con atteggiamenti ed azioni che sono decisamente più vicini ai "modelli esplicativi" della medicina scientifica, con ampio uso di medicamenti prescritti con rigore e la tendenza a considerare il paziente in termini fisici e meccanicisti, distinguendo eventuali influenze "psicologiche" dalla reale patologia in atto.

Per concludere, all'interno di un'area culturalmente omogenea e geograficamente ristretta quale quella esaminata, le attività dei guaritori tradizionali si esplicano in modi tra loro decisamente diversi che restano purtuttavia coerenti con il quadro concettuale di fondo su cui si muovono le idee relative a salute e malattia.

Si potrebbe così schematizzare:

	ACQUISI- ZIONE DI STATUS	MODALITÀ	MEZZI	CONFIGU- RAZIONE	SFERA DI INTER- VENTO
ZI LUIGI	“Visione”	Incantesimi, preghiere, esorcismi	Dio e Santi, Crocefisso	Medium di potere	Malattie di Dio e del demo- nio
DON VITO	Passaggio di cono- scenza in- trafamiliare	Incantesimi	Morti, treppiedi di legno	Potere personale	Malattie causate dagli uomini
SBAMBA	Apprendi- stato per- sonale	Incantesimi manipolazio- ni fisiche, medicamenti	Conoscenza pragmatica, mazzetta	Autorità della espe- rienza	Malattie naturali, fenomeni

La parola, nella sua accezione più vasta, costituisce l'elemento che unifica questi tre operatori: in essa risiede la capacità di guarigione, il potere di modificare la realtà. Le parole si articolano attraverso gli incantesimi, le preghiere, le formule invocative e, violando la loro funzione comunicativa, sono rispettivamente emesse ma non comprese, pronunciate ma non recepite. La loro forma scritta, la loro «esistenza fisica» (Tambiah 1968:182) le rende ancor più potenti, condensa la loro forza e, fermandole nel tempo con il richiamo a un sacro evento fondante, protegge la loro inalterabilità.

Tutti e tre i guaritori, in maniera diversa, utilizzano la fascinazione della parola scritta, dei testi “sacri e misteriosi”: Zi Luigi fingendo di leggere un libro ecclesiastico e ponendolo sulla testa del malato, Don Vito comunicandomi che la sua acquisizione di sapere da parte dello zio previde un passaggio di testi; Sbamba scrivendo minuziosamente i suoi casi e sfoggiando volumi sulla sua scrivania.

Attraverso i differenti orientamenti ideologici di questi operatori tradizionali il potere magico della parola affiora costantemente, come per sottolineare che tali differenti orientamenti non si oppongono concettualmente l'uno all'altro, ma rappresentano diverse modalità di acquisizione e gestione del sapere. Il passaggio

allo *status* di guaritore, infatti, viene a configurarsi in modo diverso per i tre e le modalità di apprendimento sembrano conferire forme e contenuti differenti alle tipologie di conoscenza e azione. L'esperienza di una dimensione spazio-temporale "altra", dove l'intervento extraumano modifica – perennemente – la realtà (Zi Luigi), quella invece legata al tempo reale, al dispiegarsi del quotidiano (Don Vito), e quella invece che fonda autonomamente una sua propria "realità terapeutica" (Sbamba), sembrano conformare il tipo di approccio utilizzato, lo sfondo concettuale su cui si muovono gli eventi da interpretare.

Al di là di questo, è la produzione simbolica, la creazione di simboli attraverso processi metaforici e metonimici che risulta essere elemento unificante del sistema medico tradizionale e la sorgente primaria dell'efficacia terapeutica dei guaritori. Se essi possono essere considerati come depositari dei valori culturali tradizionali, è attraverso il loro processo di simbolizzazione che questi ultimi vengono ad essere riformulati in modo da connettersi alla realtà sociale del paziente e modificare significativamente la sua entità fisica minacciata: nei rituali di cura è il livello simbolico messo in atto ad avere potenzialità curative nei confronti dell'individuo, rappresentando lo spazio d'azione del culturale nel naturale. In quest'ottica, dunque, considerare i guaritori come veri e propri «fisiologi culturali» (Moerman 1979:59) mi pare tanto suggestivo quanto legittimo.

