



Oltre l'efficacia simbolica. Produttività e criticità di un concetto.

di IVO QUARANTA

La lezione di Claude Lévi-Strauss

Le riflessioni che Claude Lévi-Strauss ha elaborato sul tema dell'efficacia simbolica hanno rappresentato un punto di riferimento cruciale per tutti i dibattiti antropologici successivi sul tema, e continuano ad essere fonte inesauribile di ispirazione. Consegnateci principalmente in due saggi, contenuti nel primo volume di *Antropologia Strutturale* ([1958] 1966), rispettivamente *Lo stregone e la sua magia* e *L'efficacia simbolica*, tali riflessioni offrono al lettore indicazioni fondamentali per comprendere il ruolo giocato dalle dimensioni simboliche nel contesto dei processi terapeutici.

Ben lungi dal poter presentare in questa sede una disamina esaustiva sul tema, si prenderà spunto dalle riflessioni lévi-straussiane per sollevare alcuni spunti in merito alla riformulazione contemporanea dei termini del dibattito sull'efficacia terapeutica.

Nei due lavori sopracitati, Claude Lévi-Strauss, con l'acume che ha sempre caratterizzato i suoi scritti, dichiara di volersi concentrare sulla triade guaritore-malato-gruppo per comprendere le dinamiche della funzione simbolica in riferimento ai meccanismi psico-fisiologici alla base dell'efficacia delle pratiche rituali. Tuttavia, il valore e il ruolo che l'autore attribuì agli elementi di tale triade, oggi sono stati profondamente ripensati, contribuendo a una riformulazione del tema stesso dell'efficacia terapeutica.

Per argomentare le sue tesi, l'autore prende in considerazione tre differenti casi relativi rispettivamente agli Zuni, ai Kwakiutl e ai Cuna. Al cuore dell'efficacia delle pratiche sciamaniche esaminate, Lévi-Strauss individua la capacità del terapeuta di formulare un linguaggio capace di riaffermare l'universo simbolico del gruppo. Così facendo, a essere rinsaldato è precisamente il sistema che fonda l'esperienza collettiva. Lo sciamano, in altre parole, permette di rendere pensabile e dicibile ciò che altrimenti rappresenterebbe un "insieme diffuso di sentimenti e di rappresentazioni malformati" (Lévi-Strauss 1966: 196).

Il complesso sciamanico si organizzerebbe principalmente intorno ai due poli dello sciamano e del

consenso collettivo. Nella visione lévi-straussiana, infatti: “Le esperienze del malato rappresentano l’aspetto meno importante del sistema” (Lévi-Strauss 1966: 203). Emblematiche a riguardo le vicende di Quesalid, l’uomo kwakiutl che diventa guaritore attraverso un apprendistato volto a smascherare e denunciare proprio i trucchi e le “soperchierie” degli sciamani (cfr. Lévi-Strauss 1966: 197): “[Egli infatti] non è diventato un grande stregone perché guariva i suoi malati, egli guariva i suoi malati perché era diventato un grande stregone” (Lévi-Strauss 1966: 203). È la dimensione collettiva in altre parole a giocare un ruolo cruciale. Quella stessa dimensione collettiva che Walter B. Cannon aveva individuato al cuore della *voodoo death* (1942): lo stregato cede all’azione combinata del terrore intenso che prova, dell’improvviso e totale ritirarsi dei molteplici sistemi di riferimento forniti dalla connivenza del gruppo, e, più tardi, dalla loro decisiva inversione: tutti questi fattori, da vivo che era, soggetto di diritti e di obblighi, lo proclamano morto, oggetto di timori, di riti e di proibizioni. L’integrità fisica non resiste alla dissoluzione della personalità sociale (Lévi-Strauss 1966: 189).

