

L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica⁽¹⁾

Ángel Martínez Hernáez

profesor asociado, Departament d'antropologia social i història d'Amèrica i Àfrica, Universitat de Barcelona / *profesor asociado*, Departament d'antropologia social i filosofia, Universitat "Rovira i Virgili" (Tarragona)

Una delle caratteristiche dell'antropologia medica contemporanea sembra essere la conquista di sempre nuovi territori per la riflessione teorica e la pratica etnografica. All'omogeneità tematica riscontrabile nelle monografie classiche, generalmente orientate verso lo studio delle malattie folk e delle etnomedicine indigene, i ricercatori di oggi hanno contrapposto una diversificazione inconsueta fino a due decenni or sono. Improvvisamente, un gran numero di tematiche che erano rimaste tradizionalmente lontane dagli interessi degli antropologi, quali la tecnologia medica, le tassonomie psichiatriche o le infermità biomediche (tubercolosi, depressione, schizofrenia, artrite reumatoide, ecc.), sono state acquisite come oggetti di ricerca consueti. I confini tra ciò che appartiene al mondo folklorico e ciò che appartiene alla scienza, che per molto tempo avevano permesso di definire ciò che era o meno suscettibile di indagine etnografica, hanno subito di conseguenza un'autentica dissoluzione. Ormai non si sostiene più che la biomedicina, o medicina occidentale, sia un sistema radicalmente "diverso" dal resto delle etnomedicine conosciute (HAHN R.A. - KLEINMAN A.M. 1983, SEPPILLI T. 1996a: XV-XVII). Al contrario, vi è una chiara tendenza ad osservare le categorie biomediche come costruzioni culturali ed economico-politiche (KLEINMAN A.M. - GOOD B.J. *curr.* 1985, MENÉNDEZ E.L. 1981). In talune occasioni, l'antropologia si è persino assunta il ruolo peculiare di rivelare, mediante una sorta di etno-epistemologia, i presupposti ideologici che stanno alla base del modello biomedico (MISHLER E.G. 1981, KIRMAYER L. 1988, GORDON D.R. 1988, RHODES L.A. 1990, STEIN H.F. 1990, YOUNG A. 1993, 1995). Non v'è dubbio che hanno contribuito all'instaurazione di questo nuovo clima tanto la mancanza di una propensione autoriflessiva e autocri-

tica nella conoscenza biomedica quanto la flessibilità teorica inerente alla nostra disciplina. Non a caso, come rammentava solo qualche anno fa Geertz (GEERTZ C. 1983: 21), Kluckhohn una volta definì l'antropologia come una licenza intellettuale di caccia di frodo.

Come risultato di questo bracconaggio intellettuale, da qualche tempo si osserva una certa curiosità antropologica per fenomeni quali i sintomi e le espressioni della sofferenza e della malattia. In maniera abbastanza sorprendente, quelle realtà che erano state tradizionalmente intese come fisiopatologiche, o quanto meno psicopatologiche, sono state osservate come elaborazioni culturali, come metafore altamente suggestive e persino come simboli condensatori di contraddizioni sociali e politico-economiche. Credo che, malgrado la disparità degli orientamenti esistenti nell'antropologia medica contemporanea, la maggior parte degli autori sarebbe d'accordo con questa valutazione, da Byron e Mary-Jo Good (GOOD B.J. - DELVECCHIO GOOD M.J. 1981) a Margaret Lock (LOCK M. 1991), da Arthur Kleinman (KLEINMAN A.M. 1988) a Nancy Scheper-Hughes (SCHEPER-HUGHES N. 1992), da Ellen Corin (CORIN E.E. 1990) a Laurence Kirmayer (KIRMAYER L. 1992), da Mariella Pandolfi (PANDOLFI M. 1990) al caustico Michael Taussig (TAUSSIG M.T. 1980).

Tuttavia, l'appropriazione antropologica del sintomo è stata un'impresa più sottintesa che esplicita. A differenza di altre tematiche che possono considerarsi centrali per la disciplina, come la malattia o i sistemi medici, il sintomo è stato un autentico oggetto trasversale dell'antropologia medica. Anzi, esiste appena qualche testo che faccia del sintomo il nucleo centrale della propria argomentazione teorica. Forse per questo sono rare le occasioni in cui si è sviluppata una riflessione esplicita sul perché il sintomo possa considerarsi un oggetto antropologico e su quali siano i modelli teorici più adeguati per renderne conto. Questo articolo mira a colmare in parte questo vuoto.

