

Esperienze cliniche sul susto o espanto a Città del Messico

Roberto Campos Navarro

medico, dottore di ricerca in antropologia sociale, professore e coordinatore di ricerca, Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México (UNAM)
[rcampos@servidor.unam.mx]

*Y por eso
es que cuento y que canto,
y por otros hombres
veo y vivo;
es mi deber contar
lo que no sabes,
pero lo que sabes
contaré contigo*
Pablo Neruda

E gli fuoriusci l'anima durante il cammino...

Nel 1979, mentre facevo la specializzazione in medicina generale, mi telefonò un amico per chiedermi di visitare il suo padrone di casa che soffriva di intensi dolori articolari agli arti superiori.

L'evoluzione dei sintomi era recente e gli esami di laboratorio richiesti erano nella norma. La diagnosi che diedi corrispondeva ad una malattia articolare con manifestazioni cliniche acute. Prescrissi gli analgesici antinfiammatori più efficaci in quel momento: acido acetilsalicilico e ibuprofene.

Durante le visite posteriori osservammo che i risultati erano scarsi e scoraggianti. Non diminuiva il dolore, al contrario, alcuni dati confermavano una sua estensione agli arti inferiori. Non ci furono più telefonate per chiedermi di visitarlo, per cui dedussi – con superbia, come molti altri curatori – che alla fine il quadro clinico era migliorato e che non era più necessario il mio servizio.

Settimane dopo andai a trovare il mio amico e quando gli domandai dello stato di salute del suo padrone di casa mi rispose che ora stava bene, ma non grazie ai rimedi che gli avevo prescritto io.

Sembra infatti che i dolori articolari generalizzati continuarono e che i suoi familiari decisero di consultare un *curandero*. A quei tempi non ero molto informato di medicina popolare e ancora meno della “concorrenza” che poteva esercitare il *curandero*.

Il mio amico mi raccontò che durante la prima visita dal *curandero* gli dissero che tutte le manifestazioni cliniche dolorose – che impedivano già la deambulazione – si dovevano al fatto che quella persona aveva sofferto un *espanto* [spavento]. «E di che si tratta?». Significa che il malato era stato in vacanza a Oaxaca e che la zigzagante strada di Puerto Escondido, sulla costa verso la capitale *oaxaqueña*, aveva comportato uno sforzo troppo grande per un conducente come lui: cadde pertanto malato di *susto* [spavento] e la sua anima restò in quel luogo.

Il *curandero* lo obbligò così a ripercorrere nuovamente quel cammino per recuperare la sua anima smarrita e completò il processo di recupero con alcuni rituali.

La terapia “tradizionale” fu immensamente più efficace rispetto alla terapia superficiale, debole e sintomatica di un medico alle prime armi che ignorava i processi causali, clinici e terapeutici di una malattia di origine pre-spanica sconosciuta dalla biomedicina.

Un po' di storia...

Prima dell'arrivo degli spagnoli sul continente americano esistevano popolazioni che avevano le loro proprie maniere di intendere la vita e la morte, la salute e la malattia. La loro particolare cosmovisione del mondo implicava una serie di credenze, pratiche e saperi rispetto alle malattie.

In quella che attualmente gli storici e gli antropologi definiscono Mesoamerica (che copre i due terzi del sud del Messico, il Guatemala, El Salvador, parte dell'Honduras e del Costa Rica) nacquero due culture notevoli per il loro sviluppo di civiltà: i *mexica* e i *maya*.

Ciascuna cultura elaborò complessi sistemi di idee, credenze, valori, norme, modelli di comportamento e sistemi di controllo sociale, che gli permisero di emergere sulle altre popolazioni circosanti e di esercitare anche un dominio politico e militare. La medicina mesoamericana includeva una ampia varietà di specialisti, una estesa e profonda conoscenza di piante medicinali e un'infinità di processi diagnostici e terapeutici in cui i rituali sacri occupavano una posizione preponderante.

Con l'arrivo degli invasori europei lentamente si imposero la ideologia cristiana, le pratiche e le istituzioni mediche spagnole. Tale imposizione (che durò tre secoli) risultò incompleta, frammentata ed insufficiente dato che le popolazioni conquistate continuarono, in forma pubblica o segreta, con le loro conoscenze e pratiche millenarie. Nonostante ciò adottarono anche alcuni elementi della medicina popolare ispanica e della medicina tribale africana praticata dagli schiavi neri deportati nella Nuova Spagna in ausilio alla decimata popolazione india, che durante il XVI secolo era diminuita in forma drammatica a causa della conquista e dell'espansione di malattie epidemiche (come il vaiolo e il morbillo) sconosciute nel continente americano.

Pertanto, la medicina tradizionale messicana, o meglio ancora, le medicine tradizionali che attualmente si praticano in tutto il Paese sono il risultato della combinazione di elementi europei e africani, innestati su un'estesa e profonda matrice di origine preispanica.

Il processo di ibridazione è durato più di quattro secoli, a cui si devono aggiungere delle scarse componenti asiatiche ed il crescente contributo della medicina scientifica del secolo passato e del presente.

I modelli medici nel Messico contemporaneo

Con una popolazione di circa cento milioni di abitanti, il Messico annovera in termini reali tre modelli di *atención* alla salute: quello della gestione domestica [*autoatención*], quello popolare-tradizionale e quello dominante o egemonico rappresentato dalla medicina occidentale.

Il modello medico della gestione domestica della salute [*autoatención*] è il primo livello di attenzione presente in ogni tipo di organizzazione sociale ed economica. In essa sono incluse le varie strategie che stabiliscono gli individui per prevenire, curare e controllare qualsiasi tipo di malattia. È l'uso di rimedi casalinghi, di piante medicinali, prodotti farmaceutici, oppure massaggi, bagni e qualsiasi tipo di comportamento che abbia come finalità la guarigione della persona malata, compresa la decisione volontaria di non realizzare nessuna attività (MÉNENDEZ E. 1990: 89-90).

Il modello medico egemonico si consolidò in Messico soltanto nel XX secolo con la monopolizzazione legale della pratica sanitaria e con la riattivazione della *Secretaría* (o *Ministerio*) *de salubridad y asistencia*, la fondazione dell'*Instituto mexicano del seguro social* e di varie istituzioni mediche specializzate di alta qualità come l'*Instituto nacional de cardiología*, l'*Instituto nacional de la nutrición* ed altre.

Questo modello si caratterizza per un orientamento biologistico (che generalmente trascura fortemente i fattori economici e socio-culturali), una concezione individualista del fenomeno salute/malattia, una marcata vocazione “mercantilista” della pratica privata, la asimmetria del potere nella relazione del medico con il paziente e una grande efficacia nelle tecniche di diagnosi (raggi X, ultrasuoni, ecc.), di prevenzione (vaccinazioni) e di terapia (chirurgia e medicinali certificati) (*Ibidem*: 87).

Infine, il modello medico alternativo/subalterno, rappresentato da un insieme plurale e multiforme di pratiche curative come la medicina tradizionale, l'agopuntura, il naturismo ed altre medicine. Tutte si collocano, rispetto alla medicina scientifica, in una posizione dipendente e subalterna in termini giuridici e ideologici.

Allo stesso tempo, questo modello si caratterizza per la sua concezione globalizzante del processo salute-malattia, ha una origine focalizzata in determinate regioni geografiche e culturali, un orientamento più di gruppo che individualista, la relazione guaritore-paziente è meno asimmetrica, esiste negli ultimi anni una crescente tendenza al mercantilismo e le sue tecniche curative ricorrono con frequenza all'efficacia simbolica oltre che all'utilizzo di elementi materiali erboristici e a procedimenti fisici manuali.

La posizione ideologica subordinata della medicina tradizionale messicana si può notare nell'utilizzo ricorrente di idee e concetti propri della medicina occidentale, i frequenti riferimenti alla efficacia comparativa delle pratiche curative, l'uso di medicinali patentati, il controllo sanitario delle autorità sui *curanderos* (specialmente sulle levatrici rurali e urbane) (*Ibidem*: 88-89).

Cosmovisioni e paradigmi differenziati e differenziabili

Partendo da questi modelli tanto differenti quale può essere il nostro avvicinamento ai paradigmi proposti dalla medicina tradizionale messicana?