Le cure sciamaniche produrrebbero, di converso, una reintegrazione dell’afflitto in seno a un universo simbolico condiviso: la cura consisterebbe quindi nel rendere pensabile una situazione che in partenza si presenta in termini affettivi e nel “rendere accettabile alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare. Che la mitologia dello sciamano non corrisponda a una realtà oggettiva è un fatto privo di importanza: l’ammalata ci crede, ed è un membro di una società che ci crede” (Lévi-Strauss 1966: 221).

Il rituale terapeutico rappresenterebbe l’occasione per mettere in scena la coerenza dell’universo psichico, proiezione, a sua volta, dell’universo sociale. Per Lévi-Strauss è precisamente questo riallineamento fra universo psichico e universo sociale il fulcro della funzione simbolica (Lévi-Strauss 1966: 206).

Questi passaggi del ragionamento lévi-straussiano emergono in tutta la loro vividezza nella ricostruzione del canto cuna recitato in occasione di un parto difficile. Lo sciamano fornisce alla sua ammalata un linguaggio nel quale possono esprimersi immediatamente certi stati non formulati, e altrimenti non formulabili. E proprio il passaggio a questa espressione verbale (che permette, nello stesso tempo, di vivere in forma ordinata e intelligibile un’esperienza attuale, ma che sarebbe, senza quel passaggio, anarchica e ineffabile) (cfr. Lévi-Strauss 1966: 222) provoca lo sbloccarsi del processo fisiologico, ossia la riorganizzazione, in un senso favorevole, della sequenza

di cui l'ammalata subisce lo svolgimento.

Nel corso del rito, lo sciamano introduce i personaggi del mito in uno scenario costituito dal corpo della donna e dai suoi organi. In questo modo è il mito stesso a svolgersi nel corpo, dando concretezza esperienziale allo scioglimento della vicenda: "Gli spiriti protettori e gli spiriti maligni, i mostri soprannaturali e gli animali magici fanno parte di un sistema coerente che fonda la concezione indigena dell'universo. La malata li accetta, o, più esattamente, non li ha mai messi in dubbio. Quel che non accetta sono i dolori incoerenti e arbitrari, che, invece, costituiscono un elemento estraneo al suo sistema, ma che, grazie al ricorso al mito, vengono sostituiti dallo sciamano in un insieme in cui tutto ha una ragione d'essere. Ma l'ammalata, avendo capito, non si limita a rassegnarsi: guarisce" (Lévi-Strauss 1966: 221, 222).

È significativo ai nostri fini sottolineare, nella interpretazione di Lévi-Strauss, non solo l'elisione del ruolo del paziente (su cui torneremo) ma anche il suo accostamento, ribadito sistematicamente, fra cura sciamanica e cura psicanalitica.

In entrambi i metodi di cura, si tratterebbe "di indurre una trasformazione organica, consistente essenzialmente in una riorganizzazione strutturale, tale che l'ammalato sia messo nelle condizioni di vivere un mito, ora ricevuto" (nel caso dello sciamano), "ora prodotto" (nel caso del paziente della psicanalisi), "e la cui struttura sarebbe, allo stadio dello psichismo inconscio, analoga a quella di cui si vorrebbe determinare la formazione allo stadio del corpo" (cfr. Lévi-Strauss 1966: 226). In ultima analisi la cura sciamanica guarirebbe attraverso un processo analogo all'abreazione psicanalitica. "L'efficacia simbolica consisterebbe appunto in questa proprietà induttrice" rispetto alla quale le cure sciamaniche e le cure psicanalitiche "sarebbero dotate di strutture formalmente omologhe, edificabili, con materie prime differenti, ai differenti stadi del mondo vivente" (Lévi-Strauss 1966: 226).

La cornice generale in cui Lévi-Strauss formula le sue riflessioni è ovviamente quella dell'inconscio strutturale secondo cui: "l'inconscio cessa di essere l'ineffabile rifugio delle particolarità individuali, il depositario di una storia unica, che rende ciascuno di noi un essere insostituibile. Si riduce a un termine con il quale designiamo una funzione: la funzione simbolica, specificamente umana, certo, ma che si esercita in tutti gli uomini, secondo le stesse leggi; e che si riduce, in realtà, all'insieme di queste leggi" (Lévi-Strauss 1966: 227).