Che cos'è un sintomo? Definizioni biomediche e bracconaggio antropologico

Un esame dei dizionari di medicina rivela una distinzione più o meno chiara fra due concetti: il segno e il sintomo. Il primo viene definito come l'evidenza oggettiva di un'infermità, come quel livello della realtà che è suscettibile di essere "osservato", sia direttamente, come la febbre e gli eczemi, sia indirettamente, tramite l'impiego della tecnologia medica (radiografie, tomografie, analisi di laboratorio, ecc.). Il sintomo, invece, viene definito

come la percezione soggettiva della malattia, e persino come l'espressione di chi ne è afflitto. «Ciò che ci racconta il paziente circa la sua esperienza», come annota Julian Leff nel suo *Psychiatry around the globe* (LEFF J. 1988: 3)⁽²⁾.

Si tenga presente che “segno” e “sintomo”, nei loro significati più divergenti, denotano ordini di realtà ben diversi. Il segno, per come è definito nella terminologia biomedica, conserva uno stretto legame con quelli che in semiotica vengono intesi come indici o segnali naturali⁽³⁾. In modo simile a come dal fumo si deduce la presenza del fuoco, si inferisce la malattia partendo da segni medici come la febbre. Né la febbre né il fumo (quest'ultimo almeno non sempre) sono creazioni significative costruite in base a convenzioni semiotiche o culturali, bensì sono manifestazioni naturali. In questo modo, il segno mostra la peculiarità di essere esso stesso una parte di una realtà naturale che, come la punta di un iceberg, rivela se stessa e che si iscrive nel campo della semiosi o della significazione solo nella misura in cui vi è un interprete che laddove vede la febbre inferisce una determinata malattia.

Il sintomo si riferisce invece a “una manifestazione del paziente”, a una “percezione soggettiva”. Senza spingerci in profondità circa ciò che qui si vuole indicare con la parola “soggettivo”, quel che è certo è che il sintomo si presenta come una interpretazione elaborata dal paziente su una serie di sensazioni corporee, psichiche ed emozionali: “ho mal di testa”, “mi sento giù”, “ho i nervi a pezzi”. Il sintomo, dunque, viene verbalizzato o mostrato mimicamente e, pertanto, la sua costruzione risponde alle necessità espressive di un emittente. In questo modo non si presenta già come parte di una realtà fisica o come effetto visibile di una causa, ma come un'espressione umana che contiene in se stessa un significato.

La distinzione fra segno e sintomo ha avuto maggior rilievo nelle conoscenze e nelle pratiche cliniche di quanto generalmente non si riconosca. Vi sono scuole, come la psicoanalisi, che sono giunte a semiotizzare alcuni segni fisici; intendendo cioè come sintomo ciò che al principio sembrava un segno. Sto pensando al significato di “simulazione del parto” che Freud attribuisce alla febbre e alla peritiffite di Dora negli *Escritos sobre la histeria* (FREUD S. 1988: 87). Ma penso anche all'interpretazione che, stavolta con Breuer, Freud effettua circa la *tussis nervosa* di Anna O. negli *Studi sull'isteria* (BREUER J. - FREUD S. 1985 [1895]: 48). Addirittura non è azzardato affermare che qualsiasi psicoanalista intenderà la febbre e la tosse come qualcosa di più che non meri segni fisici. Tuttavia, nella psichiatria e nella biomedicina contemporanee si è adottata con assai maggior frequenza la prospettiva inversa. E cioè: oggettivare i sintomi come se fossero segni naturali che parlano di una realtà universale, asociale e persino abiografica.

Indubbiamente da qualche tempo le scienze della salute sono entrate in una dinamica di naturalizzazione e reificazione delle espressioni dei malati. Recentemente Stanley Jackson ha formulato una critica persuasiva in questo senso (JACKSON S.W. 1992: 1630). Dopo aver enumerato la lunga lista dei successi in biologia molecolare, farmacologia e tecnologia medica degli ultimi anni, ricorda ai suoi lettori che questi stessi progressi stanno producendo un allontanamento dei medici professionisti dai loro pazienti. Concretamente, egli afferma che «mentre vediamo di più, noi [medici] rischiamo spesso di sentire meno» (JACKSON S.W. 1992: 1630).