La visione del modello medico egemonico rispetto alle medicine tradizionali è riduzionista, insufficiente, e incluso refrattario. Non riconosce le pratiche curative, respinge i terapeuti, rifiuta le elaborazioni teoriche e chiaramente le cause delle malattie gli sono estranee, esiste uno straniamento per tutto ciò che non risponde alle sue categorie filosofiche e epistemologiche.

È per questo che semplifica tutto ad una dispregiativa e condiscendente causalità “magico-religiosa”, che risponde perfettamente al progetto evo-

luzionista e positivista di Auguste Comte, nel quale le tappe dell'umanità rispondono a un rigido schema progressivo: prima teologico, poi metafisico e per ultimo, positivo-razionale.

In questo senso, la biomedicina posiziona se stessa in cima all'evoluzione umana, per cui tutte le altre medicine sono considerate come in ritardo, primitive e superstiziose. Riconoscerle – anche solo in forma minima e superficiale – significherebbe uno scivolone ideologico inaccettabile per i medici “duri” che hanno fiducia solo nelle proprie risorse fondate sul metodo scientifico e da esso garantite.

La epidemiologia biomedica è condizionata da questa visione “scientifica”, contemplando solo le malattie que riconosce ed escludendo quelle che non rispondono ai suoi criteri nosologici.

Proprio nella specialità psichiatrica (che impone con meno rigore i criteri biologico-lesionali) è dove sorge nella decada dei Novanta una prima rottura epistemologica allorché viene riconosciuta – sebbene in forma timida – la esistenza di malattie o sindromi “dipendenti dalla cultura”. Così il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, meglio conosciuto in ambito medico come DSM-IV, creato dall'Associazione psichiatrica americana, include per la prima volta nelle sue pagine una lista di patologie che denotano:

«[...] modelli di comportamento aberranti ed esperienze perturbatrici, ricorrenti e specifiche di un luogo determinato [...] Alcuni di questi modelli di comportamento sono considerati dai nativi come “malattie” o perlomeno come cause di sofferenza, e la maggior parte di esse sono conosciute con i nomi locali» (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994: 864).

Poi, fra le altre sindromi si enumerano l'*amok*, il *koro*, il *latah* (propri dell'Asia), lo sfinimento cerebrale e lo *zar* in Africa, l'attacco di nervi, la *bilis*, la pazzia, il malocchio, la stregoneria e il *susto* in America Latina.

Sebbene non vi sia una lista completa – né una descrizione in profondità dei sintomi dipendenti dalla cultura – risulta significativo il fatto che appaiano queste malattie nel mondo della biomedicina implicando un primo avvicinamento al terreno della medicina popolare-tradizionale.

Dal punto di vista antropologico esistono due orientamenti rispetto alle descrizioni e alle analisi dei saperi e delle pratiche curative in generale. Da un lato, vengono evidenziate tutte le informazioni dirette degli attori sociali che le vivono quotidianamente. Le percezioni, le rappresentazioni, le denominazioni e le classificazioni sono quelle proprie del gruppo. In questo caso, il ricercatore cerca di trovare e mostrare i significati culturali dal punto di vista degli stessi informatori, senza appellare a spiegazioni,

sistematizzazioni o schemi estranei alla cultura degli stessi informanti. Questo è l'orientamento conosciuto come "dall'interno" o *emic*.

Dall'altro lato, l'orientamento in cui gli antropologi descrivono e analizzano i dati etnografici facendo uso di concetti, rappresentazioni, classificazioni e modelli esplicativi *esterni* al gruppo in cui si sta facendo ricerca. È questo l'orientamento conosciuto come *etic* o "dall'esterno".

Chiaramente esistono ricerche che utilizzano entrambi gli approcci, cercando di equilibrare o armonizzare i due orientamenti. Dal punto di vista della mia pratica clinica – già antropologizzata – credo che la visione debba essere olistica e inclusiva, e pertanto che le versioni "interne" e "esterne" della malattia siano entrambe valide e complementari.

Il susto e i paradigmi differenziali rispetto alla causalità, alla diagnosi e alla terapia

Rispetto ai modelli di causalità della medicina tradizionale messicana esiste una classificazione creata negli anni Cinquanta del XX secolo dal medico e antropologo messicano Gonzalo Aguirre Beltrán che ha resistito al passo del tempo e che continua ad utilizzarsi nei ambienti accademici.

Il criterio con cui essa è costruita fa riferimento alla causalità assegnata in forma esterna (si veda la *tabella n. 1*).

Gli attributi di "naturale" e "preternaturale" – che secondo il *Diccionario Enciclopédico Espasa-Calpe*, è ciò che «si trova fuori dell'essere e dello stato naturale di una cosa» (vol. 19, p. 345, 1979) – corrispondono a un tentativo di categorizzazione partendo da concetti accettati dalle scienze sociali occidentali. Ciò invariabilmente ci può condurre ad una lunga e stantia polemica sull'"essere" e la "natura" della vita, delle malattie, della nostra esistenza.

Il concetto di "natura" è una costruzione sociale e ideologica che dipende dalla(e) cultura(e) che la utilizza(no). Se partiamo dalla vita quotidiana dei gruppi popolari, la magia formerebbe parte della loro natura storica e sociale. A suo tempo, Ernesto de Martino ne *Il mondo magico* ([1948]1985) introdusse una idea rivoluzionaria nella caratterizzazione della magia, considerandola come parte del dramma storico esistenziale di detti popoli. Introducendoci al tema della perdita dell'anima e al suo possibile recupero da parte del *curandero*, critica la qualifica di "superstiziosa" con cui la società occidentale etichetta la persona che condivide e pratica procedure volte al riscatto dell'anima smarrita dopo aver sofferto un *susto* (o *espanto*).

«Se la credenza e la pratica del Turik [popolazione del Borneo, *la precisazione è mia, R.C.*] ci appaiono “superstiziose”, ciò accade perché indebitamente (antistoricamente) le commisuriamo al “ci sono” deciso e garantito del nostro mondo culturale: facciamo dommaticamente assurgere a modello valido per tutte le forme culturali il nostro modo storico di esistere come presenze unitarie, la nostra esperienza occidentale (relativamente recente) del trovarci saldamente identici nel variare dei contenuti. E poiché, effettivamente, rispetto a questo modo storico di esistere, la credenza e la pratica del Turik non ha fondamento reale, e si dispone come una sovrastruttura arbitraria, decretiamo che si tratta di una “superstizione”». (DE MARTINO E. 1948 [1985]): 98 [169]).

In Messico, il *susto* o *espanto* è una entità clinica vissuta e sperimentata in tutti i popoli indigeni contemporanei. Nonostante ciò, è sofferta anche da gruppi sociali meticci rurali e urbani.

Come rivela una ricerca effettuata nel 1984 dall'*Instituto mexicano del seguro social* (Imss) con *curanderos* dell'intero Paese, il *susto* occupa il terzo posto fra i dieci principali motivi di richiesta di intervento da parte della medicina tradizionale messicana nelle aree rurali in cui essa è presente. Più frequenti sono il malocchio e l'*empacho* e, meno frequenti, risultano la *caída de mollera*, la dissenteria, gli *aires*, la diarrea, le distorsioni, il *daño* o stregoneria e le angine (ZOLLA C. *et al.* 1988: 12) (si veda la *tabella n. 2*).

Certamente, questa lista della morbilità mostra un'approssimazione epidemiologica diversa da quella accademica: soprattutto attira l'attenzione l'inclusione di tre patologie (dissenteria, diarrea e angine) che manifestano una assai probabile influenza della biomedicina. Le forme restanti potremmo considerarle “malattie tradizionali” o, meglio ancora, dovremmo includerle nelle cosiddette “sindromi dipendenti dalla cultura” o “di filiazione culturale” o “culturalmente determinate”.

In generale, queste sindromi le consideriamo come *raggruppamenti di segni e sintomi di eterogenea eziologia che possono essere solo intesi, compresi e trattati integralmente all'interno della cultura particolare in cui si sviluppano, perché richiedono una chiave o un codice culturale che consente di enuclearne il contenuto simbolico e la profondità dei significati specifici*.

Se non disponiamo di un tal tipo di codice è impossibile decifrare la forma e il contenuto di qualsiasi sindrome dipendente dalla cultura.