Continua più avanti l'autore:

“Che il mito sia ricreato dal soggetto o preso dalla tradizione, sta di fatto che esso attinge dalle sue fonti, individuali o collettive (tra le quali avvengono di continuo interpenetrazioni e scambi), solo il materiale d’immagini che impiega; ma la struttura resta la stessa, e solo grazie a essa si compie la funzione simbolica” (Lévi-Strauss 1966: 228).

La psicanalisi sarebbe la forma moderna della tecnica sciamanistica radicata nella produzione individuale del mito come una delle possibili modalità di un metodo più profondo. A prescindere, infatti, dalla origine individuale o collettiva, la forma mitica precede il contenuto e l’origine dello specifico racconto:

“Questa forma moderna della tecnica sciamanistica, che è poi la psicanalisi, trae dunque i suoi caratteri specifici dal fatto che, nella civiltà meccanica, non c’è più posto per il tempo mitico se non nell’uomo stesso. Da questa constatazione, la psicanalisi può desumere una conferma della sua validità, oltre che la speranza di approfondire le sue basi teoriche, e capire meglio il meccanismo della sua efficacia, attraverso un confronto dei suoi metodi e dei suoi fini con quelli dei suoi grandi predecessori: gli sciamani e gli stregoni” (Lévi-Strauss 1966: 229).

Dall’efficacia simbolica all’efficacia dell’incorporazione

Le riflessioni di Lévi-Strauss sono sopravvissute alla dissoluzione dello strutturalismo come paradigma conoscitivo, continuando a esercitare una profonda influenza ancora oggi. Nei decenni successivi, infatti, gli studi sulle dimensioni simboliche dell’efficacia terapeutica hanno continuato a guardare all’ordine simbolico come promotore di una trasformazione dell’esperienza, senza dover necessariamente sposare le tesi dell’inconscio strutturale.

Michael Taussig (1987), ad esempio, sottolinea come il potere dello sciamanesimo non dipenderebbe tanto dallo sciamano o dalla dimensione collettiva, ma dalla riarticolazione del sapere sociale implicito cui dialogicamente pongono mano paziente e sciamano a livello immaginativo. La trasformazione dell’esperienza, in altri termini, non deriverebbe dalla reintegrazione dello psichismo dell’afflitto in seno al sistema simbolico del gruppo, ma dall’azione congiunta di sciamano e paziente nell’interrogare creativamente le rappresentazioni sociali. Taussig (1987: 460) sottolinea, infatti, come il canto cuna venga recitato in una lingua esoterica

che tanto la paziente quanto il resto del gruppo non possono comprendere (caratteristica comune ai canti sciamanici in molti contesti culturali) (ma si vedano su questo punto anche: Severi 1993, 2000, 2004; Sherzer 1983; Squillacciotti 1998). Taussig (1987: 461) sottolinea due passaggi cruciali: il ruolo attivo del paziente nella produzione dialogica del significato e la natura innovativa di tale produzione. In altre parole, è il paziente e non lo sciamano il catalizzatore dell'immaginazione creativa che potrà all'articolazione di un linguaggio inedito capace di ordinare l'esperienza attraverso la relazione di cura.

Su questi stessi temi, Carlo Severi (2000) sviluppa ulteriori riflessioni in merito proprio al concetto di credenza: la soluzione del problema e, dunque, la dimensione dell'efficacia, non dipenderebbe dal significato del canto, ma dalla proiezione attiva della paziente nel tentativo di dare senso al canto. La credenza non va intesa come l'adesione a un sistema di rappresentazioni, a una specifica concezione del mondo ma, piuttosto, come un atto proiettivo di produzione di significati da parte del soggetto culturale. La credenza rimanda quindi al ruolo attivo del soggetto. Ben lungi dall'essere mero epifenomeno, il paziente assurgerebbe a cardine dell'efficacia simbolica (Severi 2000: 84).