L'organizzarsi di tali processi di creazione simbolica, innescati *in primis* nel momento della classificazione diagnostica e sviluppati poi nel corso dell'intervento terapeutico, anche se espressione indubbia della personale, e spesso idiosincratica visione del mondo del guaritore – e quindi, da un punto di vista antropologicamente ortodosso, non valutabili come emblematica espressione "condivisa" dei valori culturali di una comunità (19) – può essere decifrato come la manifestazione più viva e percettibile della dinamica culturale di una società e dei suoi orientamenti concettuali nonché, come abbiamo visto nel caso specifico, come risultato di differenti approcci al sapere terapeutico.

Note

1. La ricerca, finanziata con un contributo sul 40%, è coordinata dal Prof. Italo Signorini (Cattedra di Etnologia II dell'Università "La Sapienza" di Roma). A lui va tutta la mia più sincera gratitudine per avermi offerto questa possibilità

di lavoro sul campo (aprile – settembre 1986): senza di lui e senza i suoi preziosi suggerimenti questo scritto non avrebbe potuto realizzarsi.

2. Molto interessante, a questo proposito, la distinzione proposta da Young fra le diverse modalità di capacità cognitive («teoretica», «empirica», «razionale», «intersoggettiva», «negoziale») in relazione ai differenti stadi e aspetti dell'*illness* (Young 1981).

3. San Marco dei Cavoti è uno dei 77 comuni della provincia di Benevento e costituisce la base logistica dei collaboratori alla ricerca nell'area. Per un approfondimento delle sue caratteristiche socio-politiche si veda Costanzo (1985).

4. Comunicazione personale della Dott.ssa Luisa Califano, psicologa dell'Istituto. Sono i casi in cui maggiore è il pericolo di una «regressione psicotica» per i quali di solito il guaritore consiglia una visita all'Istituto.

5. L'uso del termine "concettuale" è qui intenzionalmente preferito a quello di "ideologico", condividendo le osservazioni di Keesing (1987) che sottolineano come quest'ultimo implichi un riferimento preciso a realtà politiche ed economiche e alle conseguenti dinamiche di potere che non appartiene al primo, associato al livello di produzione mentale di idee, di "concetti", ssvrri da colorazioni politiche e potenzialità coercitive. Pertinente mi pare in questo contesto l'affermazione dell'autore: «knowledge is a key to power as well as to meaning» (Keesing 1987: 165). L'utilizzazione dei due termini nel testo prende atto di tale differenziazione di significato.

6. Su questi argomenti, comunque, eventuali specifici riferimenti bibliografici riguarderebbero l'intera comunità accademica interessata alle teorizzazioni medico-antropologiche.

7. L'invocazione può cambiare nella forma: spesso è rivolta direttamente a Dio, ma la Madonna e S. Michele sono sempre interpellati.

8. Questi termini classificano tradizionalmente condizioni patologiche derivanti da azioni magiche umane e/o extra-umane e da contatti impropri con il mondo dei defunti. Nel caso di "fattura", responsabile è sempre un *maano* che può inviare spiriti che prendono possesso del corpo della vittima, come anche fargli ingerire sostanze magicamente manipolate. Entrambe le procedure causano *in primis* forti disagi psichici espressi in comportamenti asociali e parossistici e un rapido processo di deperimento organico che può portare alla morte. La "legatura" (s'intende del sangue) è sempre opera di un *maano*, più precisamente di un *fattucchiaro*, il quale si serve semplicemente di "parole", incantesimi che sembrano avere conseguenze patologiche meno devastanti della fattura, non toccando la sfera psichica dell'individuo. Nel caso di "striature" (o "guastature"), è un agente extra-umano, la strega, che dirige le sue manipolazioni magiche prevalentemente nei confronti dei bambini, causando malformazioni, disturbi nella crescita, anorexia, ecc. Per quanto riguarda la "paura", essa corrisponde alla componente spiritica di una persona morta violentemente o per disgrazia, la quale rimane nei luoghi ove è avvenuta la morte e spaventa le persone, causando una serie di disturbi di carattere nervoso – tremolio, balbuzie, insonnia, tachicardia, depressione. È in corso di elaborazione, da parte del prof. Signorini, una più ampia analisi e una proposta di classificazione delle malattie tradizionali, di eziologia magica e non, della zona.