Precisamente il lavoro di Rubel, O'Neil e Collado, condotto tra gli indigeni *zapotecos*, *chinantecos* e i meticci *oaxaqueños*, evidenzia il fatto che il *susto* è una sindrome codificata culturalmente che si presenta nei diversi gruppi sociali, «[...] per i quali la propria cultura offre una eziologia, una

diagnosi, misure preventive e metodi di guarigione» (RUBEL A. - O'NELL C. - COLLADO R. 1989: 16-17); e che è impossibile classificarlo all'interno delle norme stabilite dalla biomedicina:

«Non possiamo riferirci a una eziologia specifica (per esempio ad un germe), né ad una fisiopatologia singola (come a dire un attacco ad un organo o ad un sistema specifico). Invece, i risultati evidenziano una condizione che colpisce i pazienti in forma diffusa e generalizzata, che rivela una sofferenza organica e psicoemozionale non specifica» (RUBEL A. - O'NELL C. - COLLADO R. 1989:175).

D'altra parte, per la biomedicina, il *susto* o *espanto* corrisponde ad una entità patologica dell'area psichiatrica. Uno stimato collega ricercatore medico ha pensato ad un nesso organico di causa-effetto che collegherebbe il *susto* (e il suo trattamento empirico) con le impressionanti parassitosi che si presentano nelle comunità indigene della Sierra de Puebla, ma più tardi egli stesso rettificò questa ipotesi, ritenendo che il *susto* appare come un problema socio-culturale assai più che biologico di origine parassitaria (YSUNZA A. 1976: 59-73 e YSUNZA A. 1984: 435-481).

Per A. KIEV (1972: 133), si tratta di un disagio psicologico grave. Un medico intervistato da ALVAREZ-HEYDENREICH (1977: 461) lo mette in relazione con una paranoia allucinatoria. Altri hanno tentato di collegarlo a possibili crisi ipoglicemiche (BOLTON citato da RUBEL *et al.*, 1989: 25-26). Altri ancora hanno ritenuto di far corrispondere il *susto* con il quadro clinico dello "shock post-traumatico", una sorta di shock di origine neurologica (corporea) o psicologica (mentale) in cui – nei termini specialistici della corporazione medica – esiste una «stimolazione vagale riflessa con diminuzione del ritmo cardiaco, ipotensione e riduzione del flusso sanguigno cerebrale» (TIERNEY *et al.* 1998: 469).

Tuttavia la spiegazione più plausibile (con una evidente influenza pensiero antropologico) ci viene dalla già citata Associazione psichiatrica americana, che lo considera come una malattia dipendente da caratteristiche culturali dei pazienti colpiti. Nel del DSM-IV, alla *Appendice J (Guida per la formulazione culturale e glossario delle sindromi dipendenti dalla cultura)* si segnala che il *susto* è una:

«Malattia popolare prevalente tra alcuni latini degli Stati Uniti e tra la popolazione messicana, dell'America centrale e del Sudamerica. Il *susto* è noto anche come *espanto*, *pasmo*, *tripa ida*, *perdida del alma* [perdita dell'anima] o *chibib*. Il *susto* è una malattia attribuita a un avvenimento che provoca paura improvvisa e causa la fuoriuscita dell'anima, dando luogo a sofferenza e malattia. Le persone che soffrono di *susto* sperimentano difficoltà significative anche nel contesto sociale» (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994: 868).

In ogni caso gli psichiatri nordamericani proseguono poi mettendo in relazione il *susto* con un «disturbo depressivo maggiore, un disturbo da stress post-traumatico e un disturbo somatomorfo» (*Ibidem*).

Un medico di medicina generale o di famiglia poco abituato a questa impostazione, tenderà ad una interpretazione più vicina al male organico che a quello mentale e le terapie ne risulteranno superficiali ed insufficienti, dato che quasi sempre prescriverà un farmaco ansiolitico come il *diazepam*. Proprio da qui deriva il fondamento e l'importanza dei *curanderos* e la efficacia dei loro rituali, perché essi condividono la medesima cultura (valori, credenze e pratiche) dei loro pazienti.

La gente non si reca dai *curanderos* o dai medici tradizionali per ignoranza, oscurantismo, superstizione o fanatismo. In molti luoghi rurali del Paese vi si reca perché essi sono gli unici terapeuti che vivono quotidianamente nella regione, poiché nonostante le strategie governative per un allargamento della copertura territoriale dei servizi medici moderni, non si riesce a coprire tutto il territorio nazionale. In secondo luogo, perché anche se vi fosse disponibilità di centri di salute o di unità mediche rurali, essi non soddisferebbero compiutamente la domanda degli utenti. Inoltre riteniamo che i *curanderos* costituiscano realmente una risorsa importante per risolvere i problemi di salute, anche se essi non costituiscono una soluzione totale (CAMPOS-NAVARRO R. 1997).

Dall'altro canto, come già abbiamo osservato, esistono malattie (*diseases*) o sofferenze (*illness*) come il *susto*, che possono risolversi solamente con l'intervento dei terapeuti tradizionali.

Esperienze cliniche sul susto in un'istituzione medica governativa

Come medico di famiglia in una clinica del sistema sanitario pubblico a sud di Città del Messico, oltre all'amministrazione routinaria delle cartelle cliniche in alcuni casi scrivo nel mio diario di campo – strumento fondamentale dell'antropologo – quelle esperienze e riflessioni che hanno a che vedere con l'automedicazione, la medicina popolare, il rapporto medico-paziente e con altri temi che mi sembrano suggestivi. La prima nota corrisponde al febbraio 1986 e l'ultima al marzo di questo anno. La maggior parte dei malati sono persone residenti nei paesini e nei quartieri di Xochimilco. Rispetto al *susto* presento qui di seguito i sei dei casi più rilevanti.

Patricia, quella che si sentì quasi vedova (31 gennaio 1994)

Si tratta di una giovane donna sposata che soffre di insonnia. Da ieri si è intensificato il problema, associandosi al formicolio e all'indolenzimento di mani e piedi, che avverte anche durante la consulta medica. Le chiedo se ci sono state alterazioni all'interno della famiglia e dopo alcuni secondi di silenzio afferma che non ha nessun problema coniugale o familiare ma che ieri si è spaventata moltissimo a causa della caduta di un ragazzo da una bicicletta, dato che aveva creduto per un momento essere suo marito poiché indossava dei pantaloni neri simili a quelli che utilizza lui quotidianamente.

«– Mi sono spaventata molto, molto. Credevo che fosse lui però poi mio cognato – che mi ha visto tanto spaventata – mi ha detto che non era lui.

– Pensa che questo fatto le abbia tolto il sonno e che le stia provocando gli indolenzimenti?

– Sì

[Le misuro la pressione arteriosa e la visito. Non riscontro dati patologici]

– Com'è la pressione?

– Va assolutamente bene, 130 e 80

– Se stessi male, che avrei?

– Mal di testa, vedresti dei puntini e sentiresti un ronzio alle orecchie.

– No, non ce l'ho.

– Bene, effettivamente sei *asustada*. Ti darò delle pillole ma devi andare da qualcuno della tua colonia che ti curi dall'*espanto*. Capisci a che mi riferisco? Noi medici sappiamo curare molte malattie ma il *susto* lo curano meglio le donne della colonia. Noi medici non sappiamo curare l'*espanto* ma i *curanderos* sì, loro sì che sono efficaci. Ne conosci qualcuno nella tua colonia?

– Sì

– Allora vai a farti fare la terapia tre volte. Prendi queste pillole per rinforzarti [erano delle vitamine] e torna da me tra dieci giorni.

[Scrivo sulla scheda istituzionale la diagnosi: “*SUSTO* (Sindrome di derivazione culturale)”. Una settimana dopo chiedo all'incaricato della clinica che fa la quantificazione statistica delle patologie d'accordo con la Classificazione internazionale delle malattie, se ha avuto qualche problema con quella diagnosi. Mi domanda di che cosa si trattasse. Glielo spiego e gli chiedo «Che hai fatto con quella diagnosi? La hai messa nella lista delle “altre” malattie “definite male”? - Sì (ridendo)». Evidentemente lui non vive questi dilemmi epistemologici]

(15 febbraio 1994)

Patricia torna alla revisione. Racconta che ha già eseguito due terapie e che domani farà l'ultima. Dice di sentirsi meglio, è scomparsa completamente la parestesia alle mani e ai piedi. Continua ad avere un poco di nervosismo.