Queste riflessioni ci consentono un ulteriore passo avanti: nel ragionamento di Lévi-Strauss la dimensione psichica rappresenta il terreno attraverso il quale l'efficacia simbolica giunge a promuovere la guarigione. In linea con il più ampio contesto storico culturale e accademico, nel pensiero dello studioso cogliamo una rappresentazione intellettuale della dimensione simbolica, organicamente correlata all'assenza di problematizzazione della natura squisitamente culturale della dicotomia mente/corpo. Anche su questo punto, i dibattiti successivi hanno promosso uno slittamento radicale.

Il lavoro di Pierre Bourdieu ha, infatti, preparato la strada a un doppio passaggio che ha portato alla considerazione della cultura non più in termini sistemici ma come radicata nelle pratiche, a loro volta iscritte nel paradigma dell'incorporazione. Come afferma Pierre Bourdieu:

“[...] la credenza non è uno ‘stato mentale’, e ancor meno una sorta di aderenza arbitraria a un insieme di dogmi e dottrine (‘credenze’) istituiti, ma piuttosto uno stato del corpo [...]. Il senso pratico, la necessità sociale trasformata in natura, convertita in schemi motori e automatismi corporei, ecco cosa produce le pratiche” (Bourdieu 1990: 68-9, traduzione di chi scrive).

Autori come Laurence Kirmayer (1992) e Thomas Csordas (1990, 2002) hanno contribuito in modo significativo a promuovere un'adeguata considerazione del ruolo dell'esperienza incorporata in seno ai processi terapeutici, spostando il focus della riflessione dall'efficacia simbolica all'efficacia dell'incorporazione.

Torna utile, a questo punto, recuperare le riflessioni di Thomas Csordas nel mettere in luce l'inadeguatezza delle precedenti teorie dell'efficacia terapeutica nella misura in cui esse emergono come caratterizzate da tre posizioni ugualmente problematiche: la prima relativa all'analogia fra guarigione religiosa e psicoterapia; la seconda tesa a privilegiare la figura del terapeuta; la terza volta a individuare al cuore dell'efficacia terapeutica un qualche meccanismo psicologico (Csordas 2002). A suo dire l'anello mancante in questi approcci è proprio la nozione di essere-nel-mondo, oggetto d'analisi da affiancare all'esame delle rappresentazioni e del linguaggio. Egli propone un modello analitico per la comprensione dei processi terapeutici intesi come esperienze trasformative. Attraverso le sue analisi dell'esperienza di guarigione religiosa in seno al movimento del rinnovamento carismatico nord-americano, egli conclude come la guarigione sia radicata nella capacità di produrre una trasformazione delle condizioni fenomenologiche in cui i consultanti vivono ed esperiscono la sofferenza e il disagio. Tale retorica della trasformazione è efficace nella misura in cui, e se, riesce a ri-dirigere l'attenzione dell'afflitto verso nuovi aspetti della sua esperienza o a guardare all'esperienza da nuove angolazioni. Csordas mette in luce come la guarigione crei per l'afflitto una nuova realtà fenomenologica, un mondo inedito, in cui non viene ristabilito uno stato di benessere precedente all'afflizione, ma piuttosto si è retoricamente spinti in una condizione differente sia dalla realtà precedente alla malattia che dalla condizione di malattia. Csordas mette in luce come oggetto della guarigione non sia tanto l'eliminazione di una cosa (un problema, una malattia, un sintomo, un'afflizione), quanto piuttosto la trasformazione di una persona, di un sé. Il locus dell'efficacia dunque è il sé e la fenomenologia culturale rappresenterebbe una metodologia analitica capace di fornirci una teoria del sé in grado di problematizzare i processi della sua trasformazione. Se consideriamo – alla luce del paradigma dell'incorporazione – che i nostri corpi sono tanto prodotti culturali quanto biologici e parimenti concepiamo il linguaggio non solo rispetto alla sua funzione di rappresentazione di un cogito cartesiano ma anche rispetto alla sua evocazione dell'essere-nel-mondo, allora anche la cultura cessa di essere intesa solo come un sistema di simboli, di significati, di norme, di comportamenti

