

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI, CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE STUDII EUROPENE
ȘCOALA DOCTORALĂ "PARADIGMA EUROPEANĂ"
DOMENIUL FILOLOGIE

TEZĂ DE DOCTORAT

**CORPUL ÎNTR-O PRACTICĂ MEDICALĂ "ALTERNATIVĂ": O
PERSPECTIVĂ ANTROPOLOGICĂ**

**COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:
PROF. UNIV. DR. ION CUCEU**

**DOCTORAND:
COLOPELNIC NICOLETA-ILEANA**

**CLUJ-NAPOCA
2012**

CUVINTE CHEIE: antropologia corpului, antropologie medicală, în-corporare, narativitate, medicină „alternativă”, mâncare

CUPRINS:

PARTEA I: ABORDĂRI SOCIO-CULTURALE ALE CORPULUI.....	6
INTRODUCERE.....	8
1. Abordări socio-culturale ale corpului.....	9
2. Corpul în contexte medicale plurale.....	14
3. Corpul narativ.....	19
4. Metodologia cercetării.....	24
5. Corpul narativ și construcția sensului.....	27
6. Vindecarea prin mâncare: o perspectivă încorporată asupra unei practici terapeutice.....	30
CAPITOLUL 1: CORPUL ÎN ANTROPOLOGIE.....	42
1. Introducere: emergența corpului în științele sociale.....	42
1.1. Un nou obiect de consum: corpul.....	43
1.2. Corpul marcat de gen.....	46
1.3. Corp și tehnologie.....	52
1.4. Cunoașterea încorporată.....	55
2. Interesul față de corp în antropologie.....	58
2.1. De la corpul fizic la corpul simbolic.....	59
2.2. Corpul ca alteritate.....	62
3. Multiple copuri.....	64
3.1. Corpul în modernitate.....	64
3.2. Corpuri multiple.....	72
4. De la corp la faptul-de-a-fi-în-corp.....	73
4.1. Corpul simbolic.....	75
4.2. Corpul discursiv.....	78
4.3. Abordarea fenomenologică.....	81
4.4. Corpul narativ.....	89
5. În loc de concluzii.....	94
CAPITOLUL 2: CORPUL ÎN CONTEXTE MEDICALE PLURALE.....	96

1. Introducere.....	96
2. Antropologia „medicinii complementare și alternative”	97
2.1. Scopul antropologiei medicale.....	97
2.2. Pluralismul medical.....	100
2.3. Contexte medicale plurale în societățile occidentale	101
2.4. Problema definițiilor	103
3. Cele trei corpuri.....	106
3.1. Corpul individual	107
3.2. Corpul social	113
3.3. Corpul politic	120
4. Concluzii – corpul în practică	125
CAPITOLUL 3: CORPUL NARATIV	128
1. Introducere.....	128
2. Turnura narativă în științele sociale	129
3. Narațiunea ca proces activ de semnificare	134
3.1. Definiții. Narațiune și intrigă	134
3.2. Structura narativă a vieții	137
3.3. Unitatea narativă a vieții și identitatea narativă.....	139
3.4. Corp și narațiune	149
3.5. A trăi și a povesti. Narațiunea ca act social	154
4. Narațiunile bolii.....	162
4.1. De la vocea medicinei la vocea pacientului	163
4.2. Corpul bolnav și narativitatea	168
4.3. Narațiunile bolii ca acte socio-culturale.....	175
PARTEA A II-A: CONFIGURĂRI ALE CORPULUI ÎNTR-O PRACTICĂ DE VINDECARE ..	184
CAPITOLUL 4: METODOLOGIA CERCETĂRII	186
1. Delimitarea cercetării și selectarea participanților la studiu	186
2. Interviu ca metodă în cercetarea narativă.....	189
CAPITOLUL 5: CORPUL NARATIV ȘI CONSTRUCȚIA SENSULUI.....	202
1. Introducere.....	202
2. O narațiune a căutării – boala ca șansă.....	207

2.1.	Semnele corpului și perturbarea lumii trăite	207
2.2.	„Și am zis până la urmă, de ce nu mie?”	209
2.3.	Refuzul identității de bolnav și importanța de a fi în control.....	214
2.4.	A mânca pentru sănătate	217
2.5.	Concluzii	222
3.	Despre boală și alte nenorociri	222
3.1.	Dezordine înăuntru și în afară.....	223
3.2.	Trupul ca loc al păcatului.....	225
3.3.	Prin post și rugăciune.....	228
3.4.	Concluzii	232
4.	„Regimul sau cuțitul”	233
4.1.	Între două opțiuni terapeutice	233
4.2.	Concluzii	239
5.	Căutarea stării de bine: o narațiune despre construirea unui nou stil de viață	239
5.1.	O „stare de rău”	240
5.2.	În căutarea unui diagnostic	243
5.3.	Construirea unui nou stil de viață prin intermediul alimentației.....	247
5.4.	Terapeutul ca mentor	249
5.5.	Concluzii – sau despre construcția narativă.....	252
6.	În căutarea vindecării	253
6.1.	În căutarea vindecării: vindecarea prin mâncare.....	254
6.2.	Vindecarea cu voia lui Dumnezeu	258
6.3.	Despre medicina „clasică” și alte metode de vindecare.....	261
6.4.	Concluzii	264
CAPITOLUL 6: VINDECAREA PRIN MÂNCARE – O PERSPECTIVĂ ÎNCORPORATĂ		
ASUPRA UNEI PRACTICI TERAPEUTICE		266
1.	Introducere.....	266
2.	Calea spre vindecare: perspectiva terapeutului	268
2.1.	Devenind terapeut: un ritual de inițiere.....	269
2.2.	Ochii, oglinda sufletului și-a trupului	282
2.3.	Boală și vindecare	287
3.	Povești în așteptare.....	294

4. Boala ca perturbare a lumii trăite	303
5. În căutarea unui diagnostic.....	309
6. A mânca pentru sănătate.....	325
6.1. Sarea-n bucate sau despre habitusul gustativ	326
6.2. Mâncarea ca „bună de gândit”	339
6.3. A mânca împreună	347
6.4. Corp, sănătate, boală și medicină.....	354
7. “Dumezeu îți dă, da’ nu-ți bagă-n straiță”: responsabilitate și vindecare	376
7.1. Responsabilitate și vindecare	376
7.2. Relația terapeutică.....	389
7.3. Domenii ale supravegherii	395
CONCLUZII	408
BIBLIOGRAFIE	416
ANEXE	438
ANEXA 1	440
Grilă de interviu semi-structurat pentru cercetarea practicilor medicale „alternative”	440
ANEXA 2	444
Formular de consimțământ informat în cercetare.....	444
ANEXA 3	446
LEGE nr. 118 din 2 mai 2007 privind organizarea și funcționarea activităților și practicilor de medicină complementară/alternativă.....	446
ANEXA 4	452
Lista de alimente utilizată în practica domnului T.	452
ANEXA 5	454
Lista participanților și date demografice	454

– REZUMAT –

Teza de față își propune să exploreze aspectele corpului trăit într-o practică de vindecare. Întrebarea de cercetare care stă la baza acesteia poate fi formulată astfel: cum anume este corpul trăit de către persoanele care apelează la practici medicale așa-numite „alternative”? În România, după cum observă Simona Drăgan și Odde Madsen, se regăsește o gamă variată de astfel de practici, cu predilecție în marile orașe, iar în 2009, un procent de 7% din populație a apelat la o astfel de practică medicală în ultimele 12 luni¹. Oprindu-mă asupra unei singure astfel de practici de vindecare ce se poziționează în afara cadrului biomedical oficial, am încercat, printr-un demers antropologic bazat cu predilecție pe interviuri semi-structurate, să aduc în discuție o serie de aspecte care țin de corp și încorporare. Astfel, lucrarea de față este structurată în două părți: o parte în care am delimitat cadrul teoretic și conceptual care a stat la baza demersului meu și o altă parte în care m-am oprit asupra materialului etnografic în încercarea de a scoate în evidență modul în care se constituie experiența încorporată în practica de vindecare abordată.

1. Abordări socio-culturale ale corpului

Pornind de la constatarea unui interes sporit față de corp, corporalitate, încorporare în dezvoltările recente ale științelor sociale, în demersul meu teoretic mi-am propus să ofer un punct de pornire pentru o analiză a modului în care corpul este poziționat drept obiect de cercetare. O primă întrebare la care am încerca să dau un răspuns în acest sens este: de ce acum corpul? Pentru ca mai apoi să evidențiez care sunt principalele direcții de analiză a corpului în cadrul științelor sociale, axându-mă asupra analizei simbolice, apoi asupra analizei discursive și încheind cu abordarea fenomenologică și cea narativă. O serie de factori au fost considerați de mai mulți autori ca aflându-se la originea acestui interes atât de prolific față de corp: factori economici, politizarea corpului și dezvoltarea mișcărilor feministe și pentru drepturi civile, tranziția demografică și prevalența bolilor cronice, dezvoltări tehnologice și, nu în ultimul rând, reconsiderarea corporalității ca o resursă metodologică și conceptuală în diverse discipline. Într-o căutare a unor trăsături universale ale omenirii, antropologia s-a preocupat față de corp încă de la începuturile acestei discipline și astfel cu mult înaintea problematizării corpului în relație cu structurile socio-culturale ale societăților occidentale. Această preocupare a fost însă la început, cu predilecție o preocupare față de corpurile altora, care erau

¹ Simona Dragan, Jesper Odde Madsen, "CAM in Romania - a Brief Overview," <http://www.cambrella.eu/home.php?il=150&suchhigh=romania&l=deu>, accesat 23.07.2011.

percepuți ca fiind mai „în corp”. Studiul lui Marcel Mauss privind tehnicile corpului² apărut în 1935 în Franța, în care argumentează că nu există un mod natural de a ne „utiliza” corpul, ci toate modurile de „utilizare” a lui sunt informate cultural, dar și studiile lui Mary Douglas, care analizează corpul ca un simbol natural pentru structurile socio-culturale, apărute în 1966³, respectiv 1970⁴, sunt adesea citate ca prime încercări de teoretizare cultural-antropologică a corpului, influențând chiar și în prezent numeroase studii.

Pornind de la premisa corpului drept un construct socio-cultural, o serie de autori se preocupă de locul pe care acesta îl ocupă în gândirea occidentală. Sunt analizate cu predilecție concepțiile religioase, cele filosofice, dar și cele medicale ale corpului. Astfel, în creștinism se observă o atitudine ambiguă față de corp: pe de o parte, ca trup al lui Hristos prin care acesta a suferit și s-a înălțat la Cer, trupul devine singura cale spre mântuire; pe de altă parte, corpul, în ipostaza poftelor trupești, trebuie supus și învins pentru a-ți putea asigura mântuirea sufletului. Discursul filosofic despre corp este caracterizat încă începând cu Platon de o somatofobie: „corpul este o trădare și o închisoare a sufletului, rațiunii sau minții”⁵. Secole mai târziu, Rene Descartes propune o separare ireconciliabilă între corp și minte, dualismul minte-corp, atât de criticat în prezent. Mintea este acel *res cogito*, care are certitudinea propriei existențe, iar corpul este încadrat în categoria *res extensa*, a lucrurilor naturale, între cele două existând o graniță clară. Pe modelul acestei rupturi dintre om și corpul său se suprapune modelul mecanicist al cunoașterii, pentru care natura, deci inclusiv corpul funcționează pe baza unui model matematic și pot fi cunoscute de către mintea al cărei atribut primordial este rațiunea. Dualismul minte – corp joacă un rol important în concepția occidentală a persoanei unde mintea este considerată locația sinelui, a raționalității, a gândirii, a limbajului, a cunoașterii precum și sursa agenței, iar fiecărui corp îi corespunde o singură astfel de minte. O critică a acestui dualism este aceea că el reifică o analiză fenomenologică incompletă după cum arată Drew Leder⁶. O altă critică este că el presupune o relație ierarhică între cei doi termeni: mintea este termenul valorizat, iar corpul este termenul devalorizat. Pe acest model dualist se suprapun altele: natură – cultură, femeie – bărbat, privat – public, oamenii de culoare – omul alb, animal – om. O consecință a dualismului cartezian pentru structurarea cunoașterii este distincția incomensurabilă dintre subiectul cunoscător și obiectul cunoscut, cunoașterea

² Marcel Mauss, "Techniques of the Body", in *The Body: A Reader*, ed. Monica Greco and Mariam Fraser (New York & London: Routledge, 2008).