La terapia è stata eseguita martedì e venerdì della settimana scorsa, a piena luce del giorno. La *curandera* ha steso un lenzuolo sul pavimento, ha fatto distendere la donna sul lenzuolo e con il camice da notte le ha fatto una "pulizia", poi con un mazzo di piante imbevute d'alcool, le ha chiesto di chiudere gli occhi e l'ha chiamata per nome. Dopo la ha massaggiata con degli "spiriti da spalmare" e le ha fatto bere gli "spiriti da bere" [elementi in vendita in qualsiasi farmacia di Città del Messico]. La ha avvolto con il lenzuolo e la ha lasciata alcuni minuti esposta ai raggi diretti del sole e poi ha realizzato la stessa procedura all'interno della casa.

Patricia riferisce che quando le gettò addosso il balsamo, ha sentito come se la avessero bagnata con un secchio d'acqua fredda e che si rilassò.

Dopo questa descrizione più o meno dettagliata, la paziente mi rivela che fu sua madre (nata a Guanajuato) la persona che eseguì la terapia. E che inoltre sa curare *empachos* e "cose così".

La madre le disse che era molto raro che un medico del Sistema sanitario pubblico inviassi i pazienti dai *curanderos* dato che «loro non credono».

Le rinnovo la prescrizione di vitamine e lei mi riferisce che già si sente bene e che il nervosismo le è passato. La congedo perché è già guarita.

La signora Lucia, la mia paziente che è curandera (6 giugno 1994)

La paziente si presenta mensilmente per vigilare una malattia polmonare ostruttiva cronica e ipertensione arteriale. Quindici giorni fa si impressionò molto durante l'inondazione della sua casa, che si trova nella parte bassa del paese di Tepepan (Xochimilco). Riferisce che quando aprì la porta di casa sua «l'acqua entrò improvvisamente e sentí un forte spavento [*susto*]. Mi spaventai». Iniziò ad avere dolore all'arto superiore sinistro con un aumento di volume, attualmente presenta dolore, gonfiore (che effettivamente ha) e parestesia «è molto informicolito. Come se avessi tante formichine».

Le menziono la terapia popolare per l'*espanto* e mi dice che è d'accordo perché sia nella sua terra di origine (Michoacán) che qua a Tepepan ha avuto modo di conoscere questi trattamenti. Quando inizio a spiegarle l'efficacia di tale terapia e a dirle di andare da un *curandero*, lei si palesa

come *curandera* familiare di *susto* e di *empacho*, e che incluso una dottoressa le invia dei bambini che non riesce a curare a cui la signora Lucia presta attenzione con buonissimi risultati.

Mi dice che imparò proprio a Tepepan. Utilizza *epazote* (*Teloxys ambrosioides* L. Weber) con alcool, strofinandolo sulle articolazioni facendo il segno della croce. Mentre sfrega la testa (più precisamente la fontanella anteriore) chiama la persona per nome.

(8 settembre 1998)

La signora Lucia andò da una *curandera* nel quartiere di Xaltocán a Xochimilco consigliata da una amica. Eseguì la terapia in tre sessioni. Utilizzò dei rami e delle uova e l'alcool per l'aspersione rapida, chiamando il malato per nome.

La paziente riferisce che si sentì molto bene, più sicura e che il dolore alla mano è scomparso quasi del tutto. È contenta e soddisfatta della terapia ricevuta.

[Attualmente è la *curandera* che raccomando ai miei pazienti *asustados* che vivono a sudest. Quelli di altre zone li invio dalla signora Marina, a Iztapalapa, a est della città].

Juan, il bambino inquieto del "santo cocazo" (14 luglio 1998)

Piccolo paziente di 4 anni che l'11 notte, mentre giocava, cadde dal primo piano (approssimativamente due metri e mezzo). Soffre un impatto diretto alla regione frontale e parietale sinistra, con perdita di coscienza durante un minuto. Viene portato immediatamente all'Ospedale generale di Zona (n. 32) dove le radiografie non rivelano fratture. Si congeda a mezzanotte consigliando una vigilanza stretta. Il giorno seguente vomitò due volte e pertanto tornò di nuovo all'ospedale. Viene visto da un neurochirurgo che scarta una complicazione neurologica. Si lascia andare prescrivendo la revisione del caso da parte del medico di famiglia.

In questo momento, Juanito sta bene e risponde in maniera eccellente agli stimoli esterni, cammina e obbedisce agli ordini e non esistono alterazioni psicomotorie.

La madre mi riferisce che continua ad avere sonnolenza. Consiglio di continuare con la vigilanza stretta, gli analgesici e il trattamento per l'*espanto*.

La signora mi dice che la nonna sa curare il *susto* e che dopo il forte colpo ha fatto una "pulizia" a Juanito. La mamma è d'accordo con la terapia

suggerita e dice che lei stessa si sente molto *asustada*. [E non mi stupisce!] A lei prescribo una infusione di fiori di zagara (*Citrus spp.*) e *toronjil* (*Agastache mexicana* [Kunth] Lint & Epling). Appuntamento dopo una settimana per osservare il decorso. Una settimana dopo Juan assiste insieme a sua madre. Va tutto bene.

Javier: Prima empachado, subito dopo espantado, e ora non sa cos'è la medicina popolare (29 aprile 1999)

Nel 1986, un bebè di appena 6 mesi soffrì una serie di disturbi digestivi che portarono la madre – una impiegata dell'IMSS – a medicarlo per *empacho*. [...]. Due anni dopo si ammalò di nuovo di indigestione, e ora che è già un adolescente di 14 anni gli è appena successa una cosa strana e insolita.

Pochi giorni prima, la madre scoprì suo figlio guardando intensamente una vecchia fotografia. La immagine era quella di un bambino morto preparato secondo il rito funebre in uso in alcuni villaggi rurali del Messico: vestito da angioletto, circondato da fiori e senza feretro.

In quel momento, Javier le disse che nel vedere la fotografia si era *asustado*: «*Mi spaventai molto! Mi spaventai molto!*».

Oltre a notare un comportamento strano, gli misurò la febbre ed aveva una leggera ipertermia.

Immediatamente ruppe la fotografia (che sicuramente non proveniva dall'ambito familiare) e lo mandò dalla nonna per essere curato d'*espanto*. La nonna gli fece una "pulizia" e gli spruzzò *mezcal* (un liquore estratto dall'agave) su tutto il corpo. Poi lui domandò: «*Mamma, perché mi hanno fatto questo?*» Allora lei gli mostrò l'articolo che riportava la sua storia e lui rimase sorpreso e incredulo... Risultati positivi.

Mariblanca, quella del figlio sequestrato ad Acapulco (20 ottobre 1997)

Viene allo studio medico la moglie di un sorvegliante que lavora nella nostra clinica di medicina familiare. Mi riferisce che tre settimane fa suo figlio – insieme ad altri giovani – fu sequestrato e nascosto in qualche luogo del porto di Acapulco. Giorni dopo furono tutti liberati. Da quel momento, la signora Blanca soffre di mal di testa, di «*angoscia e depressione*», «*già è notte alta e non riesco a dormire*», una sensazione di soprassalto e di mancanza d'aria: «*mi sento soffocare*», ho la bocca secca, la saliva amara, un dolore «*alla bocca dello stomaco*», un malessere generalizzato e una intensa sensazione di stanchezza.

Visito la paziente e la pressione arteriale è normale. Non trovo nessun dato somatico rilevante.

Le prescrivo una infusione per il nervosismo che combina il fiore di zagara, la valeriana e il *toronjil*, così come alcune compresse di paracetamolo come medicamento sintomatico. Insisto in raccomandarle che vada da una *curandera* che conoscono i suoi vicini. Lo stesso marito – presente alla visita – le dice che a San Lorenzo Atemoaya, la Signora Fina cura l'*espanto*. Programmo una visita di controllo per 15 giorni dopo per osservare il decorso.