La situazione denunciata da Jackson evoca il tipo di sguardo medico descritto in maniera tanto brillante da Foucault nella *Naissance de la clinique*. In quel testo, Foucault mostra come nel XIX secolo la medicina trasformò la domanda "che cos'ha?", caratteristica della medicina delle specie, in un altro quesito che attraversava il soggetto del discorso per giungere a un corpo oggettivo fatto di ossa e viscere: "dove le fa male?" (FOUCAULT M. 1972 [1963]: XIV). Un mutamento di strategia che avrebbe comportato una maggior penetrazione dello sguardo medico mediante la dissezione dei cadaveri e la localizzazione del nucleo patologico; come in quella minuziosa descrizione del giovane Bayle in cui visualizza le lesioni encefaliche della paralisi generale progressiva dovuta alla sifilide: "vasi sanguigni aggrovigliati", "aracnoidi della *dura mater*", "coaguli di un sangue più o meno scolorito" (FOUCAULT M. 1972 [1963]: V-VI). Come risultato, sarebbe avvenuta anche una trasformazione dell'episteme che sorreggeva la conoscenza medica. Il corpo sarebbe quindi apparso come una realtà pienamente isolata che avrebbe permesso il predominio dell'osservazione della realtà fisica (i segni) sull'interpretazione della narrazione del paziente (i sintomi). In definitiva, venivano allora già gettate le basi di una nuova episteme medica dalla quale, come segnala Jackson, non siamo ancora usciti.

La posizione del sintomo all'interno di questa episteme è davvero curiosa. In principio, la stessa definizione medica di sintomo si riferisce a una realtà che non è fisica, bensì linguistica. Persino la sua identità con il nucleo morboso è chiaramente indiretta, giacché la narrazione del malato non è di per sé patologica. Salvo eccezioni come l'afasia o il delirio, la dimensione patologica non trova riscontro nel discorso, ma piuttosto nell'oggetto cui questo fa riferimento. In questo modo, per comprendere un sintomo è necessario comprendere dapprima il codice del malato, il significato autoctono, nativo o *emic* che ci indicherà, tramite la sua interpretazione, il significato patologico. Canguilhem lo esprime chiaramente quando dice che per un buon urologo un paziente che dice di aver male "ai reni" è un individuo che non ha niente ai reni (organi), in quanto questi ultimi non sono la regione

muscolare cui allude l'infermo (CANGUILHEM G. 1971 [1966]: 61). Anzi, Canguilhem asserisce che i segni e i sintomi raramente si sovrappongono. Anche così, il sapere biomedico presenta una chiara tendenza a negare la natura linguistica e culturale del sintomo.

Non v'è dubbio che in talune occasioni gli inconvenienti generati dalla sottovalutazione del sintomo possano essere compensati dalla produzione di segni mediante la tecnologia medica, come le analisi del sangue, le tomografie o le colture batteriche. In tal modo, in questi casi, al di là del fatto che il paziente parli dei suoi "reni", il clinico potrà orientarsi fra evidenze fisiche, osservabili e misurabili. Dunque, la disattenzione verso il significato autoctono del sintomo può creare enormi problemi allorché le possibilità di produzione segnica sono seriamente limitate, come nei disturbi mentali e psicosomatici. Da qui sorgono i grandi problemi della psichiatria contemporanea, poiché, dinanzi alla mancanza di una conoscenza fisiopatologica della maggior parte dei disturbi mentali, non le è possibile reificare comodamente sintomi come le emozioni, gli stati d'animo o le allucinazioni uditive, per fare solo alcuni esempi. Forse che avranno lo stesso significato le allucinazioni uditive di un amerindio in lutto per la morte della sua compagna e quelle di un mistico, oppure quelle di uno sciamano e quelle di un paranoide occidentale? Evidentemente no. Tanto più che la psichiatria contemporanea ha dovuto riconoscere in alcuni dei manuali più recenti, come il DSM-IV, che un'allucinazione uditiva non è una manifestazione psicopatologica universale, ma un fenomeno il cui potenziale patologico dipende in gran misura dal contesto culturale in cui si produce (APA 1995 [1995]: XXIII). Ciononostante, la tendenza generale è stata quella di trattare i sintomi come se fossero segni fisici, e le allucinazioni uditive o i sentimenti di disperazione come prove dello stesso tipo degli eczemi o dell'ingrossamento dell'addome. Di fatto, la storia recente del sintomo è anche la storia della negazione da parte della biomedicina del significato autoctono della sofferenza.