³ Mary Douglas, *Purity and Danger*, 3 ed. (New York & London: Routledge, 2001).

⁴ Mary Douglas, *Natural Symbols. Explorations in Cosmology*, 4 ed. (New York & London: Routledge, 2005).

⁵ Elizabeth Grosz, "Refiguring Bodies", in *The Body: A Reader*, ed. Mariam Fraser, Monica Greco (New York & London: Routledge, 2008).

⁶ Drew Leder, *The Absent Body* (Chicago, London: The University of Chicago Press, 1990).

fiind dezîncorporată, aparținând minții⁷. Dualismul cartezian a determinat poziționarea corpului ca obiect pentru științele naturii, deschizând calea disecțiilor și privirii clinice. Corpul a devenit un obiect al expunerii anatomice și al expunerii estetice în scopul cunoașterii – „obiect anatomic pentru a discerne structura sa internă, obiect de studiu estetic pentru a defini proporțiile ideale”⁸. În Occident, percepția anatomico-medicală asupra corpului a avut o influență din ce în ce mai mare începând cu perioada Iluministă, trecând prin „nașterea clinicii” și răspândindu-se tot mai mult odată ce medicina, sub umbrela statului și a grijii acestuia pentru populația sa, a devenit o caracteristică tot mai proeminentă a societăților occidentale.

Cele mai importante direcții de analiza a corpului se pot împărți în: analiza simbolică, analiza discursivă și analiza fenomenologică. Nancy Scheper-Hughes și Margaret Lock, propun un model analitic al celor trei corpuri: *corpul individual* care presupune o analiză fenomenologică a experienței trăite, *corpul simbolic* care presupune o analiză a corpului ca sistem de simboluri și *corpul politic* care presupune o analiză de factură post-structuralistă a corpului drept construct discursiv⁹. Cele trei nivele de analiză presupun metode și epistemologii diferite, preocupându-se fiecare de anumite aspecte specifice. Analizele corpului simbolic urmăresc evidențierea modului în care corpul este un puternic simbol social, iar modul în care acesta este reprezentat într-un anumit context istoric sau cultural, reflectă aspecte esențiale ale structurii societății. Astfel, ordinea și dezordinea socială, precum și transgresiunea sunt reprezentate simbolic la nivelul corpului, reprezentare ce ajută la susținerea și legitimarea unei anumite viziuni despre societate. Marcarea simbolică a categoriilor socio-culturale asupra corpului se face prin intermediul ritualului, ordinea și dezordinea socioculturală fiind astfel înscrise în corp. O critică adusă acestei abordări este că, astfel, corpul este redus la o problemă de semiotică, iar analiza sa se reduce la descifrarea semnificațiilor simbolice ale acestuia: carnalitatea corpului ca experiență trăită tinde să dispară.

Analizele corpului discursiv sau politic urmăresc evidențierea modului în care corpul este un produs al relațiilor de putere dintr-o societate. Acestea sunt în speță teorii post-structuraliste care privesc corpul drept un „obiect produs și reglementat de regimuri politice, normative și discursive”¹⁰.

⁷ Vezi Elizabeth Grosz, "Refiguring Bodies".

⁸ David le Breton, *Antropologia corpului și modernitatea*, trans. Doina Lica (București: Amacord, 2002).

⁹ Nancy Scheper-Hughes, Margaret M. Lock, "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly* 1, no. 1 (1987), Margaret Lock, Nancy Scheper-Hughes, "A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent", in *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, ed. Carolyn F. Sargent, Thomas M. Jonshon (Westport, Connecticut, London: Praeger, 1996).

¹⁰ Chris Shilling, *The Body in Culture, Technology and Society: Classical Debates & Current Issues* (London: Sage Publications, 2005).

Astfel, corpurile, modul în care este structurată cunoașterea despre acestea precum și modul în care acestea sunt disciplinate prin diverse regimuri sunt strâns legate de relațiile de putere dintr-o societate. Această legătură poate fi descifrată utilizând o metodă a genealogiei propusă de Michel Foucault, care implică o analiză istorică atentă a corpului și a modului în care acesta s-a constituit drept obiect de studiu pentru diverse discipline. Constituirea privirii anatomo-clinice și a discursului biomedical despre corp au reprezentat un moment foarte important în formarea discursurilor moderne despre corpul individual, despre populație și despre nevoia supravegherii, reglementării și disciplinării acestora. Puterea principală a acestor discursuri și discipline nu stă în capacitatea lor de represiune, ci din contră în capacitatea lor de a produce noi subiecții ai puterii. La fel ca și în cazul analizei simbolice, o critică adusă acestei abordări este că materialitatea corpului ca experiență trăită tinde să dispară în această analiză a corpului ca reprezentare. În plus această abordare nu explică satisfăcător rezistența și intenționalitatea individului.

Într-o încercare de a depăși neajunsurile analizelor simbolice sau discursive, se remarcă dezvoltarea unei direcții fenomenologice de analiză nu a corpului ca obiect cultural (simbolic sau politic), ci a încorporării sau a faptului-de-a-fi-în-corp. Prin aceasta se urmărește o depășire a dualismului minte – corp. Pentru direcția fenomenologică de analiză, faptul că oamenii nu doar au un corp, dar și sunt un corp, constituie un punct esențial de pornire pentru orice analiză a culturii. Faptul-de-a-fi-în-corp ca parte a faptului-de-a-fi-în-lume este premisa filosofică a unei analize fenomenologice a încorporării. Un punct de pornire al acestor studii se regăsește în fenomenologia percepției a filosofului francez Maurice Merleau-Ponty¹¹, precum și în teoretizarea lui Drew Leder a corpului absent și a dys-apariției acestuia în cazul durerii sau a bolii¹². Încorporarea este privită drept „condiția de posibilitate pentru relația noastră cu lumea și cu alți oameni”¹³, având o serie de implicații pentru modul în care sunt conceptualizate cultura și societatea, intersubiectivitatea, intenționalitatea și agența. Thomas Csordas propune considerarea încorporării drept un punct metodologic de pornire în studiul culturii¹⁴: relația dintre cultură și corp nu mai este una în care corpul este privit ca o *tabula rasa* pasivă asupra căreia cultura își înscrie categoriile simbolice și relațiile de putere, ci corpul este o sursă activă a culturii, la fel cum este și o sursă activă a sinelui. Pornind de la aceste abordări fenomenologice, o serie de studii se axează asupra corpului dinamic, corpul ca proces, ca flux, ca eveniment, care în mod activ

¹¹ Maurice Merleau-Ponty, *Fenomenologia Percepției*, trans. Ilies Campeanu and Georgiana Vatajelu (Oradea: Aion, 1999).

¹² Drew Leder, *The Absent Body*.

¹³ Kate Cregan, *The Sociology of the Body. Mapping the Abstraction of Embodiment* (London: Sage Publications, 2006).

¹⁴ Thomas J. Csordas, "Introduction: The Body as Representation and Being in the World", in *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, ed. Thomas J. Csordas (London: Cambridge University Press, 1994).

încorporează și creează lumea din jurul său. Încorporarea este ambiguă, dezordonată, fără posibilitatea de a trasa granițe clare între sine și corp, corp și lume; este un proces activ de angajare în lume, de percepere, dar și de producere a ei, nu de către o minte rațională, ci de către un corp trăit, mereu dinamic, mereu în devenire, *în-corporând* lumea spre care se deschide. Caracterul ambiguu și dinamic al încorporării a determinat o îndreptare a atenției către narațiunile sinelui ca narațiuni *în-corporate*, într-o încercare de surprindere a experienței trăite așa cum este ea enunțată de cel care o trăiește. Preocuparea față de narațiuni vine în contextul în care se pune din ce în ce mai mult accentul pe ceea ce Arthur Frank numește o etică a vocii în postmodernitate¹⁵. Această direcție de analiză nu îndeamnă la relativism, ci la o axare asupra particularului, la recunoașterea caracterului specific al fiecărei voci în funcție de rețeaua de interdependențe în care este situată și de contextul socio-cultural și istoric.

2. Corpul în contexte medicale plurale

În cel de-al doilea capitol al tezei am prezentat un model pentru analiza corpului în contexte medicale plurale. Prin contexte medicale plurale mă refer la contexte socio-culturale specifice caracterizate prin existența a mai multor furnizori de servicii medicale. În societățile Occidentale acestea sunt în general caracterizate de existența unei practici medicale „oficiale” – adică o practică medicală sancționată de către stat și care beneficiază de un statut oarecum privilegiat în societate (în studiile antropologice referirea la ea se face adesea utilizându-se termenul de „biomedicină”) – alături de alte practici medicale denumite „alternative”, „complementare”, „neoficiale”, „neortodoxe” etc. Prin practică medicală înțeleg atât un complex de configurării simbolice, cât și de practici, situate într-un context socio-cultural, economic și istoric specific care au drept scop principal gestionarea bolii. Astfel, orice practică medicală oferă o definiție a bolii precum și un set de acțiuni considerate adecvate pentru a-i face față.

Ca punct de plecare în acest demers analitic am luat în considerare abordările propuse de antropologia medicală și în special conceptul de pluralism medical pentru a vedea cum anume se configurează contextele medicale plurale în societățile occidentale. Apoi am utilizat modelul celor trei corpuri propus de Margaret Lock și Nancy Scheper-Hughes, în ceea ce autoarele numesc o abordare critic-interpretativă a antropologiei medicale, pentru a explora câteva teme majore care privesc corpul în practicile medicale. Consider că acesta este util în analiza contextelor medicale plurale pentru că permite ilustrarea diferitelor aspecte care privesc cele trei nivele de analiză a corpului (individual,

¹⁵ Arthur W. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics* (Chicago & London: The University of Chicago Press, 1995).

social, politic), interconectate într-o anumită practică. În plus acest model permite îmbinarea unei perspective macro, structuraliste cu una micro, fenomenologică. În orice practică medicală cele trei nivele sunt interconectate: o fenomenologie a corpului bolnav – experiența trăită a bolii cu cele două cerințe ale sale de interpretare și acțiune; o dimensiune simbolică a bolii – concepții și modele explicative care ajută la a răspunde cerinței hermeneutice a experienței trăite a bolii (ce înseamnă?) precum și cerinței pragmatice (ce trebuie să fac?) în modalități sancționate cultural; și o dimensiune politică a bolii – relațiile de putere din organizarea socială a unei anumite practici medicale.