(10 novembre 1997)

Si presenta la Signora Mariblanca per la visita di controllo del *susto*. Mi riferisce che ha ricevuto il trattamento rituale da parte di una zia. La *curandera* sospese di forma temporanea la infusione che avevo prescritto per i “nervi”. Le somministrò la terapia convenzionale: un martedì e un venerdì la chiamò per nome avvicinandosi al suo orecchio però senza gridarle. Poi le disse di bere una bibita arancione e il giorno dopo un liquido di color viola.

I risultati furono favorevoli: diminuirono la cefalea, la depressione e i soprassalti. Già dorme meglio. Afferma che il trattamento le è servito “abbastanza”. Le prendo un appuntamento per 15 giorni dopo.

La Signora Goyita: la diabetica dai sustos interminabili (22 gennaio 1999)

Lei ha 47 anni e soffre di diabete mellitus da quattro anni. Oltre ai medicinali ipoglicemici che le prescrivo prende di solito diverse infusioni per controllare la sua malattia, come la radice di *meloncillo* che compra al mercato chiamato “Sonora”, noto per essere il principale centro di import-export di piante medicinali della Repubblica Messicana. In generale, i dati glicemici subiscono una chiara diminuzione.

(13 gennaio 2000)

Ieri la Signora Goyita ha sofferto un tremendo *susto*. Risulta che Enrique, suo nipotino di solo sei anni, è caduto dentro ad un serbatoio d'acqua che si utilizza per lavare i vestiti nel cortile di casa. Ha rischiato di affogarsi. Per fortuna la Signora Goyita stava vicino ed è riuscita a tirarlo fuori velocemente prima che ingerisse troppa acqua. Durante l'accaduto la bisnonna gridava e sua figlia – che in quel momento tornava dal lavoro – complicò la faccenda. Il *susto* fu tremendo. Alla sera, la Signora Goyita non potette né cenare né dormire poiché sognava il bambino che si affogava.

Le consiglio di visitare la nostra *curandera* di Tepepan, però dice di preferire i *curanderos* spiritistici che tengono le loro sessioni terapeutiche il martedì e il venerdì nel centro di Xochimilco. Chiaramente suggerisco che il trattamento sia familiare dato che sicuramente anche il bambino, la mamma e la bisnonna avranno subito un simile *espanto*. Inoltre, le raddoppio la dose di glibenclamide (medicamento ipoglicemico orale) e la tranquillizzo. Le do un appuntamento dieci giorni dopo per sapere dei risultati della *interconsulta* con gli specialisti di medicina popolare.

(24 gennaio 2000)

Si recò al tempio spiritistico per il trattamento rituale del *susto*. La accompagnarono Enrique, sua madre e una bambina che aveva presenziato all'incidente poiché insieme all'altro bimbo stava cercando in quel momento di fare il bagno al cane di casa. La paziente mi conferma che già mangia e dorme bene. In ogni caso le prescrivo delle analisi per conoscere i suoi livelli di zucchero nel sangue e nell'urina.

(25 gennaio 2000)

«*Povera donna!*». Mi racconta che passa da un *susto* all'altro. Alcuni giorni dopo che suo nipote stava a punto di affogare, uno scellerato investì e uccise intenzionalmente il loro amato cane. Poi mi racconta che le sono morti due vicini (uno alla settimana) e «*come vuoi che sia, queste cose mi colpiscono emozionalmente*». Nonostante ciò si sente più o meno bene, i suoi dati di zucchero nel sangue sono calati sebbene – per mancanza di denaro – non ha terminato il trattamento con la radice di *meloncillo*, poiché 100 g. costano 130 pesos (intorno ai 13 dollari).

«*Quanti sustos ha sofferto!*»

Senza dubbio, l'anima è avventuriera...

Analizzeremo questi sei casi di *susto* con le loro principali caratteristiche epidemiologiche, cliniche e terapeutiche.

Prima di tutto dobbiamo dire che la causa che individuano i pazienti è la pietra angolare della malattia. È l'evento che genera il quadro clinico e la spiegazione dell'insieme delle attività terapeutiche. Secondo il DSM-IV, costituisce «l'evento che provoca paura improvvisa e causa la fuoriuscita dell'anima...» (*Ibidem*). E pertanto incontriamo un paziente che ha sofferto

un incidente perturbatore, minaccioso e potenzialmente mortale. Può trattarsi della caduta inaspettata nel fiume, in una laguna o nel mare; il ripugnante incontro con vipere e animali selvatici; l'apparizione improvvisa di un fantasma o di uno spirito che si suppone inesistente; la tragica esperienza di un incidente stradale; presenziare a un sisma o a un terremoto; la improvvisa e terrificante presenza di soldati e poliziotti nello spazio domestico; l'assalto, la rapina, la violenza, ecc.

Le cause sono così diverse e generali che non si possono distinguere rispetto al sesso o alla età dei pazienti spaventati, né rispetto all'origine rurale o urbana, indigena o meticcina, o alle variabili di scolarizzazione, stato civile o religione.

Dal punto di vista clinico, nessuno dei pazienti fece riferimento diretto o indiretto alla diagnosi specifica di *susto* o *espanto*, o alla possibilità che gli fosse fuoriuscita o scappata l'anima. La diagnosi si va costruendo con l'antefatto evidente e immediato, ma anche grazie a un quadro clinico più o meno caratteristico. Il DSM-IV dice quanto segue:

«[...] i sintomi possono apparire settimane o anni dopo aver subito una paura improvvisa. Si pensa che, in casi estremi, il *susto* può provocare la morte. I sintomi tipici includono disturbi dell'appetito, sonno insufficiente o eccessivo, sonno agitato ed incubi, disforia, mancanza di motivazione per qualsiasi attività, bassa autostima o valutazione negativa. I sintomi somatici che accompagnano il *susto* includono mialgie, cefalee, gastralgie e diarrea» (*Ibidem*).

Nei nostri pazienti, i segni e i sintomi si presentarono in maniera più o meno immediata, però il ricorso al medico è variabile, da poche ore dopo a settimane. Il dato clinico più frequente e rilevante fu l'alterazione dello stato di veglia: difficoltà ad addormentarsi, insonnia e sonnolenza. Con meno frequenza sono da segnalare i disturbi dell'appetito e le alterazioni del comportamento (ansia, depressione, soprassalti episodici).

Merita un cenno a parte la presenza di sintomi somatici come il dolore e l'aumento del volume degli arti superiori e inferiori, la cefalea, la dispnea, l'arsura della bocca, il dolore epigastrico, la febbre e l'astenia. Vale la pena menzionare che due pazienti presentavano una parestesia (formicolio). Questo sintomo lo abbiamo osservato anche in altri pazienti *asustados*, pertanto crediamo che uno studio clinico approfondito debba includere questo disagio.

Nessun malato espresse la necessità di recarsi da un terapeuta che non fosse il suo medico di famiglia, tuttavia, davanti all'antefatto traumatico e ai dati riconducibili al *susto*, il medico di famiglia cerca il consentimento per un trattamento al di fuori dell'istituzione e incluso estraneo alla prati-

ca biomedica dominante. È una questione etica. Lui conosce la malattia popolare, i limiti e le capacità dei terapeuti popolari, conosce l'efficacia del rituale curativo, conosce i propri limiti come medico, i limiti della biomedicina e delle istituzioni sanitarie.

Nonostante il dottore conosca i trattamenti popolari, stabilisce – con chiarezza – che i pazienti si rechino da un esperto popolare (così come invia pazienti dal cardiologo, dal dermatologo o da qualsiasi altro specialista) e consiglia il ricorso a qualche conoscente (molte volte si risolve a livello domestico con la madre o la nonna), in altre occasioni suggerisce di recarsi dalla Signora Lucia che svolge il trattamento popolare e che non percepisce una tariffa fissa per esso ma una donazione volontaria che non risulta onerosa per i malati.

In tutti i casi si esegue un controllo stretto e continuato dei pazienti che sono inviati dai guaritori popolari e incluso si stabiliscono dei trattamenti complementari.

Il trattamento dei *curanderos* è apparentemente semplice, nel DMS-IV si dice che:

«I rituali terapeutici si orientano verso un recupero dell'anima e il suo rientro all'interno del corpo e la pulizia della persona per restaurare il suo equilibrio fisico e spirituale» (*Ibidem*: 868).