Inizialmente, i pericoli medici generati dalla preponderanza dell'osservazione e dal prevalere del segno sul sintomo possono apparirci lontani dagli interessi antropologici. Che rilevanza possiamo infatti riscontrare nella naturalizzazione e nella reificazione di tutto ciò che si presenta allo sguardo del clinico? Che pertinenza possiamo rinvenire nell'orientamento positivista che annulla il senso delle parole dell'infermo dissezionando il corpo del soggetto del discorso? Certamente questa situazione può sembrarci estranea all'interesse antropologico, o quanto meno altrettanto esotica dei popoli che rappresentarono l'originario oggetto di studio della nostra disciplina. Non è comunque meno vero che l'appropriazione del sintomo da parte del-

l'antropologia è stata possibile proprio per via della disattenzione biomedica nei confronti delle dimensioni culturali e sociali della malattia. È anzi in questo contesto che l'antropologia ha sviluppato la peculiare strategia di prestare ascolto a questa dimensione discorsiva e interpretarla, di comprendere la malattia e le sue espressioni (i sintomi) come costruzioni simboliche che non rinviano esclusivamente a disfunzioni biologiche, ma anche a mondi locali di significato e di esperienza (KLEINMAN A.M. 1980: 119, GOOD B.J. - DELVECCHIO GOOD M.-J. 1981, LOCK M. 1991, SCHEPER-HUGHES N. 1992: 181). Il compito dell'etnografia è consistito in questo caso in un'apertura alle dimensioni culturale, sociale e politica al cui interno vivono gli individui che presentano i sintomi, li comprendono e li interpretano (GOOD B.J. 1977, PARSONS C.D. 1984, PARSONS C.D. - WAKELEY P. 1991, KLIGER R. 1994). Si tratta tuttavia di un tipo di analisi che non ha evitato voci contrastanti e momenti polemici.

Attualmente nell'antropologia medica nordamericana, di cui ci occuperemo qui di seguito, è possibile osservare un'autentica polarizzazione teorica riguardo al tema delle espressioni della malattia. Uno scontro che, lungi dall'essere originale, rappresenta un caso classico, non essendo altro che l'estrapolazione del dibattito tra ermeneutica e teoria critica e la sua applicazione al terreno dei sintomi. Troviamo così da un lato la corrente interpretativa e fenomenologica, conosciuta nella letteratura internazionale come il *meaning-centered approach* e che osserva il sintomo come una costruzione di significato, come un prodotto culturale. Dall'altro lato con il tempo si è venuto configurando un orientamento critico che recupera in maniera abbastanza eterodossa l'orientamento marxista europeo e, generalmente senza rendersene conto, alcuni argomenti che da tempo costituiscono la base dell'antropologia medica italiana e latinoamericana, come la consapevolezza del fatto che, dietro le categorie e i significati culturali, si nascondono anche strutture di potere e di dominio⁽⁴⁾. Ma esaminiamo la questione più in dettaglio, prendendo come punto di riferimento alcuni degli autori più significativi di queste due posizioni, come sono Byron Good e Arthur Kleinman per l'approccio interpretativo e Michael Taussig e Nancy Scheper-Hughes per l'opzione critica.