per essere apprezzata anche nei termini di sensazioni, di movimenti, di intuizione, di intenzionalità, di intersoggettività. In questi termini allora tanto il sé quanto la cultura vengono radicati nell'incorporazione producendo un collasso nelle antinomie fra corpo e mente, fra ciò che culturalmente definiamo biologico e ciò che in opposizione chiamiamo simbolico: allora quei processi endogeni che vengono articolati nelle pratiche di guarigione possono essere apprezzati come processi del sé radicati nell'incorporazione.

Queste riflessioni ci permettono di uscire anche dalla definizione tipicamente biomedica dell'efficacia terapeutica, rispetto alla quale l'efficacia simbolica rinvierebbe alla dimensione psichica in opposizione a un'efficacia materiale prodotta in modo strumentale. Assai più produttivo e ragionevole è parlare piuttosto delle dimensioni simboliche dell'efficacia come elemento costitutivo di qualsivoglia processo di cura. La trasformazione della realtà fenomenologica promossa dalla partecipazione dei pazienti nella co-produzione dei significati delle loro esperienze impone di guardare al processo più che all'esito delle procedure terapeutiche. È in questi termini che Kleinman e Csordas (1998) elaborarono una riformulazione del processo terapeutico volto a rompere con le premesse biomediche, invitandoci ad affrancare il ragionamento dalla logica dell'esito per privilegiare il processo. Sulla stessa linea Giovanni Pizza (2005) mette in luce la necessità di privilegiare il piano della cura più che quello della guarigione. In altri termini, la guarigione è uno dei possibili esiti dell'efficacia terapeutica, prodotta dalle relazioni di cura, ora intese come un'implicazione intersoggettiva attraverso cui i pazienti possono arrivare a produrre significati capaci di attualizzare una diversa modalità di esserci nel mondo (Quaranta – Minelli – Fortin 2018).

Al cuore del ragionamento di Lévi-Strauss sull'efficacia simbolica rintracciamo un nodo concettuale ben esplicitato da Csordas e Kleinman: è, infatti, singolare che ci si appelli alla biomedicina (o alla psicanalisi) per fondare una teoria dell'efficacia simbolica. L'antropologia medica successiva nascerà proprio nel momento in cui deciderà di assumere la biomedicina come *explanandum* e non più come *explanans* dei fenomeni oggetto di studio.

Tale atteggiamento era già presente prima di Lévi-Strauss (si pensi al lavoro di Cannon) e certamente è sopravvissuto anche dopo di lui in tutti quegli studiosi che puntano a mettere in luce come l'attività simbolica mobiliti emozioni che, a loro volta, innescano un processo neuro-ormonale che induce modificazioni fisiologiche.

Dall'universo simbolico alla giustizia sociale

Un altro terreno su cui le critiche al lavoro del grande antropologo francese si sono appuntate può forse aiutarci ad andare oltre: nei testi in cui viene mostrato il potenziale di efficacia dei riti, manca un'adeguata problematizzazione etnografica di come esperienze vissute, saperi e pratiche simboliche siano posizionate in seno a dinamiche di carattere sociale (Kirmayer 1993).

Nella visione lévi-straussiana, come abbiamo ricordato, le pratiche terapeutiche fornirebbero un orizzonte di senso attraverso cui il paziente può configurare le proprie vicende in termini capaci di reintegrarlo in seno a un contesto condiviso di esperienze. Protagonista tuttavia non sarebbe lo sciamano, ma la dimensione del gruppo inteso come ordine simbolico collettivo organizzato secondo i principi di un inconscio strutturale che trova una sua riaffermazione nel racconto mitico evocato dallo sciamano. Nel corso del tempo l'antropologia ha però messo progressivamente in discussione il rapporto fra soggetto culturale e contesto sociale, andando oltre una mera declinazione in chiave simbolica di quest'ultimo.