Tuttavia uno sguardo attento e minuzioso delle procedure curative ci rivela un processo complesso e con molteplici significati. Appare una cosmovisione del corpo umano che oltrepassa la semplice dualità occidentale di corpo-anima, per trasformarsi in un rapporto tra corpo e anime, in cui una di esse soffre, si ammala, scappa via, si indebolisce o può essere acciuffata da qualche entità soprannaturale.

Pertanto, d'accordo con quanto detto, il rituale non consiste solamente nel recupero dell'anima smarrita ma anche in un insieme di offerte (fiori, candele, alcool, incenso, preghiere) rivolte alle entità rapitrici. In fondo si tratta di uno scambio di beni: "io *curandero* ti do queste offerte che ti sono gradite e tu mi consegni l'anima della persona *asustada*". Una volta recuperata l'anima la deve restituire alla persona colpita. Ciò significherebbe la ricomposizione della persona come un tutt'uno. Se il *susto* provoca la frammentazione dell'individuo e la sua separazione dal gruppo sociale, i rituali terapeutici lo unificano come persona e lo reintegrano al mondo della collettività.

Nei trattamenti realizzati dai nostri malati i familiari sono presenti, i *curanderos* realizzano "pulizie", aspersioni e una risorsa generalizzata che consiste in sussurrare o gridare il nome del malato.

In tutti i casi ci fu un miglioramento con remissione totale dei malesseri: recupero del sonno, scomparsa del dolore e della parestesia, però soprattutto, il trattamento dei *curanderos* rappresenta un sostegno e una sicurezza ai malati. Non è inutile ricordare che il *susto* può cuasare problemi gravi. Nella già citata ricerca di Rubel e collaboratori, essi concludono che:

«Il *susto* aumenta il rischio di morte per un paziente, sia come causa iniziale che come causa aggiuntiva, o come indicatore di una patologia più grave sofferta da malati con gli stessi sintomi ma che non soffrono di *susto*»
(RUBEL. A. - O'NEILL C. - COLLADO R. 1989: 175).

Pertanto il medico clinico non deve sottovalutare la presenza di questo disagio, né escludere il ricorso al trattamento degli specialisti popolari.

È necessario pertanto rispondere ad alcuni interrogativi sulla pratica medica interculturale.

È legittimo domandarsi “Nelle città sono scomparse le credenze popolari sulle malattie di origine pre-ispánica?”, “Perché i pazienti non si recano prima dai *curanderos* della loro zona (che spesso fanno parte della loro famiglia)?”, “Perché in generale risulta così efficace il trattamento per il *susto*?”, “Che formazione accademica devono avere i medici in merito alla medicina popolare?”.

Il nostro lavoro sulla medicina domestica e sul *curanderismo* urbano dimostra la rigogliosa presenza dei saperi e delle pratiche popolari a Città del Messico (CAMPOS-NAVARRO R. 1992: 186-208). Le credenze popolari urbane non sono scomparse, si sono trasformate (CAMPOS-NAVARRO R. 1997: 275-ss). La persistenza delle sindromi dipendenti dalla cultura, seppure con alcune modifiche, permette di stabilire continuità nello spazio e nel tempo. La cultura non è né un fenomeno statico né passivo, specialmente quando l'educazione occidentalizzata avanza in forma inesorabile.

In questo senso abbiamo osservato che i cittadini, soprattutto giovani, dubitano dei saperi popolari in funzione dell'apprendimento scolare modernizzante. Il vissuto delle norme e dei valori, delle pratiche e delle credenze, inquadrato nella dialettica tradizionalità-modernità è molto intensa. Gli abitanti nativi e gli immigranti dei quartieri e dei paesi di Xochimilco (già urbanizzati) sperimentano questa doppia vita, la integrano, la complementano e la sintetizzano.

Di fronte a questa dualità per il medico accademico immerso nella sua progredita tecnologia non esiste dubbio: è il rappresentante della modernità ed impone con accettazione la sua ideologia, le sue teorie e le sue tecniche. Le sindromi culturalmente delimitate o malattie “tradizionali”

non esistono. La biomedicina rappresenta il trionfo della civiltà sulla magia e sui *curanderos*.

Tuttavia... per i pazienti la biomedicina è una opzione aggiuntiva tra le strategie utilizzate per attaccare una malattia. Quando sono di fronte al bio-medico mantengono un prudente silenzio rispetto alle malattie "tradizionali". Altri all'espone il proprio caso in maniera spontanea alludono alle cause e al quadro clinico senza menzionare la diagnosi popolare, il medico interpreta il caso secondo il proprio modello biologista con scarsi risultati. Quando si arriva a menzionare le parole "*empacho*", "*susto*", "*malocchio*", "*caída de mollera*" o "*daño*", la risposta del bio-medico è molto eloquente: "quelle sono sciocchezze delle persone ignoranti".

I pazienti nella loro ambivalenza ideologica identificano il *curandero* come qualcuno che può curare (e a volte danneggiare), che possiede dei saperi e delle pratiche ancestrali, però soprattutto, che forma parte del proprio gruppo socioculturale. Nonostante ciò quando soffrono qualche malattia che pensano curarsi con la biomedicina non esitano a recarsi dal medico accademico, così come non esitano ad appoggiarsi ai *curanderos* se considerano che il malessere non è suscettibile di trattamento biomedico.

Pertanto non appare strano per i pazienti e per i suoi familiari l'alternare tra una pratica e l'altra, non esistono né esclusioni né esclusivismi. Esiste un enorme pragmatismo. È proprio la efficacia pragmatica dei trattamenti dei *curanderos* che ne permette la sopravvivenza e la continuità.

Dall'altro lato molteplici testimonianze ci permettono di appurare la considerevole efficacia dei trattamenti dei *curanderos*. Una di esse è il racconto di Fausto de la Cruz che *espantado* dopo il morso di un serpente ricorre prima all'automedicazione, poi si reca dai medici e alla fine va da un *curandero* indigeno, che si converte nel suo salvatore:

«Nel luogo dove avvenne l'incidente, proprio lì prese della terra e la mise insieme a dell'acqua nella bottiglia. All'arrivo me la spruzzò qui e me la fece bere. Mi fece indossare la camicia. Un'altra volta mise per me dei fiori in terra. Questo è tutto. E sette giorni dopo già avevo riacquisito le forze; iniziai già ad uscire: ero guarito davvero. Se non lo avessi fatto, non sarei migliorato. Se non mi avessero chiamato, non sarei migliorato. Mi successe a giugno e a dicembre migliorai. Già ci stavo mettendo troppo e quando furono a riprendere la mia *tona* [anima] migliorai. Forte fu il *susto* che ebbi» (GARCÍA-REYES 1975: 216-217).

In verità i *curanderos* si convertono spesso in salvatori, tanto che per gli antropologi, alcuni terapeuti popolari sono considerati come una sorta di eroi culturali. Ernesto de Martino lo descrive così:

«Mentre i membri della comunità possono perdere senza compenso la loro presenza unitaria, di guisa che il loro fragile esserci è un labile cosmo psichico che rischia ad ogni momento il precipitare nel caos, lo sciamano è l'eroe che ha saputo portarsi sino alle soglie del caos e che ha saputo stringere un patto con esso. Ma appunto perché lo sciamano è diventato il padrone assoluto della propria labilità, ha altresì acquisito la capacità di superare i limiti che proprio esserci e di farsi centro chiaroveggente e ordinatore delle labilità altrui» (DE MARTINO E. 1948 [1985]): 118 [189]).

Nei casi presentati in questo articolo tutti ebbero un risultato positivo, il che assicura la stabilità della pratica dei *curanderos*. Ma allo stesso tempo rinforza anche il rapporto medico-paziente del medico di famiglia, dato che aumenta la fiducia del medico istituzionale, e tutti i pazienti tornano con una certa regolarità per la revisione e il trattamento di malattie croniche (come il diabete, la bronchite cronica) o infettive (come la tonsillite e la gastroenterite).

Per quanto detto finora conviene difendere e promuovere la formazione antropologica dei medici accademici poiché ciò permetterà una maggiore comprensione nei confronti dei pazienti, dei *curanderos* delle risorse materiali e simboliche delle medicine tradizionali e indigene. L'apprendimento interculturale dei medici e del personale infermieristico deve essere obbligatorio. Le scuole e le facoltà devono offrire una formazione interculturale con l'obiettivo di ottenere la tolleranza e il rispetto delle pratiche curative differenti dalla medicina occidentale, specialmente in quei paesi del continente americano in cui risiedono popolazioni indigene al suo interno (CAMPOS-NAVARRO R. 1999).