Ca un subdomeniu al antropologiei, antropologia medicală se preocupă de modul în care grupurile umane, din diverse contexte socio-culturale, conceptualizează sănătatea și boala și fac față suferinței umane. Astfel, scopul antropologiei medicale este de a descrie, interpreta și de a evalua în mod critic relațiile dintre cultură, comportament, sănătate și boală plasându-le în contextul mai larg al proceselor sociale, culturale, politice, economice și istorice. Antropologia medicală nu este preocupată doar de ideile și concepțiile despre sănătate și boală, dar și de structurile sociale care sunt desfășurate pentru gestionarea acestor aspecte ale existenței umane. O serie de aspecte care au dobândit o atenție considerabilă în antropologia medicală sunt perspectiva bolnavului, experiența bolii, modul de conceptualizare a bolii și acțiunile întreprinse de bolnav, dar și de cei din jurul acestuia pentru alinarea suferinței. Deși la început antropologia medicală era preocupată mai ales de studierea practicilor medicale „exotice” predominant dintr-o perspectivă simbolică, treptat asumțiile principale ale sistemului medical occidental, neproblematizate pentru multă vreme, au devenit și ele un punct de analiză. Numeroase cercetări din diverse perspective au determinat astfel o destabilizare a conceptului până atunci unitar de „medicină occidentală” sau „biomedicină”¹⁶.

Conceptul de „pluralism medical” încearcă să se adreseze naturii plurale și diversității ce caracterizează domeniul îngrijirii sănătății într-o societate anume. Astfel, acest concept se referă la existența într-o anumită societate a mai mult de un singur grup de indivizi care furnizează servicii de îngrijire a sănătății. Treptat pluralismul medical a fost recunoscut drept o caracteristică a societăților occidentale moderne. În Europa și Statele Unite ale Americii, existența unui context medical plural este pus pe seama unei „re-emergențe” a „medicinii complementare și alternative” – o serie de practici care au fost poziționate într-un mod sau altul ca aflându-se în afara cadrului biomedical. Un prim aspect care trebuie avut în vedere în definirea acestor practici medicale „alternative și complementare” se referă la legitimitatea acordată de către stat unei anumite practici într-o societate. Din acest punct de

¹⁶ Annemarie Mol, Marc Berg, "Differences in Medicine: An Introduction", in *Differences in Medicine*, ed. Marc Berg Annemarie Mol (Durnham and London: Duke University Press, 1998).

vedere statul joacă un rol important în distincția dintre „biomedicină” și „medicina alternativă”. Un alt aspect este acela al conceptelor despre corp, sănătate și boală care sunt diferite de cele ale biomedicinei. Din această perspectivă practicile medicale „alternative și complementare” sunt privite ca fenomene culturale ce împărtășesc anumite concepte și sisteme de semnificație simbolică. Cel mai adecvat este să adoptăm o definiție fluidă sau flexibilă care ia în considerare faptul că practici medicale diferite sunt adunate sub termeni umbrelă precum CAM¹⁷, „medicină alternativă”, „medicină complementară” etc., în diferite spații geografice și perioade istorice, și în diferite contexte sociale, culturale și politice.

În articolul *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology* în care prezintă pentru prima dată modelul celor trei corpuri, Margaret Lock și Nancy Scheper-Hughes pornesc de la premisa potrivit căreia concepțiile despre corp sunt centrale nu doar pentru întreaga disciplină a antropologiei, dar ele influențează și modalitățile în care serviciile de îngrijire a sănătății sunt planificate și puse în practică în societățile occidentale. Pentru a evidenția cum anume are loc acest lucru, cele două autoare propun un model de teoretic bazat pe o distincție epistemologică între cele trei nivele de analiză a corpului menționate mai sus.

Corpul individual presupune o analiză de factură fenomenologică luând drept punct de pornire natura încorporată a ființelor umane. O întrebare legată de acest nivel de analiză este cum anume boala și căutarea sănătății, articulate într-o practică medicală specifică, influențează parametrii încorporării noastre – experiența trăită a bolii și a corpului, intenționalitatea, imaginea corporală, temporalitatea și spațialitatea trăite etc.? Pentru a înțelege abordarea fenomenologică în legătură cu o anumită practică trebuie analizată relația dintre faptul-de-a-fi-în-corp și corpul social. În ceea ce privește biomedicina o serie de scrieri de inspirație fenomenologică au criticat modul în care dualismul minte-corp a dus la o viziune inadecvată în privința naturii încorporate a persoanelor bolnave. În întâlnirea clinică, dintre medic și pacient, modelul dualist devine preeminent față de experiența trăită a bolii. Corpul e obiectificat, iar experiența trăită a bolii e trecută cu vederea. Din multe puncte de vedere această abordare este una problematică. Ca multe alte aspecte ale vieții noastre, boala e *în-corporată* – nu se regăsește pe deplin nici în minte, nici în corp, ci în sinele încorporat, ducând la dezmembrarea *lumii trăite* a persoanei bolnave. Multe practici medicale „alternative” sau „complementare” utilizează modele diferite ale corpului, unele dintre ele subliniind unitatea dintre minte, corp și spirit, deci

¹⁷ CAM este un acronim (Complementary and Alternative Medicine) din ce în ce mai des utilizat în sfera anglo-saxonă, dar și în restul spațiului european, pentru a se referi la acele practici medicale situate în afara sistemului medical oficial reprezentat de biomedicină.

implicând o paradigmă a încorporării diferită de cea din biomedicină. Pentru diagnostic multe practici medicale „alternative” se bazează pe o formă de cunoaștere biografică, iar experienței bolii îi e acordat un rol mai mare în stabilirea diagnosticului, care poate implica o integrare a percepțiilor corporale cu semne corporale și evenimente biografice¹⁸.

Corpul social implică un nivel diferit de analiză: analiza simbolică sau structuralistă a modelelor și concepțiilor care, într-un anumit context socio-cultural, conturează modurile de a gândi despre corp. În propunerea unei anumite concepții despre corp, sănătate și boală, orice practică medicală – „convențională” sau „alternativă” – rezonează cu aspecte culturale mai largi. În gândirea occidentală, cea mai influentă concepție despre corp este aceea definită prin separarea iremediabilă dintre minte și corp – dualismul cartezian. Acest dualism are mai multe implicații pentru modul în care este structurată cunoașterea biomedicală. Una dintre ele este că fundamentarea cunoașterii medicale se face pe baza corpului inanimat înțeles în termeni mecaniciști – corpul-mașină care funcționează potrivit unor legi fizice și chimice și care poate fi cunoscut, controlat și tratat în izolare. Multe practici medicale definite drept „alternative” sau „complementare” implică modele diferite ale corpului. Ca o observație generală se poate spune că se regăsește o pluralitate de reprezentări: corpul *energetic* (corpul ca un sistem deschis și fluid de energii vitale); principiul *bio-holografic* (conform căruia întregul corp cu organele și părțile sale specifice poate fi regăsit ca proiectat în anumite părți delimitate ale corpului – precum talpa piciorului, irisul, urechea, etc.); corpul *homeopatic* (ca o sumă de trăsături și tendințe care include și caracteristici psihologice ale persoanei într-o dimensiune temporală). Un principiu de bază al multora dintre aceste practici e considerat cel al „holismului” potrivit căruia persoana e privită ca întreg – corp, minte, spirit. Metaforele bolii au o mare putere de a vorbi și corpului individual și corpului social prin oferirea unei legături între experiența individuală și domeniul cultural mai larg. În ceea ce privește modelele corpului implicate în practicile medicale „alternative și complementare”, unele rezonează într-o măsură mai mare decât altele cu o serie de concepte culturale mai largi, dar toate sunt înrădăcinate în contextul socio-cultural și sunt relaționate cu diferite modele ale naturii și societății din culturile occidentale. În unele practici „alternative” pot fi regăsite aceleași metafore care pătrund și în discursul biomedical.

Corpul politic se referă la relații de putere. Acesta presupune o analiză de factură post-structuralistă a modalităților în care corpurile sunt disciplinate și reglementate de către diferite regimuri politice, discursive și normative. Sănătatea și boala sunt etichete medicale cu implicații și în sensul

¹⁸ Vezi Helle Johannessen, "Stories the Body Can Tell. On Bodily Perceptions as a Link between Alternative Medical Technologies and Illness Narratives", *AM Rivista della Societa italiana di antropologia medica*, pp. 11-12 (2001).

normalizării corpului, având o importantă funcție de control social. Michel Foucault face distincția între *anatomo-politica* corpului individual – modul în care corpurile individuale sunt disciplinate și transformate în corpuri docile care pot fi subjugate, modelate, transformate – și *biopolitica* rasei umane – reglementarea populațiilor prin preocuparea față de procese biologice generale (rate ale natalității, mortalității, longevității etc.)¹⁹. Un aspect important al anatomo-politicii este relația terapeutică deoarece în cadrul acesteia persoana bolnavă e individualizată sub examinarea minuțioasă a privirii clinice, iar corpul său e comparat cu norma. O serie de studii au evidențiat că în multe practici medicale „alternative și complementare” este vorba despre o formă mai *în-corporată* de diagnostic, ce acordă o mai mare importanță experienței trăite a bolii integrând-o cu alte evenimente biografice și semne corporale. Relația terapeutică este una mai egalitară în anumite practici, în sensul acordării unui rol mai important bolnavului în procesul terapeutic, atât în definirea bolii, cât și în tratarea acesteia. O participare mai activă a bolnavului în cadrul relației terapeutice înseamnă și o responsabilitate mai mare pentru propria-i stare de sănătate. Legată de aspectul biopoliticii este medicalizarea societăților occidentale, dar nu numai. Medicalizarea e procesul prin care tot mai multe aspecte ale vieții cad sub incidența medicinei și sunt definite și tratate dintr-o perspectivă medicală. În principiu, conceptul de medicalizare se referă la o extindere a puterii de control social a biomedicinei prin definirea în termeni medicali fie a devianței sociale, fie a altor aspecte ale vieții – cum ar fi nașterea, îmbătrânirea, moartea. Dar în contexte medicale plurale trebuie avută în vedere și funcția de control social pe care o au practicile medicale așa-numite „alternative și complementare”. Departe de a nu participa la viziunea panoptică a statului, doar pentru că nu sunt insituționalizate, aceste practici medicale reprezintă articulări ale puterii-cunoașterii care produc corpuri docile, mai ales prin extinderea aspectelor vieții ce intră sub control medical (dieta, spiritualitatea etc.).

Margaret Lock și Nancy Scheper-Hughes propun noțiunea de *praxis corporal* ca o modalitate de a lega cele trei nivele de analiză. Noțiunea de *praxis corporal* invită cercetătorii să-și înceapă analiza sănătății și a bolii de la nivelul micro, al „individului care trăiește și reacționează la locul asignat în ordinea socială”²⁰ și de aici să descopere complexitatea și interconectările celor trei nivele ale corpului individual, social și politic.

¹⁹ Michel Foucault, *Society Must Be Defended* trans. David Macey (New York: Picador, 1997).

²⁰ Margaret Lock, Nancy Scheper-Hughes, "A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent," p. 65.

3. Corpul narativ

Având în vedere faptul că pentru acest studiu a fost utilizată cu preeminență metoda interviului calitativ, semi-structurat, în capitolul 3 al tezei am explorat oportunitatea analizei narative pentru cercetarea problematicilor legate de corp, corporalitate, faptul-de-a-fi-în-corp etc. Pe lângă explicitarea analizei narative din rațiunile enunțate mai sus, am propus considerarea conceptului de corp narativ ca o dezvoltare a conceptului de „praxis corporal”. Dacă privim narațiunea ca fiind mai mult decât text, ca fiind performare sau punere în scenă, atunci putem vorbi despre practici narative care cuprind atât text, cât și context, atât limbaj, cât și acțiune, atât vorbire, cât și încorporare. Am argumentat astfel în favoarea considerării narativității ca practică încorporată ce constituie o legătură între cele trei nivele ale corpului: individual, social și politic. Atunci când vorbim despre corpul narativ nu ne referim la poveștile despre corp, ci la povești *în-corporate*, adică nu la corpul ca obiect descris, ci la modul în care corpul, sau mai bine spus faptul-de-a-fi-în-corp participă la constituirea poveștii²¹.