Già Allan Young (2006) aveva messo in luce come i simboli di guarigione dovessero essere intesi come simboli di potere e dunque come le pratiche terapeutiche proiettino sull'afflitto cogenti visioni dell'ordine sociale e della realtà tanto della persona, quanto della sua sofferenza. Sulla scorta di queste riflessioni si è sempre più focalizzata l'analisi su quanto i processi culturali siano inevitabilmente dispositivi, al tempo stesso, di costruzione e di costrizione dell'essere umano (Scheper-Hughes – Lock 1987).

Nel momento in cui le analisi antropologiche iniziano a contemplare il posizionamento sociale dei soggetti culturali, viene meno l'idea che la reintegrazione dell'afflitto in un ordine condiviso di significati ed esperienze sia inevitabilmente terreno di promozione della salute. Al contrario, si problematizza il ruolo che le forze sociali possono esercitare nella genesi della sofferenza, i termini del dibattito cambiano: dalla reintegrazione dell'afflitto alla promozione della sua capacità di negoziare i termini dei propri rapporti sociali.

Non si può schiacciare quindi il polo collettivo sul piano meramente simbolico: la dimensione collettiva va colta anche in riferimento alle dimensioni sociali, economiche e politiche, tema questo che è penetrato nei dibattiti attraverso l'analisi dell'impatto delle disuguaglianze socio-economiche e della violenza socialmente strutturata sull'esperienza vissuta.

L'antropologia medica, tuttavia, ancora oggi tende a indagare separatamente i temi dell'efficacia

terapeutica e quelli riguardanti il diritto alla salute, affrontando i primi in termini di efficacia simbolica (es. Good 1999; Moerman 2002) e iscrivendo i secondi nella considerazione più generale delle disuguaglianze socio-economiche (es. Farmer 2003).

Se al cuore delle dimensioni simboliche dell'efficacia rintracciamo la partecipazione dei pazienti nel produrre significati capaci di radicarli in un'inedita modalità di esserci nel mondo, è evidente quanto possa essere ingenuo non guardare alle relazioni sociali più ampie di cui i pazienti partecipano. Queste relazioni, infatti, non giocano un ruolo determinante solo nella genesi della sofferenza, ma anche nella promozione della salute o nella prevenzione della trasformazione efficace dell'esperienza.

Questa scissione fra dimensioni simboliche dell'efficacia e considerazione dei determinanti sociali della salute tende spesso a rispecchiare una più generale divisione del lavoro di ricerca: le dimensioni simboliche vengono principalmente spese analiticamente sul versante dell'analisi dell'esperienza di condizioni croniche di sofferenza, mentre l'analisi delle disuguaglianze in salute vengono invocate rispetto ai gruppi sociali subalterni, principalmente affetti da malattie infettive e, più in generale, da malattie della povertà (Nguyen 2006).

La divisione fra questi due ambiti è certamente figlia di presupposti che tendono a scindere le dinamiche culturali e quelle sociali, le dimensioni simboliche dell'efficacia dalla promozione della giustizia sociale. Dalla loro ricomposizione tuttavia comprendiamo come superare l'impasse che caratterizza i due approcci. Chi lavora sul diritto alla salute riconosce chiaramente il ruolo determinante delle relazioni sociali, arrivando tuttavia spesso a definizioni oggettivanti del capitale sociale che prescindono dal significato che quelle relazioni possono avere per gli attori sociali (Minelli 2012). Parimenti, lavorare sul piano simbolico dell'efficacia è certamente produttivo, ma non sufficiente, a meno che non si possano soddisfare contemporaneamente altri diritti. Senza andare oltre in questa sede nella problematizzazione critica di questi due approcci (per la quale rimando a Quaranta 2014), una possibilità di ricomporre queste fratture risiede nella considerazione della salute come un costrutto culturale da generare socialmente.