9. Nella recitazione del Rosario, la discesa dello Spirito Santo sugli Apostoli è considerata un "mistero glorioso": «Apparvero loro lingue come di fuoco che si dividevano e si posarono su ciascuno di loro; ed essi furono tutti pieni di Spirito Santo» (Atti 2, ss.).

10. Una tecnica largamente diffusa anche in Mesoamerica (cfr. Aguirre Beltrán 1963; Adams & Rubel 1967; Nash 1967; Fábrega & Silver 1973; Signorini & Tranfo 1979; Finkler 1985).

11. Per una discussione sul fenomeno nel contesto di altre culture, si veda Hudson (1975).

12. Una situazione analoga a quella descritta da Guggino (1986), che parla di entrata di "esseri".

13. Tale elemento può essere messo in connessione, se non addirittura identificato, con il fenomeno *placebo*. Recenti studi hanno evidenziato una reazione fra la somministrazione di sostanze inerti ma credute efficaci dal paziente e l'attività del cosiddetto oppiaceo endogeno, l'endorfina. In un esperimento condotto con il metodo del *double blind* (Levine *et al.* 1978), si notava un aumento delle sensazioni di dolore quando alla somministrazione di sostanze *placebo* si sostituiva quella di naloxone, sostanza antagonista degli oppiacei. Al di là di queste sperimentazioni di natura più strettamente biomedica, la natura dei risultati attribuiti alle pratiche della medicina tradizionale e l'ideologia degli elementi sui quali esse si basano sembrano chiamare in causa il suddetto effetto *placebo* e la sua affascinante connessione con la produzione di oppiacei endogeni.

14. Durante la mia permanenza nella sua casa, Zì Luigi era costantemente chiamato al telefono, dal quale "scongiurava" a distanza.

15. Con tale termine, che trova riscontro nelle classificazioni delle infermità in molte altre culture, s'intendono quegli stati patologici di diversa natura e gravità che sono considerati espressione del proprio destino individuale, derivanti quindi dalla volontà divina e che pertanto non possono essere curati magicamente.

16. Si veda, per il racconto riportato, Bargellini (1960).

17. Nel periodo in cui questo scritto veniva redatto e dato alle stampe, Giovanni Capozza veniva a mancare, improvvisamente, nel sonno.

18. Lunedì: Luna; Martedì: Marte; Mercoledì: Mercurio; Giovedì: Giove; Venerdì: Venere; Sabato: Saturno; Domenica: Sole.

19. Cfr. le posizioni della cosiddetta "antropologia interpretativa" all'interno dell'attuale dibattito antropologico (Shankman 1984; Keesing 1987; Remotti 1987).

Bibliografia

- Adams R.N. & A.J. Rubel. 1967. "Sickness and social relations", in *Handbook of Middle American Indians*, a cura di R. Wauchope, vol. 6:336-356. Dallas: University of Texas Press.
- Aguirre Beltrán, G. 1963. *Medicina y magia*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Bourguignon, E. 1972. "Dreams and altered states of consciousness in anthropological research", in *Psychological anthropology*, a cura di F.L.K. Hsu, pp. 403-434. Homewood: The Dorsey Press.