Turnura narativă în științele sociale este legată de o problematizare a naturii limbajului și a funcției sale de reprezentare, care a avut loc în anii '60 – '70. A avut loc o trecere de la o noțiune a limbajului perfect transparent la una a realității sociale ca fiind creată prin utilizarea limbajului²². În ciuda polifoniei acestei turnuri, o coerență a sa este dată de preocuparea față de experiență, temporalitate, procesul de producere a narativelor, atât de către participanții la studiu, cât și de către cercetătorul însuși. În plus, în considerarea tuturor acestor aspecte există o doză considerabilă de reflexivitate în scopul ilustrării mijloacelor prin care narativele sunt produse într-un anumit context, inclusiv în contextul cercetării academice. Turnura narativă, în diversele ei forme, prin preocuparea față de poveștile locale, prin afinitatea cu grupurile marginale, prin aducerea sub examinarea academică a mijloacelor de producție a poveștilor vine să răspundă acestei cerințe de a da o voce celor care până acum erau reduși la tăcere, fie de boală, fie de alte suferințe.

Pentru a răspunde la întrebarea care este legătura dintre corp și narativitate, am pornit de la o definiție a narațiunii. Această definiție nu vizează narațiunea ca gen literar, deși împărtășește într-o oarecare măsură modul teoriei literare de a conceptualiza narativul. Un element definitoriu al narațiunii este intriga, iar o trăsătură determinată de aceasta este coerența. Narațiunea este un mod de ordonare semnificativă a unor evenimente în timp, în principiu de către un narator omniscient. Această ordonare are loc prin punerea în intrigă a evenimentelor, prin crearea unui spațiu temporal pentru desfășurarea

²¹ Daniel Punday, *Narrative Bodies : Toward a Corporeal Narratology* (Palgrave MacMillan, 2003).

²² Lars-Christer Hydén, "Narratives in Illness: A Methodological Note," *Qualitative Sociology Review* IV, no. 3 (2008): pp. 49-50.

semnificativă a acestora, care altfel ar fi fost doar o simplă înșiruire cronologică. Prin intermediul intrigii este postulată o cauzalitate circumstanțială între evenimente, în strânsă corelație cu particularitățile de loc și timp ale povestirii. Tot prin intermediul ei se conferă o coerență narativă evenimentelor datorată și faptului că naratorul cunoaște întreaga acțiune, deci inclusiv deznodământul, fapt care-i permite să configureze narativa pentru a-i da o anumită semnificație și orientare morală. Pornind de la această definiție am urmărit apoi care este relația dintre narațiune și experiență pentru a vedea dacă se poate spune sau nu despre viață că are o structură narativă. Arthur Frank susține că relația dintre viață și poveste este reciproc mimetică²³. Astfel, povestea nu reprezintă experiența, ci contribuie la constituirea ei, dar pe de altă parte povestea nu există în abstract, ci în relație cu experiențe concrete care pot modela cursul și semnificația poveștii.

Un mod de a gândi această relație reciproc mimetică dintre viață și narațiune este conceptul de unitate narativă a vieții propus de Alasdair MacIntyre. În viziunea sa, unitatea narativă a vieții este unitatea unei căutări narative, iar la baza începutului acestei căutări se regăsește telosul, care este în fond o concepție privind „binele pentru om”²⁴, fiind în continuu redefinit de însăși căutarea narativă. Paul Ricoeur explorează modul în care sinele presupune o identitate narativă. Prin acest concept, Ricoeur propune o îndepărtare de considerarea identității în termeni substanțialiști, ca o esență imuabilă, prin introducerea unei dimensiuni a istoricității în cadrul identității, utilizând concepte precum a pune în intrigă și personaj, care țin de analiza narativă. În același timp, dacă identitatea nu este o substanță, ea nu este nici o serie incoerentă de evenimente²⁵. Atât pentru Alasdair MacIntyre, cât și pentru Paul Ricoeur unitatea narativă a vieții este o chestiune fundamentală, iar identitatea nu poate fi concepută decât în legătură cu aceasta. În concepția identității narative a lui Ricoeur întâlnim punerea în intrigă drept un proces de structurare, de mediere între permanență și schimbare. În ceea ce privește corporalitatea, în viziunea acestuia, mai mult decât un criteriu pentru identitate, și chiar mai mult decât parte a unui proiect identitar²⁶, nu atât corpul, cât faptul-de-a-fi-în-corp este o condiție existențială a identității.

La un alt nivel, legătura dintre corp și narațiune poate fi gândită ca fiind mediată de metaforă. Ca o structură mai simplă – de genul A este B – metafora ne poate ilustra modul în care legătura dintre

²³ Arthur W. Frank, *Letting Stories Breathe. A Socio-Narratology* (Chicago and London: The University of Chicago Press, 2010), p. 21.

²⁴ Alasdair C. MacIntyre, *After Virtue: A Study in Moral Theory* (London: Duckworth, 1985), pp. 218-19.

²⁵ Paul Ricoeur, "Life in Quest of Narrative," in *On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation*, ed. David Wood (London and New York: Routledge, 1991).

²⁶ Vezi Anthony Giddens, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age* (Stanford: Stanford University Press, 1991).

experiență și limbaj se constituie la nivelul acesteia. Laurence Kirmayer ne propune o astfel de analiză, argumentând că metafora „ocupă un domeniu intermediar legând narațiunea și experiența corporală dată, prin construcții imaginative și puneri în scenă [...]”²⁷. Prin studiul metaforei se poate evidenția modul în care corpul, sau mai bine spus faptul-de-a-fi-în-corp, este o sursă a semnificării și nu doar un obiect de semnat. Ceea ce urmărește Kirmayer este ilustrarea relației dintre corp și narațiunile culturale prin intermediul metaforei și al ancorării deopotrivă corporale și sociale a acesteia. Narațiunile sunt structurări mai complexe ale experienței care presupun o ordonare temporală semnificativă a evenimentelor. Prin apelarea la metafore, narațiunile individuale sau colective sunt și ele astfel ancorate atât în experiența corporală, cât și în cultural.

Narațiunile nu sunt construite în izolare, ci implică întotdeauna existența unui cititor sau a unui public, fie el prezent sau absent. Analiza narativă propune o îndepărtare de o analiză pur lingvistică a textului înspre o luare în considerare a condițiilor de producere a acestuia, ca parte a unei interacțiuni sociale. Trebuie astfel să ne întrebăm nu doar ce înseamnă o poveste, dar și ce înseamnă a povesti, întrucât actul povestirii este parte integrantă a poveștii. Contează nu doar ce se povestește, dar și cum, unde, când și cui anume. Poveștile nu sunt doar individuale, ci sunt și sociale, ele nu sunt construite în izolare, ci întotdeauna într-o anumită interacțiune și într-un anumit cadru socio-cultural. Narațiunea este astfel un act social.

Pe fondul acestei turnuri narative, există în antropologia medicală o preocupare tot mai mare față de narațiunile bolii și deci față de experiența acesteia. Boala, ca să-l parafrazez pe Laurence Kirmayer, este o perturbare atât în ordinea corporală, cât și în ordinea textului²⁸, astfel reprezentând o ocazie unică pentru explorarea modului în care cele două ordini se întrepătrund. O serie de autori consideră că în boală, narațiunea devine un imperativ tocmai datorită capacității sale de a constitui atât semnificația, cât și experiența. Resimțită întâi ca o experiență individuală, încorporată, boala nu afectează doar individul, ci și întreaga lui rețea socială. Astfel, narațiunile bolii nu sunt construite în izolare, ci în interacțiune, ele sunt performate și polifonice și apelează la diferite resurse culturale pentru a da un sens experienței trăite. Aceste narațiuni nu sunt nici în afara relațiilor de putere care se articulează prin intermediul acestora prin legitimarea unor povești și reducerea altora la tăcere. Narațiunile bolii mediază între cele trei nivele ale corpului propuse de Nancy Scheper-Hughes și

²⁷ Laurence J. Kirmayer, "Healing and the Invention of Metaphor: The Effectiveness of Symbols Revisited", *Culture, Medicine and Psychiatry* 17, no. 2 (1993), p. 161.

²⁸ Vezi Laurence J. Kirmayer, "The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience", *Medical Anthropology Quarterly* 6, no. 4 (1992).

Margaret Lock²⁹, adică între nivelul individual fenomenologic, cel socio-cultural al simbolurilor și structurilor culturale și cel politic al relațiilor de putere. Narațiunile de boală, în măsura în care nu sunt doar despre un corp, ci corpul reprezintă chiar condiția existențială a acestora, pot reprezenta o modalitate a conceptului de praxis corporal pe care cele două autoare îl propun ca mediator între nivelele analitice ale corpului.

Studiul experienței de boală a pacientului presupune o axare asupra contextului biografic al acestuia, percepțiilor sale asupra bolii, modul în care condiția sa existențială ca persoană încorporată s-a modificat în urma bolii, modul în care identitatea persoanei bolnave s-a modificat. Din punct de vedere teoretic, conceptul de narațiune a ajuns să fie unul central în studiul bolii, o serie de alte concepte cum ar fi cel de identitate fiindu-i subordonate acestuia³⁰. Din punct de vedere metodologic, printr-o recunoaștere a faptului că factorii situaționali joacă un rol important în constituirea acestor narațiuni s-a trecut de la un concept unitar de narațiune, la axarea asupra narațiunilor³¹ care sunt diferite în circumstanțe interacționale diferite. Tot din acest punct de vedere este recunoscut și rolul ascultătorului sau al cercetătorului în coproducerea acestor narațiuni care nu se află gata constituite așteptând să fie culese, ci sunt produse în cadrul interacțiunii dintre narator și ascultător.

4. Metodologia cercetării

Având în vedere că scopul cercetării mele a fost urmărirea modalităților în care cele trei nivele ale corpului delimitate de Margaret Lock și Nancy Scheper-Hughes³² se articulează într-o practică de vindecare, care se poziționează ca aflându-se în afara practicii oficiale a medicinei, cercetarea de față se bazează cu predilecție pe o serie de interviuri semi-structurate cu persoane care apelează la o anumită practică de vindecare întâlnită în mediul urban. Prin utilizarea interviului semi-structurat am încercat să urmăresc modalitatea în care această practică este înțeleasă de către cei care participă la ea, pornind de la considerentul că această metodă este adecvată pentru urmărirea procesului hermeneutic de creare a sensului într-un anumit context socio-cultural. M-am axat astfel asupra experiențelor care au determinat căutarea unei metode de vindecare în afara cadrului biomedical, asupra experienței avute cu această practică, asupra modului în care această practică a influențat viața și viziunea asupra vieții a

²⁹ Vezi Margaret Lock, Nancy Scheper-Hughes, "A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent", Nancy Scheper-Hughes, Margaret Lock, "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology."

³⁰ Lars-Christer Hydén, "Illness and Narrative," *Sociology of Health & Illness* 19, no. 1 (1997): p. 52.

³¹ *Ibid.*

³² Vezi Nancy Scheper-Hughes, Margaret Lock, "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", Margaret Lock, Nancy Scheper-Hughes, "A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent".

participanților la acest studiu, dar și relațiile cu ceilalți și nu în ultimul rând asupra modului în care aceștia definesc boala și sănătatea.