Questa proposta teorica permette di andare ulteriormente oltre la definizione biomedica dell'efficacia, aiutandoci a comprendere la dimensione terapeutica di forme di azione radicate nella partecipazione e nella rinegoziazione dei termini delle nostre implicazioni nella, e con la, realtà sociale. Parlare della salute nei termini di un costrutto culturale impone di interrogarsi sui

significati che danno valore alla vita rendendola degna di essere vissuta, un'interrogazione che impone di creare le condizioni per la partecipazione dei pazienti nella definizione del significato delle proprie esperienze (che, alla luce dei contributi più recenti, rappresenterebbe proprio il terreno per la promozione delle dimensioni simboliche dell'efficacia). Al tempo stesso è proprio alla luce dell'elaborazione del significato dell'esperienza che possiamo comprendere su quale fronte promuovere la capacità dei soggetti nella ridefinizione delle proprie circostanze sociali. Se, di contro, spogliamo l'esperienza dei suoi significati (tanto personali quanto sociali e dunque inevitabilmente politici) su cosa possiamo fare leva nella promozione della salute?

Al di là dello sgretolamento dello strutturalismo, le intuizioni di Lévi-Strauss continuano ad essere 'buone da pensare' per riportare al centro della riflessione la dimensione simbolica dell'efficacia, da declinare, tuttavia, sempre più nei termini di una promozione della partecipazione, tanto sul piano della produzione dei significati, quanto sul piano dell'azione sociale. È, infatti, proprio grazie al riconoscimento delle dimensioni simboliche dei processi di cura che è stato possibile tematizzare il ruolo giocato dal paziente e dal contesto sociale nella sfera terapeutica. In conclusione, l'invito qui formulato può iscriversi in un ripensamento del concetto di agency, da definire tanto nei termini della capacità che le persone hanno di intervenire sulle circostanze sociali della propria esistenza, quanto nei termini della natura inevitabilmente culturale, e dunque relativa, delle forme che tale capacità può assumere: non già dunque all'insegna di un qualche universalismo, ma alla luce delle specifiche forme in cui si sostanzia storicamente in seno a specifiche dinamiche sociali.

Bibliografia

BOURDIEU, PIERRE

1990 *The Logic of Practice*, Polity Press, Cambridge.

CANNON, WALTER B.

1942 *Voodoo death*, in «American Anthropologist», vol. 44, n. 2, pp. 169-181.

CSORDAS, THOMAS

1990 *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, in «Ethos», vol. 18, pp. 5-47.

2002 *Body/Meaning/Healing*, Palgrave, New York.

CSORDAS, T. – KLEINMAN, A.

1998 *Il processo terapeutico*, in V. Lanternari – M. L. Ciminelli (a cura di), *Magia, medicina, religione e valori*, vol. II, Liguori, Napoli, pp. 109-12.

FARMER, PAUL

2003 *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley.

GOOD, BYRON

1999 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino.

KIRMAYER, LAURENCE

1992 *The body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience*, in «Medical Anthropology Quarterly», 6 (4), pp. 323-346.

1993 *Healing and the intervention of metaphor: the effectiveness of symbol revisited*, in «Culture, Medicine and Psychiatry», vol. 17, n. 2, pp. 161-195.

LÉVI-STRAUSS, CLAUDE

1966 *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano (ed. or. *Anthropologie structurale*, Plon, Paris, 1958).

MINELLI, MASSIMILIANO

2012 *Capitale sociale e salute*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi Editore, Perugia.

MOERMAN, DANIEL

2002 *Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'*, Cambridge University Press, Cambridge.

NGUYEN, VINH-KIM

2006 *Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica*, in I. Quaranta (a cura di), *Sofferenza Sociale*, in «Annuario di antropologia», anno 6, n. 8, pp. 71-96.