- — 1976. The effectiveness of religious healing movements: a review of recent literature. *Transcultural Psychiatric Research Review* 8:5-21.
- Colson, A.C. 1971. The differential use of medical resources in developing countries. *Journal of Health and Social Behaviour* 12:226-237.
- Comaroff, J. 1978. Medicine and culture: some anthropological perspectives. *Social Science and Medicine* 12B: 247-254.
- — 1981a. Health and cultural transformation: the Tswana of Southern Africa. *Social Science and Medicine* 15B: 367-378.
- — 1981b. *Symbolic healing: medicine as a socio-cultural system*. Dattiloscritto.
- — 1983. The defectiveness of symbols or the symbols of defectiveness? On the cultural analysis of medical systems. *Culture, Medicine and Psychiatry* 7, 1: 3-20.
- Costanzo, P. 1985. *Interesse, valore e strategie nel processo politico in un "paese" del Sannio*. Tesi di laurea non pubblicata. Napoli: Facoltà di Lettere e Filosofia, cattedra di Sociologia.
- Fábrega, H. jr. 1971. The study of medical problems in preliterate setting. *Yale Journal of Biology and Medicine* 43: 385-407.
- — 1973. An integrated theory of disease: ladino-mestizo views of disease in the Chiapas Highlands. *Psychosomatic Medicine* 35, 3: 223-239.
- — 1981. "The scientific usefulness of the idea of illness", in *Concepts of health and disease. Interdisciplinary perspectives*, a cura di A.L. Caplan, H.T. Hengelhardt jr., J.J. McCartney, pp. 131-142. Londra: Addison-Wesley Publishing Co.
- — 1984. "Culture and psychiatric illness: biomedical and ethnomedical aspects", in *Cultural conceptions of mental health and therapy*, a cura di A.J. Marsella e G.M. White, pp. 39-68. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.
- Fábrega H. jr. & D.B. Silver. 1973. *Illness and shamanistic curing in Zinacantan*. Stanford: Stanford University Press.
- Favret-Saada, J. 1980. *Deadly words. Witchcraft in the Bocage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Finkler, K. 1985. *Spiritualist healers in Mexico. Successes and failures of alternative therapeutics*. South Hadley: Bergin & Garvey.
- Frake, C.O. 1961. The diagnosis of disease among the Subanum of Mindanao. *American Anthropologist* 63: 113-132.
- Geertz, C. 1987. *Interpretazione di culture*. Bologna: Il Mulino.

- Glick, L.B. 1967. Medicine as an ethnographic category: the Gimi of the New Guinea Highlands. *Ethnology* 6: 31-56.
- Guggino, E. 1986. *Un pezzo di terra di cielo*. Palermo: Sellerio.
- Hahn, R.A. 1985. "A sociocultural model of illness and healing", in *Placebo theory, research and mechanism*, a cura di L. White, B. Tursky e G.E. Schwartz, pp. 167-195. New York: The Guilford press.
- Hengelhardt, H.T. jr. 1981. "The concepts of health and disease", in *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*, a cura di A.L. Caplan, H.T. Hengelhardt jr., J.J. McCartney, pp. 31-45. London: Wesley Publishing Co.
- Hudson, C. 1975. "Vomiting for purity: ritual emesis in the aboriginal Southwestern United States", in *Symbols and Society*, a cura di C.E. Hill, pp. 93-102. Athens: University of Georgia Press.
- Keesing R.M. 1987. Anthropology as interpretative quest. *Current Anthropology* 28, 2:161-176.
- Kiev, A. 1968. *Curanderismo: mexican-american folk psychiatry*. New York: The Free Press.
- Kleinman, A. 1973. Medicine's symbolic reality. On a central problem in the philosophy of medicine. *Inquiry* 16: 206-213.
- 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Levine, J.D. et al. 1978. The mechanism of placebo analgesia. *The Lancet* 23: 654-657.
- Lieban, R. 1967. *Cebuano sorcery*. Berkeley: University of California Press.
- 1977. "Symbols, signs and success: healers and power in a Philippine city, in *The anthropology of power*, a cura di R. D. Fogelson e R. Adams, pp. 57-66. New York: Academic Press.
- Lisón Tolosana, C. 1979. *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid: Akal Ed.
- Low, S. 1988. The medicalization of healing cults in Latin-America. *American Ethnologist* 15, 1: 136-154.
- Metzger, D. & G. Williams 1963. Tenejapa medicine: the curer. *Southwestern Journal of Anthropology* 19: 216-234.
- Moerman, D.E. 1979. Anthropology of symbolic healing. *Current Anthropology* 20, 1: 59-80.
- Murray, D.W. 1977. "Ritual communication: some considerations regarding meaning in Navajo ceremonials", in *Symbolic Anthropology*, a cura di J.L. Dolgin, D.S. Kemnitzer,