Pentru realizarea acestor interviuri am ales să mă axez asupra unei singure practici de vindecare pe care am întâlnit-o, cu ajutorul unei prietene, în Cluj-Napoca. În urma obținerii permisiunii terapeutului de a-mi desfășura cercetarea selectarea participanților la studiu s-a făcut exclusiv prin abordare directă în „sala de așteptare”. Cercetarea s-a desfășurat în perioada iulie 2011 – iunie 2012, timp în care am făcut un interviu înregistrat cu terapeutul și am avut mai multe discuții neînregistrate cu acesta și interviuri semi-structurate cu 21 de persoane (4 de sex masculin și 17 de sex feminin, cu vârste cuprinse între 26 și 76 de ani) care în momentul interviului erau implicați în mod activ în practica dânsului. În afara interviului, ca metodă de cercetare am mai utilizat observația participativă, realizată cu predilecție în „sala de așteptare”, și în câteva instanțe observația directă în timpul consultațiilor. Aceasta din urmă a avut loc la invitația terapeutului, dar fără să fi obținut acordul expres al celor care veneau pentru consultație. Această situație a cauzat ridicarea unor întrebări privind etica cercetării care în cele din urmă m-au determinat să mă axez mai mult asupra observației din sala de așteptare. O limitare a cercetării este faptul că ea nu include și eventualele experiențe negative pe care unele persoane este posibil să le fi avut.

Metoda principală de cercetare utilizată a fost aceea a interviului semi-structurat. Ghidul de interviu utilizat a fost conceput pornind de la grila de interviu McGill pentru obținerea narațiunilor de boală³³ și de la grila de interviu utilizată de către Meredith McGuire în studiul său asupra practicilor de vindecare din Statele Unite³⁴. Pornind de la acestea am constituit un ghid propriu în care am urmărit următoarele aspecte: informații demografice, experiența personală cu o practică medicală alternativă, modelul explicativ al bolii, concepțiile despre sănătate și boală, relația cu practicianul de medicină alternativă, impactul asupra vieții a practicii medicale alternative. Înaintea începerii interviului, participanții la studiu au fost rugați să citească și să semneze un formular de consimțământ în care erau explicate pe scurt tema și scopul cercetării și era garantată confidențialitatea „datelor” obținute în urma interviului, precum și anonimatul celor care au participat la studiu. În unele instanțe am fost rugată, fie înaintea începerii interviului, fie după acesta să explic mai pe larg unele aspecte privind scopul

³³ Danielle Groleau, Allan Young, Laurence J. Kirmayer, "The McGill Illness Narrative Interview (Mini): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience," *Transcultural Psychiatry* 43, no. 4 (2006).

³⁴ Meredith B. McGuire, *Ritual Healing in Suburban America* (New Brunswick: Rutgers University Press, 1988), pp. 283-88.

cercetării mele. Interviuurile au fost înregistrate cu un reportofon digital, a urmat apoi transcrierea lor și identificarea unor tropi și teme comune care au fost utilizate în analiză.

5. Corpul narativ și construcția sensului

Înainte de această analiză tematică, în capitolul al cincilea al tezei, prin axarea asupra unor interviuri individuale, am ilustrat modalitatea în care are loc construcția sensului și punerea în intrigă în cadrul narațiunilor despre experiența cu această practică de vindecare. Acestea debutează la nivelul interviului, în cadrul interacțiunii dintre interviuat și interviuator și vizează organizarea experienței într-un întreg semnificativ prin punerea în intrigă. Narațiunea reprezintă un mod de ordonare semnificativă a evenimentelor în timp, de către un narator care, privind retrospectiv, are o anumită distanță reflexivă asupra acestora, fapt care-i permite să confere, prin punerea în intrigă, o anumită semnificație și orientare morală narațiunii. În strânsă legătură cu acest proces are loc constituirea identității narrative a povestitorului, dar el nu se rezumă doar la narator, ci include și publicul – fie activ sub forma unui interlocutor, fie pasiv, care ia și el parte la punerea în intrigă a narațiunii. Din această perspectivă, interviul de cercetare devine o locație pentru crearea sensului, pentru ceea ce Jaber F. Gubrium și James A. Holstein numesc „munca narativă”³⁵. Particularitățile de loc și timp care definesc evenimentul narativ au o influență asupra modului în care are loc punerea în intrigă.

După cum am afirmat mai sus, procesul hermeneutic al punerii în intrigă implică o distanță reflexivă care face posibilă ordonarea semnificativă a experienței. Această distanță este adesea în strânsă legătură cu privirea retrospectivă implicată în procesul narativ, privire care determină o (re)semnificare continuă a evenimentelor și experiențelor din trecut în lumina prezentului. Această privire retrospectivă a naratorului face posibilă integrarea unor experiențe, care în momentul trăirii lor au un potențial perturbator și destabilizator al identității, în configurarea narativă, astfel încât să devină parte a necesității narrative. Atât Paul Ricoeur, cât și Jens Brockmeier argumentează că unul dintre aspectele centrale ale intrigii este modul în care aceasta transformă contingența în necesitate prin prezentarea evenimentelor narațiunii din perspectiva sfârșitului acesteia.³⁶ Caracterul teleologic al poveștilor de viață este în strânsă legătură cu dimensiunea morală a acestora și cu încercarea de a defini

³⁵ Jaber F. Gubrium, James A. Holstein, *Analysing Narrative Reality* (SAGE, 2009).

³⁶ Paul Ricoeur, *Oneself as Another*, trans. Kathleen Blamey (Chicago & London: University of Chicago Press, 1992), p. 142.

“binele pentru om” după cum argumetază și Mark Freeman și Jens Brockheimer³⁷. Având în vedere dimensiunea moral-religioasă a practicii de vindecare la care participă interlocutorii mei, în analiza interviurilor am urmărit modul în care este definită „viața bună” la nivelul vieții individuale și a particularităților acesteia.

Procesul de semnificare din cadrul narațiunii este în strânsă legătură cu modalitățile temporale ale trecutului – prezentului – viitorului din cadrul ei. Arthur Frank își definește cele trei tipuri narative (narațiunea restituirii, narațiunea haosului și narațiunea căutării) specifice bolii prin modalitatea în care are loc această ordonare temporală semnificativă în cadrul lor, dar și prin modul în care narațiunea rezolvă ceea ce el numește problemele încorporării. Dintre cele cinci narațiuni analizate în acest capitol, toate, în afară de una se pot încadra în tipul narativ al căutării, în care experiența bolii determină o reconfigurarea a identității în lumina acesteia și o asumare a ei. Această asumare a bolii, presupune în perspectivele interlocutorilor mei o schimbare a stilului de viață care este privit drept o cauză principală a bolii. Narațiunea căutării se distinge de celelalte două tipuri narative prin aceea că în cadrul acesteia, boala este asumată și privită ca o ocazie pentru o redescoperire și o reorganizare a sensului. Structura sa temporală se deschide spre un viitor al unei noi semnificații, boala marcând o turnură în viața bolnavului care nu poate uita prin ce a trecut. Astfel, aceasta devine ocazia unei călătorii inițiatice, din care persoana bolnavă are de câștigat³⁸ un plus de sens, dar și o datorie de a împărtăși ceea ce a trecut. Narațiunea care nu se înscrie în acest tipar al căutării, este în mod predominant o narațiune a haosului, în care încercările de constituire a sensului sunt frustrate încontinuu de iruperi ale dezordinii cauzate mai degrabă de o nenorocire decât de boală.

La originea procesului narativ se regăsește experiența bolii. Mai mult decât o patologie a corpului fizic, boala reprezintă o perturbare a lumii trăite și afectează în mod profund sinele încorporat al persoanei bolnave. În analiza interviurilor am urmărit: cum sunt poziționate experiența de boală și procesul terapeutic în cadrul acestui proces narativ de constituire a sensului; cum are loc acest proces și care este rolul meu în acesta; care sunt particularitățile evenimentului narativ și cum are loc „punerea în scenă” a narațiunilor în cadrul interviurilor. Primul interviu vizează o experiență de boală determinată de cancer. Aportul meu efectiv, adică sub forma întrebărilor a fost foarte redus în cazul acestui interviu, interlocutoarea mea relatându-mi experiența sa cu boala și cu practica domnului T. cu foarte puține intervenții din partea mea. Și în cazul celui de-al doilea interviu aportul meu sub forma unor întrebări a

³⁷ Mark Freeman, Jens Brockmeier, "Narrative Integrity. Autobiographical Identity and the Meaning of the “Good Life””, in *Narrative and Identity. Studies in Autobiography, Self and Culture*, ed. Jens Brockmeier and Donal Carbaugh (Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 2001).

³⁸ Arthur W. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*.

fost destul de redus, dar în această instanță, narațiunea viza experiența unei nenorociri abătute asupra interlocutoarei mele, corelată cu diverse episoade de boală. În acest caz, efortul de construire a sensului a fost dificil, viața interlocutoarei mele fiind marcată de adversitate. Cel de-al treilea interviu reprezintă o narațiune a unui început de drum în căutarea unui mod de a face față unei probleme de sănătate nedefinite. În acest caz, aportul meu la efortul narativ a fost considerabil mai pronunțat decât în celelalte două instanțe. Același lucru se poate spune și despre cel de-a patrulea interviu, în care procesul narativ vizează o reconstrucție a identității în urma unei experiențe de boală în lumina unui scop clar enunțat. Ultimul interviu vizează mai degrabă o narațiune despre formarea ca terapeut decât una despre boală, deși aceasta din urmă a marcat un punct de cotitură în biografia individuală. Prin această analiză a narațiunilor individuale am evidențiat modalitatea în care cele trei nivele ale corpului se articulează la un nivel micro, fiind profund marcată de particularitățile biografice a fiecărui interlocutor în parte.

6. Vindecarea prin mâncare: o perspectivă încorporată asupra unei practici terapeutice

Ultimul capitol al lucrării este destinat prezentării unei viziuni de ansamblu asupra practicii de vindecare prin analiza tematică a materialului etnografic. Această analiză a fost realizată urmărind aspectele legate de cele trei nivele ale corpului identificate de Margaret Lock și Nancy Scheperd-Hughes. Practica asupra căreia m-am axat pentru acest studiu se desfășoară în mediul urban, majoritatea interlocutorilor mei având domiciliul în acesta.