Questo apprendimento sul terreno dell'interculturalità deve comprendere in forma specifica la cosmovisione della vita e della morte di ogni popolo indigeno, la propria particolare percezione del processo salute-malattia-cura [*salud-enfermedad-atención*], delle concezioni e dei principi etnici relativi al corpo e all'anima (o alle anime, in alcuni casi), l'insieme delle attività teoriche, tecniche e ideologiche intorno alla malattia concreta (la sua spiegazione causale, la sua epidemiologia, il quadro clinico, gli elementi utili alla costruzione di una diagnosi, le strategie e i processi tecnici di cura, le risorse umane, materiali e simboliche che si dispiegano durante il trattamento, le diverse maniere di prevenire, ecc.) e per ultimo, la successione dei terapeuti (madri di famiglia, *curanderos*, dottori e altri) che intervengono in un caso clinico determinato, intendendolo come una traiettoria o un percorso della persona malata.

Per concludere mi piacerebbe ricordare il noto storico della medicina Arturo Castiglioni che nel suo libro *Incantesimo e magia* riprende le parole di

Santayana per dire che «la mente umana è curiosa, avventuriera e ridondante» (CASTIGLIONI A. 1972 [1934]: 15). Noi aggiungeremmo che la sua anima non è da meno.

Tabella n. 1. Eziologia nella medicina tradizionale messicana

I. MALATTIE NATURALI

A) Per causa empirica:

Per incidenti: ferite, fratture, lesioni, punture

Determinati processi fisiologici: il parto

Per aria: coliche, mal di testa, ecc.

Per raffreddamento brusco: polmonite, *fríos*, ecc.

Per trasmissione di calore: *chincual*, angina pectoris

Per ingestione di alimenti caldi o freddi

Per sovraccarico dello stomaco: *empacho*

Per eccesso di relazioni sessuali: *empacho* dell'uomo ed *empacho* della donna

Per esalazione di miasmi: *andancias*

Per microbi: morbillo, pertosse, scabbia, dissenteria, parassitosi intestinale, ecc.

B) Per causa psicologica:

Billis

Coraje

Alferecía

Chipilez

Caída de mollera

Vergüenza

Tiricia

Insulto

Buche o bocio

II. MALATTIE PRETERNATURALI

Per aver infranto tabù, norme e interdizioni sociali

A causa di incantesimi: malocchio, maleficio, ammaliamento

A causa della perdita di un'anima

Per intrusione di un corpo estraneo nell'organismo

Lo "spirito" [*espíritu*] della malattia

Fonte: ZOLLA C. *et al.* 1988: 26.

Tabella n. 2. Le dieci principali cause di domanda di cura nella medicina tradizionale messicana

1.	Malocchio	55%
2.	Empacho	49%
3.	Susto/Espanto	34%
4.	Caida de mollera	1%
5.	Dissenteria	22%
6.	Aires	21%
7.	Diarrea	19%
8.	Distorsioni (muscolo-scheletriche)	18%
9.	Daño (maleficio)	14%
10.	Angina pectoris	10%

Fonte: ZOLLA C. et al. 1988: 12.

[traduzione dallo spagnolo di Claudia Avitabile]

Riferimenti bibliografici

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, Masson, Barcelona.

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1986-2001), *Diario de campo en consultorio*, manoscritto, [México].

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1992), *Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa*, pp. ...-..., in CAMPOS-NAVARRO Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, Instituto Mora - Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México.

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1996), *Notas clínicas y etnográficas sobre un caso de empacho*, in MALVIDO E. - MORALES M.E. (curatori), *Historia de la salud en México*, INAH, Ciudad de México (Colección científica).

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1997), *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy*, Editorial Patria, Ciudad de México.

CAMPOS-NAVARRO Roberto (1999), *La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de medicina de la Universidad nacional autónoma de México*, "Kallawaya" (La Plata - Salta, Argentina), n. 6, ottobre 1999, pp. 7-18.

CASTIGLIONI Arturo (1972 [1934]), *Encantamiento y magia*, II ediz., Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México [ediz. orig.: *Incantesimo e magia*, Mondadori, Milano, 1934].

DE MARTINO Ernesto (1985 [1948]), *El mundo mágico*, Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México [ediz. orig.: *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino, 1948].

Diccionario Enciclopédico (1979), Espasa-Calpe, Madrid.

LOZOYA X. - VELÁZQUEZ-DÍAZ G. - FLORES A (1988), *La medicina tradicional en México. Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987*, IMSS, Ciudad de México.

MENÉNDEZ Eduardo (1988), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes - Alianza Editorial Mexicana, Ciudad de México.

REYES-GARCÍA Luis (1975), *Relato sobre llamada de tona*, in LÓPEZ AUSTIN A. (curatore), *Textos de Medicina Náhuatl*, Instituto de Investigaciones Históricas UNAM, Ciudad de México.

RUBEL. A. - O'NELL C. - COLLADO R. (1989), *Susto. Una enfermedad popular*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México (Col. Popular, n. 405).

YSUNZA Alberto (1976), *Estudio bio-antropológico del tratamiento del susto*, in *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, Instituto para el Estudio de las Plantas Medicinales, Ciudad de México.

YSUNZA Alberto (1984), *El susto: ¿enfermedad para quien?*, "Civilización" (Centro Antropológico de Documentación de América Latina [CADAL], Ciudad de México), n. 2, 1984, pp. 435-481.

ZOLLA C. - DEL BOSQUE S. - TASCÓN A. - MELLADO V. - MAQUEO C. (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), Ciudad de México.

Scheda sull'Autore

Medico, è nato a Aguascalientes, Messico, nel 1951. Laureato in medicina presso la Facoltà di medicina della Universidad nacional autónoma de México (UNAM), con specializzazione in medicina familiare, master in Antropologia sociale nella Escuela nacional de antropología e historia, e dottorato in Antropologia nella UNAM.

Da circa venticinque anni si sta occupando dei saperi e delle pratiche mediche popolari in Messico e America Latina. È autore o curatore di numerosi articoli e volumi su queste tematiche, tra cui: *La antropología médica en México* (1992), *Nosotros los curanderos* (1997), *El empacho en la medicina mexicana. Antología: siglo XVI-XX* (2000), *Textos peruanos sobre el empacho* (2006), nonché di diversi articoli sulla medicina popolare e sulla medicina indigena.

È attualmente professore e coordinatore di ricerca nel Departamento de historia y filosofía de la medicina, Facultad de medicina, Universidad nacional autónoma de México.

Ho dato corsi di antropologia medica a livello di laurea, master e dottorato in Messico e Spagna, e corsi post-laurea sulla interculturalità in salute a Potosí, La Paz e Cochabamba (Bolivia) e Ayacucho (Perù) Ha anche partecipato e scambiato esperienze con medici indigeni in Messico, Guatemala, Panamá, Bolivia e Cile.

Riassunto

Esperienze cliniche sul susto o espanto a Città del Messico

Il *susto* o *espanto* è una categoria nosologia della medicina tradizionale latino-americana, considerata peraltro dalla American Psychiatric Association nella sua classificazione dei disturbi mentali (DSM-IV) come una malattia dipendente dalla cultura o comunque culturalmente condizionata (*culture-bound syndrome*).

In Messico essa costituisce – insieme al malocchio e al *empacho* – uno dei tre principali ambiti di intervento curativo da parte dei medici tradizionali, e si rapporta in ogni caso con la perdita di una identità animica che può venir chiamata anima, ombra, *tona*, o

con altra denominazione. Le interpretazioni accademiche variano da quelle antropologiche (che si incentrano sulle considerazioni e i significati simbolici connessi alla eziologia, alla diagnostica e al trattamento) fino a quelle biomediche, che la riducono a un problema psico-somatico legato al cosiddetto "shock post-traumatico acuto" per il quale si richiede soltanto un po' di psicoterapia e di farmaci tranquillanti.

In questo lavoro presento la mia esperienza clinica con sette casi di pazienti da me seguiti come medico di famiglia dell'Istituto mexicano del seguro social (IMSS), che ho appunto diagnosticato come *asustados*. Tutti loro avevano subito una improvvisa e violenta impressione emotiva, con gravi conseguenze mentali e corporee: perdita di appetito, alterazione nei sogni, dolori, infiammazioni e formicolio alle braccia e alle gambe, emicrania e altri malesseri minori.