PIZZA, GIOVANNI

2005 *Antropologia Medica, Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

QUARANTA, IVO

2014 *Antropologia medica e salute globale*, in «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», vol. 37, pp. 127-146.

QUARANTA, I. – MINELLI, M. – FORTIN, S.

2018 *Assemblages, transformations, and the politics of care*, Bononia University Press, Bologna.

SCHEPER-HUGHES, N. – LOCK, M.

1987 *The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, in «Medical Anthropology Quarterly», vol. 1, n. 1, pp. 6-41.

SEVERI, CARLO

1993 *La memoria rituale. Follia e immagine del Bianco in una tradizione sciamanica amerindiana*, La Nuova Italia, Firenze.

2000 *Proiezione e credenza. Nuove riflessioni sull'efficacia simbolica*, in C. Severi (a cura di) *Antropologia e psicologia. Interazioni complesse e rappresentazioni mentali*, in «Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali», vol. VII, n. 7, pp. 75-85.

2004 *Il percorso e la voce. Un'antropologia della memoria*, Einaudi, Torino.

SHERZER, JOEL

1983 *Kuna ways of speaking. An ethnographic perspective*, University of Texas Press, Austin.

SQUILLACCIOTTI, MASSIMO

1998 *I Cuna di Panamá. Identità di un popolo tra storia ed antropologia*, L'Harmattan Italia, Torino.

TAUSSIG, MICHAEL

1987 *Shamanism, colonialism, and the wild man. A study in terror and healing*, University of Chicago Press, Chicago and London.

YOUNG, ALLAN

2006 *Antropologie della illness e della sickness*, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Abstract – ITA

Il contributo di Claude Lévi-Strauss ha inaugurato una feconda tradizione di studi sulle dimensioni simboliche dell'efficacia terapeutica che ancora oggi continua a dare preziosi frutti. In questo contributo si prendono in esame gli sviluppi che, dalla magistrale lezione dello studioso francese, hanno permesso un profondo ripensamento dell'argomento, capace di tenere in debita considerazione il ruolo, sia del paziente, sia delle relazioni sociali di cui partecipa, nella promozione della trasformazione dell'esperienza. In conclusione si segnala la necessità di superare la scissione fra analisi delle dimensioni simboliche e promozione del diritto alla salute che ancora oggi caratterizza buona parte della ricerca antropologica sull'efficacia terapeutica.

Abstract – ENG

Claude Lévi-Strauss has inaugurated a fruitful tradition of studies on the symbolic dimensions of therapeutic efficacy, which still represents a fruitful source of inspiration today. This paper examines the developments that, from the masterful lesson of the French scholar, have allowed a profound rethinking of the subject, capable of taking into account the role of both: the patient and the social relations in which s/he participates, in promoting the transformation of experience. The conclusion calls for the overcoming of the divide between the analysis of symbolic dimensions and the promotion of the right to health, a split that still characterizes much of the anthropological research on therapeutic efficacy.

IVO QUARANTA

è docente in discipline demoetnoantropologiche presso l'Università di Bologna. Si occupa dello studio dei processi di produzione sociale e di elaborazione culturale dell'esperienza di malattia. Tra le sue pubblicazioni ricordiamo: *Antropologia medica. I testi fondamentali* (ed., 2006); *Malati fuori luogo. Medicina interculturale* (con Mario Ricca, 2012); *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care* (con Massimiliano Minelli e Sylvie Fortin eds., 2018).

IVO QUARANTA

is Associate Professor of Cultural and Medical Anthropology at the University of Bologna. His main interests concern the analysis of the social production and the cultural elaboration of suffering. Among his main publications are: *Antropologia medica. I testi fondamentali* (ed., 2006); (with Mario Ricca), *Malati fuori luogo. Medicina interculturale* (2012); (with Massimiliano Minelli e Sylvie Fortin, eds. 2018) *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*.