Reglementările din partea statului care există în privința desfășurării unor astfel de practici determină regăsirea multora sub forma diverselor cabinete de „medicină alternativă”. Majoritatea practicilor de acest gen presupun obținerea unui atestat în urma unor cursuri de specializare. Practica terapeutică avută în vizor este însă caracterizată de un aranjament spațial neregulat, practicantul venind în orașul în care mi-am desfășurat cercetarea, aproximativ o dată la șase săptămâni, iar locația unde aceasta are consultații, putând să varieze de la o vizită la alta. Aceste aspecte legate de aranjamentul spațial și de ceea ce se petrece la nivel de interacțiune în aceste spații au fost abordate în subcapitolul al doilea al acestui capitol, în care m-am oprit asupra „sălii de așteptare” și am analizat observațiile pe care le-am făcut în cadrul acesteia. O altă particularitate a acestei practici este legată atât de modul în care terapeutul (domnul T.) concepe procesul de transmitere a cunoașterii terapeutice și își prezintă povestea propriei deveniri, cât și de modalitățile de diagnostic și tratament pe care le utilizează în practica sa, dar și de modul în care concepe corpul, boala și procesul de vindecare. Abordarea pe care domnul T. o are asupra vindecării și modul în care sunt concepute sănătatea și boala, dar și rolul și

responsabilitatea individului în procesul de redobândire sau menținere a sănătății au atât o dimensiune experiențială, cât și una teoretică. Dimensiunea experiențială se referă la experiențele proprii de boală și vindecare care sunt prezentate drept imboldul sau punctul de pornire în formarea ca terapeut. Devenirea terapeutului este prezentată de către acesta ca un adevărat ritual de inițiere, care are la bază în special o experiență de boală și auto-vindecare. În ceea ce privește dimensiunea teoretică, în cazul de față se poate vorbi despre o adevărată viziune despre lume în care boala și sănătatea sunt privite în relația lor cu alte concepte, cum ar fi cel de națiune și de religie. În același timp, practica sa este prezentată ca rezultatul unei combinații eclecticice de metode de diagnostic și tratament. Astfel, aceasta se conturează în jurul unei metode de diagnostic bazate pe iridologie – citirea irisului, în care ochiul devine o locație pentru identificarea stării de sănătate sau boală a individului. Diagnosticul nu se axează pe identificarea de boli, în sensul unor categorii discrete de patologie fizică ce se manifestă în mod similar la mai mulți indivizi, ci în constituirea unui profil individualizat al persoanei bolnave, incluzându-se aspecte care țin de corpul fizic – în termeni de organe afectate, dar și trăsături de caracter, descendența genetică și aspecte spirituale. Problemele de sănătate sunt definite în termenii acumulării de toxine de-a lungul timpului, datorită unui stil de viață considerat nesănătos și a cărui schimbare devine necesară pentru stoparea evoluției acestor probleme și pentru eliminarea toxinelor acumulate, într-un proces reversibil de purificare individuală. Această purificare – „*a trăi curat*”, implică o dimensiune spirituală și una legată de alimentație. Domnul T. își definește practica în termeni medico-religioși și utilizează drept principal instrument terapeutic ceea ce el numește „terapia alimentară”. Aceasta se bazează pe o listă de alimente permise și interzise și pe constituirea unui nou mod de alimentație prin prisma unei organizări temporale reprezentate de calendarul creștin-ortodox. Mai mult decât atât, practica de vindecare este prezentată ca o practică specifică unui spațiu cultural românesc, definit prin ortodoxism și naționalism.

În urma prezentării perspectivei terapeutului, în restul capitolului m-am axat asupra experiențelor pe care interlocutorii mei le-au avut cu această practică. Ca punct de pornire am luat experiența bolii și am abordat-o dintr-o perspectivă fenomenologică. În cele mai multe instanțe, o experiență de boală, fie proprie, fie a celor apropiați, a stat la baza căutării unei metode de tratament în afara cadrului biomedical. Drew Leder argumentează că în suferință corpul *dys-apare*, în sensul că este perceput ca un obstacol, drept distinct de adevăratul sine și frustrând intenționalitatea acestuia și angajarea lui în lume³⁹. Cu alte cuvinte, disponibilitatea de angajare în lume a persoanei este perturbată

³⁹ Drew Leder, *The Absent Body*, p. 73.

de durere sau boală, întrucât aceasta „te deranjează” în cuvintele unui interlocutor, făcând din corpul dureros sau bolnav un obstacol între sine și lume. Posibilitățile de angajare în lume, care anterior declanșării durerii sau bolii erau luate de-a gata, sunt acum restricționate. În relatările interlocutorilor mei, boala apare ca ceva care le perturbă întreaga existență, nu doar pe cea proprie, ci și pe cea a familiei și a celor apropiați. Pentru a descrie această perturbare cel mai adesea este utilizată metafora căderii. Perturbarea lumii trăite, în unele instanțe, nu este determinată doar de boală, ci și alte evenimente biografice pot determina o astfel de ruptură ce afectează modalitatea încorporării individuale. Un astfel de exemplu se regăsește în povestea Anei. În urma morții fiului acesteia într-un accident întreaga sa lume a fost cuprinsă de haos.

Confruntat cu această perturbare a lumii trăite provocate de problemele de sănătate individul încearcă să răspundă la întrebarea privind semnificația acestora, dar și privind cursul de acțiune care trebuie urmat pentru a redobândi starea de dinainte. În căutarea acestei înțelegeri individul afectat de durere recurge la resursele culturale disponibile care-l ajută să interpreteze starea sa fenomenologică într-un anumit sens, iar în această căutare participă și alți membrii ai rețelei sale sociale. Interpretările se bazează pe un set de cunoștințe proeminente cultural, dar și pe experiențele anterioare ale individului sau ale rețelei sale. Momentul hermeneutic, cum îl numește Leder, continuă cu apelul persoanei în cauză la cei care, într-o societate, sunt considerați avizați în interpretarea acestor semne ale corpului. Majoritatea interlocutorilor mei, în căutarea unui diagnostic pentru probleme lor de sănătate, au apelat la cadrul biomedical, dar adesea această încercare s-a dovedit problematică. Căutarea unui diagnostic și imposibilitatea găsirii acestuia în acest cadrul este unul dintre motivele invocate de mai mulți dintre aceștia pentru apelul la alte metode terapeutice. Modalitatea de transmitere a informațiilor despre practica medicală studiată este cu predilecție rețeaua socială extinsă, în cadrul căreia circulă o serie de narațiuni despre experiențe pozitive de vindecare.

În ceea ce privește modalitatea de diagnosticare, prin citirea irisului, relatările despre aceasta sunt adesea construite prin poziționarea sa în relație cu diagnosticarea și consultația care se desfășoară în cadrul biomedical. Privind procesul de diagnostic Meredith McGuire notează că acesta este întotdeauna transformativ, în sensul că „semnele, sau expresiile biofizice, sunt transformate în simptome – indicatori inteligibili social ai unei categorii de boli”⁴⁰. În cadrul acestui proces unele semne sunt trecute cu vederea în favoarea altora care sunt utilizate pentru constituirea diagnosticului⁴¹. Diagnosticul este apreciat drept bun de către persoanele care apelează la această practică în funcție de

⁴⁰ Meredith McGuire, *Ritual Healing in Suburban America*, p. 34.

⁴¹ *Ibid.*

acuratețea cu care ceea ce terapeutul discerne în iris este în concordanță cu ce persoana știe despre propriul corp și problemele pe care le are. Are loc construirea unui profil individualizat al persoanei bolnave. În urma identificării unor organe sau părți ale corpului care sunt în prezent afectate, practica de diagnosticul mai implică și trasarea unor direcții de evoluție a acestor afecțiuni în viitor. Prin relaționarea problemelor de sănătate individuale de cele ale familiei sau prin postularea unei relații între aspectele psihologice și spirituale ale individului și problemele de sănătate ale acestuia, în practica domnului T., semnele pe care dânsul le citește în iris, ca indicatori ai unor probleme prezente sau a unor tendințe spre îmbolnăvire, sunt plasate într-un cadru de referință ce include atât personalul, cât și socialul și culturalul.

În urma diagnosticării, „tratamentul” prescris de domnul T. implică o schimbare a modului de alimentație bazată pe interzicerea, într-o primă fază, a tuturor alimentelor de origine animală – carne, lapte și produse lactate, ouă – a sării și a zahărului, a tuturor alimentelor procesate din comerț, a cafelei, alcoolului, tutunului și a unor legume și fructe. Schimbarea modului de a mânca este percepută drept mijlocul principal prin care are loc vindecarea sau prevenirea unor boli. Ideea principală care stă la baza acestei schimbări este aceea că, în urma stilului de alimentație avut până la schimbarea lui, organismul a acumulat o serie de toxine care fie au dus la boală, fie, dacă acesta nu este schimbat, vor duce la boală. Pentru vindecare sau pentru evitarea îmbolnăvirii, alimentele care determină această acumulare de toxine trebuie eliminate din dietă, iar un nou mod de alimentație trebuie adoptat la recomandarea terapeutului. Scopul acestei schimbări alimentare este purificarea sau curățarea organismului, care implică un proces invers de vindecare în care bolile mai vechi revin într-o formă mai ușoară și marchează astfel evoluția organismului în procesul de detoxifiere. Această grijă față de corp și ceea ce intră în el, vine pe fondul conștientizării de către interlocutorii mei a existenței diferitelor discursuri care subliniază importanța alimentației pentru vindecare sau pentru menținerea sănătății, alături de o serie de discursuri care determină o insecuritate privind alimentele procesate și efectele anumitor substanțe (aditivi, E-uri) asupra organismului.

Pornind de la nivelul fenomenologic de analiză a corpului, mâncatul este o experiență senzorială care implică în mod specific simțul gustativ, dar și alte simțuri. Mai mult decât atât, mâncatul este un act esențial pentru supraviețuirea omului, iar prin asta, de angajare a omului în lume. Schimbarea modului de a mânca și punerea în practică a indicațiilor date de terapeut este resimțită ca o provocare senzorială de majoritatea interlocutorilor mei. Am utilizat conceptul de gust propus de Pierre Bourdieu pentru a analiza modalitatea în care urmarea dietei prescrise de terapeut presupune o modificare a habitusului gustativ. Această schimbare este făcută din rațiuni care țin de sănătate și de

definirea unor alimente ca fiind nesănătoase și având efecte negative asupra organismului și include atât renunțarea la o serie de alimente, cât și introducerea unor alimente noi în dietă. La nivel fenomenologic, această schimbare implică și o gestionare continuă a senzației de foame. Având în vedere că dieta prescrisă de domnul T. nu implică și limitări cantitative⁴², foamea este adesea corelată în relatările interlocutorilor mei cu resimțirea unei nevoi de a consuma anumite alimente. Dacă cei aflați la începutul acestei schimbări resimt foamea ca o provocare, pentru cei care urmează dieta de mai multă vreme, senzația de foame nu mai este o problemă. În timp, controlul exercitat asupra foamei sau a poftei este interiorizat și se transformă în repulsie.

Efectele și eficiența dietei sunt resimțite tot la acest nivel al experienței încorporate, ca schimbări care afectează modul-de-a-fi-în-corp. În urma dietei, o serie de schimbări corporale sunt resimțite și percepute ca permițând din nou acea deschidere spre lume, care în boală lipsește. Este descrisă astfel dispariția simptomelor bolii, dar și o vitalitate crescută care permite individului să perceapă lumea altfel. În același timp, semnele sau simptomele corporale, sunt solicitate de către terapeut la fiecare vizită, iar pacienții trebuie să-și urmărească atent evoluția de la o vizită la alta. Aceste semne sunt interpretate prin prisma a ceea ce terapeutul numește “crize de vindecare” ce marchează o evoluție inversă a organismului către un stadiu anterior de puritate. Chiar dacă ele sunt resimțite în termeni negativi, asemenea bolii, semnificația lor este una pozitivă indicând o desfășurare a procesului de vindecare și de purificare a corpului.