I sette pazienti sono stati indirizzati e trattati da *curanderos* urbani: alcuni nel proprio spazio domestico e altri presso *curanderos* ubicati in differenti quartieri o dintorni di Città del Messico. Sono risultati tutti guariti e soddisfatti di quanto realizzato dai *curanderos*. E, egualmente soddisfatti dall'approccio interculturale seguito dal medico accademico.

Analizzando questa casistica sembra che non si manifestino differenze quanto a età, genere, scolarità e stato civile. In tutti i casi si è verificato inizialmente un evento violento e un quadro clinico molto simile. Il trattamento effettuato dai *curanderos* è stato analogo per tutti loro, e l'efficacia è risultata totale. Possiamo concludere affermando che è possibile introdurre rotture epistemologiche nella formazione biomedica, riconoscere la legittimità delle sindromi culturalmente condizionate, prendersi cura di questo tipo di casi insieme ai *curanderos*. Occorre modificare i contenuti curricolari della formazione in medicina, in infermieristica e in odontologia, per costruire una pratica interculturale coerente con la diversità socio-culturale che viviamo in America Latina.

Résumé

Expériences cliniques sur le susto ou espanto à Mexico

Le *susto* ou *espanto* est une catégorie nosologique de la médecine traditionnelle latino-américaine, d'autre part considérée par l'American Psychiatric Association dans sa classification des troubles mentaux (DSM-IV) comme une maladie dépendante de la culture ou tout de même culturellement conditionnée (*culture-bound syndrome*).

Au Mexique elle constitue – avec le mauvais œil et l'*empacho* – l'une des trois principales causes de soins curatifs des médecins traditionnels et est de toute façon liée à la perte d'une identité animique qui peut s'appeler âme, ombre, *tona*, ou avoir une autre dénomination. Les interprétations académiques varient par rapport à celles anthropologiques (qui sont axées sur les considérations et les significations symboliques liées à l'étiologie).

logie, au diagnostic et au traitement) jusqu'à celles biomédicales, qui la réduisent à un problème psychosomatique lié au soi-disant "choc post-traumatique aigu" qui ne nécessite que peu de psychothérapie et de tranquillisants.

Dans ce travail nous présentons l'expérience clinique avec sept cas de patients que nous avons suivi en tant que médecin de famille de l'Instituto mexicano del seguro social (IMSS) et que nous avons diagnostiqués comme *asustados*. Tous avaient souffert d'une soudaine et violente impression, avec d'importantes conséquences mentales et corporelles : perte de l'appétit, altérations du sommeil, sensation de douleur, inflammation et engourdissement des membres supérieurs et inférieurs, migraine et d'autres malaises mineurs.

Les sept patients ont été adressés et traités par des *curanderos* urbains : certains dans leur espace domestique et d'autres chez des *curanderos* situés dans différents quartiers de Mexico. Tous les patients furent soignés et satisfaits des soins apportés par les *curanderos*. Ils furent également ravis de la vision interculturelle du médecin académique traitant.

En analysant les cas, nous pouvons observer qu'il n'existe pas de différences concernant l'âge, le genre, la scolarité et l'état civil. Il existe en tous l'événement violent initial, et un cadre clinique semblable. Les traitements réalisés par les *curanderos* ont été similaires pour chacun des cas et leur efficacité a été totale. Nous pouvons conclure en affirmant qu'il est possible de réaliser des ruptures épistémologiques dans la formation biomédicale, de reconnaître la légitimité des syndromes culturellement délimités, de prendre soin – avec les *curanderos* – de ce type de cas et qu'il est nécessaire de procéder à des changements dans les contenus de la formation à la carrière médicale, d'infirmier et odontologique, pour construire une pratique interculturelle en accord avec la diversité socioculturelle que nous vivons en Amérique Latine.

Resumen

Experiencias clínicas sobre el susto o espanto en la Ciudad de México

El *susto* o *espanto* es una categoría nosológica de la medicina tradicional latinoamericana que ya es considerada por la American Psychiatric Association en su clasificación de trastornos mentales (DSM-IV) como una enfermedad dependiente de la cultura o culturalmente delimitada (*culture-bound syndrome*).

En México constituye – junto con el mal de ojo y el empacho –, una de las tres principales causas de atención curativa de los médicos tradicionales y en todos los casos se relaciona con la pérdida de una entidad anímica que puede llamarse alma, sombra,

tona u otra denominación. Las interpretaciones académicas varían desde las antropológicas (que se enmarcan en la consideraciones y significaciones simbólicas contenidas en la etiología, el diagnóstico y el tratamiento) hasta las biomédicas que la reducen a un problema psicosomático alrededor del llamado “shock postraumático agudo” que sólo requiere algo de psicoterapia y medicamentos tranquilizantes.

En este trabajo presento la experiencia clínica con siete casos de pacientes a quienes atendí como médico familiar del Instituto mexicano del seguro social (Imss) y que diagnosticué como asustados. Todos ellos sufrieron de una repentina y severa impresión que les afectó de manera mental y corporal: pérdida del apetito, alteraciones del sueño, sensación de dolor, inflamación y hormigueo en miembros superiores e inferiores, jaqueca y otros malestares menores.

Los siete pacientes fueron referidos y tratados con curanderos urbanos, algunos fueron atendidos en su propio espacio doméstico y otros por curanderos ubicados en diversos barrios o colonias de la Ciudad de México. Todos ellos quedaron curados y satisfechos de la atención proporcionada por los curanderos, E igual quedaron contentos con la visión intercultural del médico académico tratante.

Al analizar los casos se puede observar que no existen diferencias en cuanto edad, género, escolaridad y estado civil. En todos existe el evento inicial violento, y un cuadro clínico semejante. El tratamiento curanderil es similar en todos ellos y la eficacia es completa. Podemos concluir afirmando que es posible realizar rupturas epistemológicas en la formación biomédica, reconocer la legitimidad de los síndromes culturalmente delimitados, atender – junto con los curanderos – este tipo de casos y que se requiere hacer cambios en los contenidos curriculares de la carrera de medicina, enfermería y odontología, para lograr una práctica intercultural acorde con la diversidad sociocultural que vivimos en América Latina.

Abstract

Clinical experiences on susto or espanto in Mexico City

Susto or *espanto* is a nosological category of the Latin American traditional medicine that is considered by the American Psychiatric Association in its classification of mental disorders (DSM-IV), as a culture-dependent disease or culture-bound syndrome.

In Mexico it is – along with the evil eye and the *empacho* – one of the three principal areas of healing intervention by the traditional doctors, and in all cases is related with the loss of a spiritual entity that can be called soul, shadow, *tona*, or other name. The academic interpretations range from the anthropological (that focus on considerations and symbolic meanings associated with the etiology, diagnosis and treatment) to the

biomedical, which reduce the problem to a psychosomatic one related to the so-called “acute post-traumatic shock”, for which is required a bit of psychotherapy and tranquilizers.

In this work I present my clinical experience with seven cases of patients that I followed as a family doctor of the Instituto mexicano del seguro social (IMSS), and I have diagnosed as *asustados*. All of them had suffered a sudden and violent emotional experience, with serious bodily and mental consequences: loss of appetite, abnormal dreams, pain, inflammation and tingling in the arms and legs, headaches and other minor ailments.

The seven patients were referred and treated by urban *curanderos*, some of them in the proper domestic space and others at *curanderos* located in different neighborhoods or the surroundings of Mexico City. They were all cured and satisfied by the achievements of the *curanderos* and, equally satisfied by the intercultural approach followed by the academic doctor.

In analyzing these cases does not seem to occur any difference in age, gender, education and marital status. In all cases initially there was a violent event and a very similar clinical picture. The treatment performed by the *curanderos* was similar for all of them and the effectiveness was complete.

We conclude that it is possible to introduce epistemological ruptures in biomedical training, recognize the legitimacy of the culturally conditioned syndromes, attend together – with the *curanderos* – this type of cases and make changes to the academic training in medicine, nursing and dentistry, in order to achieve a cultural practice in line with the socio-cultural diversity that we live in Latin America.