- D.M. Schneider, cap. 11. New York: Columbia University Press.
- Nash, J. 1967. The logic of behaviour: curing in a Maya indian town. *Human Organization* 26: 132-140.
- Peters, L.G. 1982. Trance, initiation and psychotherapy in Tamang shamanism. *American Ethnologist* 91: 21-46.
- Remotti, F. 1987. "Clifford Geertz: i significati delle stranezze. Introduzione all'edizione italiana", in C. Geertz *Interpretazione di culture*, pp. 9-33. Bologna: Il Mulino.
- Romano, O.I. 1965. Charismatic medicine, folk healing and folk sainthood. *American Anthropologist* 67: 1151-1173.
- Romanucci-Ross, L. 1969. The hierarchy of resorts in curative practices: the Admiralty Islands, Melanesia. *Journal of Health and Social Behaviour* 10: 201-209, (scritto come Romanucci-Schwartz).
- 1986. Creativity in illness: methodological linkages to the logic and language of science in folk pursuit of hth in central Italy. *Social Science and Medicine* 23, 1: 1-7.
- Shankman, P. 1984. The thick and the thin: on the interpretive theoretical program of Clifford Geertz. *Current Anthropology* 25, 3: 261-279.
- Signorini, I. & L. Tranfo. 1979. "Le infermità: classificazione e terapia", in I. Signorini *Gente di laguna. Ideologia e istituzioni sociali dei Huave di San Mateo del Mar*, pp. 164-197. Milano: Angeli.
- Stoner, B.P. 1986. Understanding medical systems: traditional, modern, and syncretic health care alternatives in medically pluralistic societies. *Medical Anthropology Newsletter*: 44-48.
- Tambiah, S.J. 1968. The magical power of words. *Man* 3, 2: 175-208.
- White, G.M. 1984. "The ethnographic study of cultural knowledge of 'mental disorder'", in *Cultural conceptions of mental health and therapy*, a cura di A.J. Marsella, G.M. White, pp. 69-95. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.
- Worsley, P. 1982. Non-Western medical systems. *Annual Review of Anthropology* 11: 315-348.
- Young, A. 1976. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist* 78: 5-24.
- 1981. When rational men fall sick: and inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry* 5,4: 317-335.

Sommario

Nell'ambito di questa trattazione sono descritti ed analizzati tre guaritori tradizionali operanti in una zona rurale dell'Italia centro-meridionale. Ne viene tratteggiata la personalità, l'orientamento ideologico, le modalità di acquisizione della conoscenza. Particolare attenzione è posta al livello di creazione simbolica e di produzione contestuale del significato emergente nel rapporto terapeutico e strettamente connesso alle sue modalità di apprendimento. Tutto ciò ha consentito di vagliare il grado di dinamismo culturale della società di cui quei guaritori sono espressione, e della sua organizzazione concettuale.

Summary

This paper comprises a description and analysis of three traditional healers who work in a rural area of south-central Italy. An outline is given of personality, ideological stance, and the ways in which knowledge is acquired. There is particular attention to the plane of symbol creation and the simultaneous production of meaning that emerges in the therapeutic relationship, closely connected to the way knowledge is acquired. All of this makes it possible to assess the degree of cultural dynamism of that community of which the healers are an expression and of its conceptual structure.