În perspectiva antropologiei mâncarea și alimentele nu constituie doar „materia primă” pentru corp, ci și pentru gândire prin intermediul simbolisticii care o înconjoară. Actul mâncatului, al încorporării mâncării este un act complex din punct de vedere socio-cultural care implică un întreg sistem de simboluri în constituirea lui. Schimbarea stilului alimentar presupusă de această practică de vindecare are la bază o distincție principală între două categorii de alimente: interzise și permise. Această distincție se suprapune conceptual cu cea dintre nesănătos și sănătos. În relatările interlocutorilor mei se regăsește o reprezentare a mâncării, în special a celei procesate, ca având un potențial patogen, de îmbolnăvire a organismului prin acumularea de toxine. O modalitate de a face față anxietății provocate de conștientizarea acestui potențial, mai ales în ceea ce privește conținutul de substanțe chimice a alimentelor, este distincția dintre alimente procesate și alimente naturale. Distincția dintre alimentele sănătoase și cele nesănătoase poziționează o grupă sau mai multe de alimente ca având potențial patogen, iar alte grupe de alimente ca având potențial de vindecare. Deborah Lupton

⁴² Dieta se bazează în cea mai mare parte pe distincția calitativă dintre alimente permise și alimente interzise, iar cantitatea de alimente permise care pot fi consumate nu face obiectul unui control impus de terapeut.

argumentează că un efect al constituirii anumitor alimente ca patogene este constituirea altora ca medicamente și astfel deschiderea unui spațiu conceptual pentru așa-numitele „alimente funcționale”⁴³. Aceste alimente nu sunt constituite ca fiind doar mai sănătoase decât altele, dar ca având un potențial de vindecare. Mai mult decât atât, hrana crudă este resemnificată drept „hrană vie” care încorporează însăși esența existenței. Fiind vie, la fel ca organismul nostru care este viu, ea este percepută ca având capacitatea de a transfera această proprietate a „viului” corpului și astfel de a-l menține sănătos sau de a-l vindeca. În opoziție față de hrana vie se află hrana moartă, a cărei concretizare este carnea.

Mâncatul este un act profund social care într-o manieră sau alta întotdeauna îi implică și pe ceilalți: „mâncarea se află la baza relațiilor sociale; în timpul meselor creăm familia și prietenii prin împărtășirea mâncării, gusturilor, valorilor și pe noi înșine”⁴⁴. Având în vedere rolul pe care mâncarea îl joacă atât în constituirea identității individuale, cât și a celei colective, o parte a interviului pentru acest studiu s-a axat asupra modului în care schimbarea stilului alimentar și adoptarea dietei propuse de domnul T. a influențat relațiile interlocutorilor mei cu ceilalți, de la familie și prieteni apropiați la comunitățile mai mari din care fac parte. Reacțiile membrilor familiei la adoptarea acestei diete sunt de la respingere la acceptare și chiar la trecerea ulterioară la acest mod de alimentație. În cadrul familiei, pregătirea mâncării este în strânsă legătură cu rolurile de gen și cu relațiile de putere pe care le implică acestea. Schimbarea regimului alimentar, a însemnat în multe cazuri pentru interlocutoarele mele o dublă sarcină a gătitului. În afara familiei, reacțiile celorlalți față de modul diferit de alimentație al interlocutorilor sunt descrise ca reieșind din diferite contexte sociale în care mâncarea joacă un rol. Astfel de contexte sunt fie ocazii speciale: zile de naștere, nunți, botezuri, înmormântări, fie în viața cotidiană, în timpul meselor luate la locul de muncă sau vizitelor și ieșirilor în oraș cu prietenii. În astfel de situații aceștia fie solicită un meniu special, fiind astfel somați din partea celorlalți să-și motiveze alegerile, fie uneori sunt nevoiți să facă „mici concesii” și să consume și alimente care se află printre cele interzise.

Concepțiile despre mâncare sunt în strânsă legătură cu cele despre corp și despre boală și sănătate. Prin studiul metaforei se poate evidenția modul în care corpul, sau mai bine spus faptul-de-a-fi-în-corp este o sursă a semnificării și nu doar un obiect de semnificat. În metaforă are loc un proces de (re)semnificare în încercarea individului de a-și înțelege propria experiență. Dar acest proces nu este în afara structurilor culturale, ci dimpotrivă este profund marcat de acestea. Individul apare ca un

⁴³ Deborah Lupton, *Food, the Body and the Self*, (London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 1996).

⁴⁴ Carole M. Counihan, *The Anthropology of Food and Body. Gender, Meaning and Power* (New York, London: Routledge, 1999), p. 6.

bricoleur, care „gândește cu lucruri pentru a construi o ordine bazată pe logica concretului”⁴⁵. Dintre metaforele întâlnite în cadrul narațiunilor se remarcă metafora mecanicistă a corpului pe modelul mașinii, dar și cea a calculatorului care ilustrează o logică informațională în conceperea corpului. De cele mai multe ori, în narațiunile de față, metafora mecanicistă e privită drept un mod greșit de a conceptualiza corpul, propriu unei medicini „*pe bandă*” care ar trebui revizuite. Criticarea metaforei mecaniciste și a gândirii corpului pe modelul mașinii deschide un spațiu de (re)semnificare a corporalității în care se pune accent pe anumite capacități ale corpului care îl disting de cel de-al doilea termen al metaforei. Astfel, corpul nu este ca o mașină pentru că acesta are o putere de auto-vindecare ce stă martoră unei inteligențe specifice a corpului. Corpul are o inteligență proprie care atestă creația divină a acestuia. O altă modalitate de reconceptualizare a corpului este prin intermediul conceptului de energie. „A avea energie” este prezentată drept o calitate esențială a vieții. Dar, în același timp, energia poate fi și o sursă a bolii în forma unui principiu negativ – „energia negativă”. Energia este concepută ca având aceste două fațete, iar uneori chiar principiile teologice sunt (re)semnificate în termeni energetici. Metafora energetică este utilizată prin ancorarea ei într-o bază experiențială, unde a avea energie este resimțit ca un lucru bun, ca o stare de bine a ființei încorporate care este astfel capabilă să se orienteze înspre lume și să acționeze în ea. Concepțiile despre sănătate regăsite în narațiunile interlocutorilor mei, pornesc adesea de la o criticare a modelului mecanicist și implică mai multe aspecte definitorii pentru sănătate decât „corpul fizic” – și aspecte psihice și spirituale, de regulă. Are loc de asemenea și o reconceptualizare a bolii și o concepție a posibilității materializării acesteia din sfera minții – a tiparelor de gândire sau a stărilor emoționale negative, în „corpul fizic”. Stuart McClean, în studiul său într-un centru de vindecare spirituală, observă că ceea ce se întâmplă prin considerarea emoțiilor sau a gândurilor negative drept cauză a bolii este că boala ajunge să fie considerată parte a persoanei, nu doar ceva care-l afectează⁴⁶. O altă concepție care se regăsește în narațiunile analizate este cea a bolii ca rezultat al păcatului care implică o (re)semnificare a bolii și a cauzelor acesteia în termeni moral-religioși.

Pornind de la aceste concepții despre corp, sănătate și boală, în narațiunile interlocutorilor mei, se constituie o distincție între ceea ce ei numesc „medicina alopată” sau „clasică” și „medicina alternativă”. Această distincție presupune o „medicină alopată” care este mai agresivă, tratează doar efectele, iar nu cauza bolii și adesea utilizează medicamente care au efecte secundare nocive și o

⁴⁵ Laurence J. Kirmayer, "Healing and the Invention of Metaphor: The Effectiveness of Symbols Revisited", p. 170.

⁴⁶ Stuart McClean, "The Illness Is Part of the Person": Discourses of Blame, Individual Responsibility and Individuation at a Centre for Spiritual Healing in the North of England," *Sociology of Health & Illness* 27, no. 5 (2005), p. 636.

„altfel” de medicină, mai blândă, naturală și care poate identifica și trata cauza bolii, nu doar efectele acesteia. Cu toate acestea, biomedicina nu este respinsă în totalitate, din interviuri reiese că toți interlocutorii mei fie au apelat la un moment dat, fie încă apelează – pentru diagnostic sau tratament – la aceasta.

În ultima parte a capitolului m-am axat asupra corpului politic și în acest sens am urmărit modalitățile în care se constituie relațiile de putere în practica de vindecare, punctând următoarele aspecte: cine este responsabil pentru sănătate și care este relația dintre această responsabilitate și modalitatea în care se constituie cunoașterea în această practică; relația terapeutică și modalitățile în care este distribuită puterea în cadrul acesteia; domeniile supravegherii articulate în această practică, având în vedere în special dimensiunea spirituală și cea alimentară a practicii și modul în care acestea sunt relaționate între ele. În toate narațiunile analizate, boala, fie că este vorba despre o experiență prin care individul a trecut, fie că este ceva care trebuie prevenit, este văzută ca rezultatul unui anumit stil de viață pentru care, în cea mai mare parte, individul este considerat responsabil. Schimbarea acestui stil de viață devine singura opțiune pentru ca aceste persoane să se constituie ca agenți morali, care fac ceea ce trebuie pentru sănătatea lor, dar și pentru bunăstarea celor din jur. Noul stil de viață pe care terapia domnului T. îl presupune, are două dimensiuni: una alimentară și una spirituală. Ambele sunt considerate la fel de importante, dar în majoritatea cazurilor aspectul spiritual al vieții avea deja o importanță pentru ei încă dinainte. În relatările pe care mi le-au spus mie, ca cineva din afară care nu participă la această practică, schimbarea stilului de viață este integrată într-o structură narativă: boala, ca perturbare a lumii trăite sau percepută ca având un potențial impact negativ asupra vieții (în cazul celor care au adoptat dieta mai mult din rațiuni preventive decât curative), este intriga ce stă la baza căutării unei metode terapeutice; consultația la domnul T. și adoptarea dietei prescrise de acesta sunt construite narativ ca un alt moment de cotitură ce efectuează o ruptură în cadrul temporal al narațiunii. Confrunțați cu boala, sau cu perspectiva ei, schimbarea stilului de viață care a dus/sau poate duce la boală este un imperativ moral. Prin alegerea pe care au făcut-o, faptul că au avut un stil de viață definit ca nesănătos și în consecință imoral este compensat, iar această compensare include promisiunea unui viitor fără boală. Schimbarea stilului de viață este privită ca o alegere individuală, la care oricine are acces și care constituie persoana care face această alegere drept responsabilă și bună din punct de vedere moral. Într-o cultură care devine din ce în ce mai mult preocupată de sănătate, iar mesajele privind măsurile preventive pe care individul trebuie să le ia se întâlnesc la tot pasul se poate argumenta că interlocutorii mei se conformează unui imperativ cultural care poziționează sănătatea drept una din valorile esențiale pentru individ. Dar, deși la o primă vedere responsabilitatea pentru

sănătate este considerată a fi doar a individului, există și o concepție a acestei responsabilități ca fiind corelată cu existența unei voințe divine, superioare care poate influența starea de sănătate.

Mai mult decât atât și modalitatea în care este conceput rolul terapeutului în legătură cu procesul de vindecare contribuie la responsabilizarea individului față de propria sănătate. Capacitatea de vindecarea a organismului fiind privită drept intrinsecă, rolul terapeutului devine acela al unui „mijlocitor”, care utilizând cunoștințele pe care le are poate să îndrume persoana bolnavă pe calea spre vindecare. Individul este cel care trebuie să se implice în mod activ în acest proces. Mulți dintre interlocutorii mei percep rolul pe care domnul T. îl joacă în viața lor ca fiind mai mult decât cel jucat de un medic, având în vedere că sfaturile pe care acesta le oferă în timpul consultație vizează mai multe aspecte ale vieții. Relația terapeutică este percepută de unii ca fiind mai egalitară pentru că în timpul consultației sunt abordate mai multe aspecte ale vieții personale, iar sfaturile oferite de domnul T. privesc atât aspecte ce țin de modul de funcționare al corpului, cât și aspecte spirituale etc., iar prin faptul că pentru fiecare consultație trebuie ținută evidența a ceea ce s-a întâmplat în perioada scursă de la ultima vizită, interlocutorii mei resimt că au un rol mai activ în întregul proces terapeutic. Dar în același timp, unii dintre ei resimt relația cu T. ca relație de putere, în care se creează o dependență față de terapeut bazată pe cunoașterea expertă de care acesta dă dovadă și care, în forma prezentată de el, nu se regăsește în nici o altă parte.

În ultima parte a capitolului m-am oprit asupra modului în care se constituie domeniile supravegherii în această practică de vindecare, având în vedere dimensiunea alimentară și spirituală a practicii și modul în care acestea sunt relaționate între ele. Aceste domenii ale supravegherii privesc ceea ce Michel Foucault numește o anatomo-politică a corpului individual și se referă la modul în care corpurile individuale sunt disciplinate și transformate în corpuri docile care pot fi „subjugate, utilizate, transformate și perfecționate”⁴⁷. În practica de vindecare a domnului T. aceste domenii se constituie cu predilecție pe de-o parte în relație cu alimentația, adică ceea ce intră în corp și pe de altă parte în relație cu viața spirituală. Cele două însă, atât din perspectiva practicianului, cât și a interlocutorilor, nu sunt separate, ci se implică reciproc. Adesea conceptul de dietă se suprapune cu cel de post în relatările lor, dar mai ales în perspectiva terapeutului. Mai mulți autori au subliniat faptul că în societățile occidentale, între nutriția ca știință și conceptul de ascetism religios există mai multe legături conceptuale. Purificarea corpului și cea spirituală este concepută de cei mai mulți dintre interlocutorii mei ca fiind o funcție a dietei conceptualizate ca o formă de post. Bryan Turner argumentează că ceea

⁴⁷ Michel Foucault, *A supraveghea și a pedepsi*, trans. Bogdan Ghiu (Pitești: Paralela 45, 2005), p. 175.

ce au cu predilecție în comun conceptul de regim medical și cel de ascetism religios este ideea de program, adică stabilirea unor reguli conform cărora să se desfășoare disciplinarea corpului prin intermediul a ceea ce intră în acesta – „din punct de vedere empiric, amândouă se axează asupra dietei și implică o guvernare a mâncării”⁴⁸. Dar, ceea ce le diferențiază este că odată cu dezvoltarea științei nutriției, dieta a început să fie conceptualizată pornind de la un model mecanicist al corpului, care implică posibilitatea unui calcul al „necesităților de input și output ce pot fi cuantificate matematic”⁴⁹. Din punctul de vedere al interlocutorilor, schimbarea stilului alimentar, presupune o constantă monitorizare a ceea ce intră în corp, fiind astfel atenți ca alimentele consumate să fie în conformitate cu cele de pe lista de alimente permise. Adoptarea dietei este percepută ca un act de voință sau ca un rezultat al ambiției, de multe ori ca un efort conștient al minții de abținere. Acest control exercitat asupra poftei implică uneori pentru mulți dintre ei și încălcări ale regimului, care sunt însă percepute ca având un rol important în ținerea poftei sub control. Bryan Turner și Deborah Lupton argumentează că societățile moderne occidentale sunt caracterizate de o dialectică ascetism/consum. În studiul său, Lupton observă că există o oscilare între control și eliberare exprimată în felul următor: e important să exerciți disciplină în viață pentru sănătate și pentru a fi atractiv, dar în același timp e necesar să fii capabil să te bucuri de viață, inclusiv să consumi alimente „rele”⁵⁰. Necesitatea controlului exprimă o logică ascetică, iar necesitatea de a te bucura de viață, exprimă o logică a consumului. În relatările interlocutorilor mei există două ipostaze ale acestei dialectici. O dată, se regăsește în relatările unora dintre ei, o frică de a nu transforma grija pentru ceea ce mănâncă în „obsesie”, astfel, spun ei, mâncarea este doar un aspect al vieții, nu în mod necesar cel mai important, iar faptul că exercită un control strict în această privință nu-i împiedică să se bucure de viață în alte moduri. Mai mult decât atât, această dialectică control/eliberare implică în anumite condiții o cedare în fața „poftei”. Prin aceste practici de auto-supraveghere și auto-control – care implică voință, dar și motivație, și un control al poftei care uneori înseamnă o concesie făcută acesteia – ceea ce are loc este constituirea unei identități de „buni mâncători în sensul că alegerile [individuale] privind mâncarea sunt bune din punct de vedere științific și astfel corecte din punct de vedere moral”⁵¹. Mai mult decât atât, acest control exercitat asupra corporalului poate fi sursa unui sentiment de împluternicire.

⁴⁸ Bryan S. Turner, *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology* (New York & London: Routledge, 1992), p. 178.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 182.

⁵⁰ Deborah Lupton, *Food, the Body and the Self*, p. 148.

⁵¹ J. Coveney, "The Science and Spirituality of Nutrition," *Critical Public Health* 9, no. 1 (1999): p. 36.

7. Concluzii

În contextul în care societatea contemporană este tot mai preocupată de corp și de posibilitățile re-creării acestuia fie prin diverse tehnologii, fie prin auto-control și auto-disciplină, răspândirea practicilor medicale „alternative” sau „complementare” trebuie privită din perspectiva preocupării față de corp ca proiect identitar. Chris Shilling argumentează că, în cultura de consum, corpul devine un proiect reflexiv prin excelență pentru realizarea căruia trebuie să depunem efort⁵². În plus, în societatea contemporană, acest proiect corporal este unul reflexiv și individualizat implicând alegeri din partea individului din varietatea disponibilă cultural. Parte a acestui proiect nu sunt doar forma, mărimea sau aspectul corporal, ci și interiorul acestuia care pot fi modificate prin diferite „tehnologii ale sinelui”⁵³ ce implică auto-reglementare. În societatea contemporană, preocuparea pentru corp a devenit și o preocupare pentru sănătate, nu doar pentru aspectul său.

O limitare a cercetării de față a constat în axarea asupra unei singure practici de vindecare. Astfel, este imposibilă tragerea unor concluzii privind fenomenul „medicinii alternative” per ansamblu. O direcție viitoare de cercetare ar viza abordarea mai multor astfel de practici și privirea lor printr-o prismă comparativă, în urma căreia să poată fi evidențiate unele caracteristici mai generale care vizează modul în care aspecte ale corpului se (re)constituie în aceste practici de vindecare, în spațiul românesc. O abordare antropologică a „medicinii alternative”, în special una narativă precum cea de față, care se focalizează cu predilecție asupra experienței și a procesului de creare a sensului este utilă datorită axării sale asupra perspectivei persoanelor bolnave și a urmării procesului hermeneutic de la un nivel micro de înțelegere.

⁵² Chris Shilling, *The Body and Social Theory* (London: Sage Publications, 1993).

⁵³ Michel Foucault, *The History of Sexuality: The Use of Pleasure*, trans., Robert Hurley, vol. 2 (New York: Vintage Books, 1990), pp. 10-11.

Bibliografie selectată

1. Breton, David le (2002), *Antropologia corpului și modernitatea*. Translated by Doina Lica. București: Amacord.
2. Counihan, Carole M. (1999), *The Anthropology of Food and Body. Gender, Meaning and Power*. New York, London: Routledge.
3. Coveney, J. (1999), "The Science and Spirituality of Nutrition." *Critical Public Health* 9, no. 1:23-37.
4. Cregan, Kate (2006), *The Sociology of the Body. Mapping the Abstraction of Embodiment*. London: Sage Publications, 2006.
5. Csordas, Thomas J. (1994), "Introduction: The Body as Representation and Being in the World", in *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, edited by Thomas J. Csordas. London: Cambridge University Press.
6. Douglas, Mary (2005), *Natural Symbols. Explorations in Cosmology*. 4 ed. New York & London: Routledge.
7. Douglas, Mary (2001), *Purity and Danger*. 3 ed. New York & London: Routledge.
8. Drăgan, Simona, Jesper Odde Madsen. "CAM in Romania - a Brief Overview." <http://www.cambrella.eu/home.php?il=150&suchhigh=romania&l=deu>, accesat 23.07.2011.
9. Foucault, Michel (2005), *A supraveghea și a pedepsi*. Translated by Bogdan Ghiu. Pitești: Paralela 45.
10. Foucault, Michel (1997), *Society Must Be Defended*, (trad.) David Macey, New York: Picador.
11. Frank, Arthur W. (2010), *Letting Stories Breathe. A Socio-Narratology*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
12. Frank, Arthur W. (1995), *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
13. Freeman, Mark, Jens Brockmeier (2001), "Narrative Integrity. Autobiographical Identity and the Meaning of the "Good Life"", in *Narrative and Identity. Studies in Autobiography, Self and Culture*, edited by Jens Brockmeier, Donal Carbaugh, pp. 75-99. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
14. Giddens, Anthony (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.

15. Groleau, Danielle, Allan Young, Laurence J. Kirmayer (2006), "The McGill Illness Narrative Interview (Mini): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience", in *Transcultural Psychiatry* 43, no. 4: 671-91.
16. Grosz, Elizabeth (2008), "Refiguring Bodies", in *The Body: A Reader*, edited by Mariam Fraser, Monica Greco, New York & London: Routledge, 2008.
17. Gubrium, Jaber F., James A. Holstein (2009), *Analysing Narrative Reality*: SAGE.
18. Hydén, Lars-Christer (1997), "Illness and Narrative", in *Sociology of Health & Illness* 19, no. 1:48-69.
19. Hydén, Lars-Christer (2008), "Narratives in Illness: A Methodological Note", in *Qualitative Sociology Review* IV, no. 3: 49-58.
20. Kirmayer, Laurence J. (1992), "The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience", in *Medical Anthropology Quarterly* 6, no. 4: 323-46.
21. Kirmayer, Laurence J. (1993), "Healing and the Invention of Metaphor: The Effectiveness of Symbols Revisited", *Culture, Medicine and Psychiatry* 17, no. 2: 161-95.
22. Leder, Drew (1990), *The Absent Body*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
23. Lock, Margaret, Nancy Scheper-Hughes (1996), "A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent", in *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, edited by Carolyn F. Sargent, Thomas M. Jonshon, 41-70. Westport, Connecticut, London: Praeger.
24. Lupton, Deborah (1996), *Food, the Body and the Self*, London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
25. MacIntyre, Alasdair C. (1985), *After Virtue : A Study in Moral Theory*. London: Duckworth.
26. Mauss, Marcel (2008), "Techniques of the Body", in *The Body: A Reader*, edited by Monica Greco, Mariam Fraser, 73-77. New York & London: Routledge.
27. McClean, Stuart (2005), "'The Illness Is Part of the Person': Discourses of Blame, Individual Responsibility and Individuation at a Centre for Spiritual Healing in the North of England." *Sociology of Health & Illness* 27, no. 5: 628-48.
28. McGuire, Meredith B. (1988), *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
29. Merleau-Ponty, Maurice (1999), *Fenomenologia percepției*. Translated by Ilies Campeanu and Georgiana Vatajelu, Oradea: Aion.

30. Mol, Annemarie, Marc Berg (1998), "Differences in Medicine: An Introduction " In *Differences in Medicine*, edited by Marc Berg, Annemarie Mol, 1-12. Durnham and London: Duke University Press.
31. Punday, Daniel (2003), *Narrative Bodies : Toward a Corporeal Narratology*: Palgrave McMillan.
32. Ricoeur, Paul (1991), "Life in Quest of Narrative", in *On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation*, edited by David Wood, 20-33. London and New York: Routledge.
33. Ricoeur, Paul (1992), *Oneself as Another*. Translated by Kathleen Blamey. Chicago & London: University of Chicago Press.
34. Scheper-Hughes, Nancy, Margaret Lock (1987), "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", in *Medical Anthropology Quarterly* 1, no. 1: 6-41.
35. Shilling, Chris (1993), *The Body and Social Theory*, London: Sage Publications.
36. Shilling, Chris (2005), *The Body in Culture, Technology and Society: Classical Debates & Current Issues*. London: Sage Publications.
37. Turner, Bryan S. (1992), *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. New York & London: Routledge.