Un'ermeneutica del sintomo

Uno dei testi più rappresentativi della visione ermeneutica del sintomo è indubbiamente l'ormai classico articolo di Byron Good, intitolato *The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran*. In esso l'antropologo di

Harvard tenta di formulare una teoria interpretativa della malattia e, in aggiunta, una teoria del linguaggio medico che non presupponga né la reificazione della sofferenza, né la limitazione del suo livello semantico ad una pura funzione nominativa. Con questo proposito egli sviluppa il concetto di *semantic illness network* (rete semantica di malattia) basato sull'idea di "simboli rituali dominanti" di Turner, ma anche su altri concetti come la nozione di "termini centrali" [*core terms*] di Fox o quella di "parole nodali" [*focus words*] di Izutsu (GOOD B.J. 1977: 38). L'idea è che una malattia non è solo un insieme di segni predefiniti, bensì:

«piuttosto una 'sindrome' di esperienze tipiche, un complesso di parole, esperienze e sensazioni che tipicamente 'vanno insieme' per i membri di una società. Tale sindrome non è solamente un riflesso di sintomi legati fra loro nella realtà naturale, ma un insieme di esperienze associate attraverso reti di significato e di interazione sociale all'interno di una società» (GOOD B.J. 1977: 27).

Nella misura in cui una malattia è anche un insieme di significati e di interazioni sociali, in essa si possono rinvenire simboli dominanti che, per i membri di una data società, condensano una pluralità di significati. L'esempio etnografico che Good utilizza per mostrare le potenzialità di questo approccio è il "*narahatiye qalb*" o malessere del cuore. Una categoria popolare frutto del diseguale influsso di sistemi medici diversi, come quello arabo-galenico, la biomedicina e la concezione autoctona degli abitanti di Maragheh, una popolazione di lingua turca dell'Azerbaijan iraniano presso la quale l'Autore svolge le proprie ricerche sul terreno. Dopo aver tracciato un'analisi socio-storica, Good specifica come iniziò per caso a divenire consapevole dell'importanza di questa categoria presso la popolazione studiata. Lamentele del tipo "mi fa male il cuore" oppure "ho il cuore sottopra" venivano formulate assai più da donne che da uomini. Allo scopo di conoscere il significato di questa espressione – che per noi è un sintomo – l'etnografo svolse un'inchiesta su 750 individui di Maragheh e dintorni, rinvenendo un 40% di frequenza del "malessere del cuore" e un profilo caratterizzato da variabili quali l'esser donna e l'aver un'età compresa fra i 15 e i 44 anni. Ad ogni modo, ciò che ci interessa del lavoro di Good non è tanto il risultato statistico del suo *survey*, quanto piuttosto l'informazione di carattere più qualitativo che offre. Dietro l'espressione di sofferenza "mi fa male il cuore" compaiono quattro emozioni e sensazioni fondamentali: *qus* o pena, *qam* o tristezza, *fikr* o preoccupazione e *xiyalet* o ansia. Inoltre, esse denotano tutte circostanze personali, come la pena e la tristezza dovute alla morte di una familiare, la preoccupazione per la povertà in cui si versa o l'ansia prodotta dai conflitti con la suocera o dalla mancanza di spazio fisico all'interno dell'abitazione. Ma non basta: Good scopre che il "malessere del

cuore" condensa altri significati ancora, quali la credenza negli effetti perniciosi della pillola contraccettiva, le palpitazioni, il raffreddore, la carenza di sangue o i nervi. Tutta una serie di simboli, situazioni, malesseri, infermità, avvenimenti ed emozioni compaiono condensati in questa immagine pubblica, in questa rappresentazione collettiva che è il "malessere del cuore".

La proposta di Good è in linea generale interessante. Cionondimeno, essa trascura alcune potenzialità del modello dei "simboli rituali dominanti" di Turner su cui sembra basarsi. Mi riferisco all'idea dell'antropologo di Glasgow secondo cui queste formazioni simboliche non sono semplici condensazioni, ma altresì unificazioni di significati polarizzati in un polo fisiologico e in un altro ideologico. Turner utilizzava come esempio illustrativo il *mudyi* o "albero del latte" (così chiamato per il colore della sua linfa), che svolge un ruolo centrale in riti come lo *nkang'a* (rituale di pubertà delle fanciulle ndembu). Da esso Turner derivava un'associazione *emic* di significato sia con il latte materno (polo sensoriale e fisiologico), sia con il principio della matrilinearità ndembu (polo ideologico) (TURNER V. 1980 [1967]: 23, 31, 1985: 269, 1988 [1969]: 62). Un tipo di polarizzazione che non è molto diversa da quella che possiamo riscontrare in un sintomo come il "mi fa male il cuore" di una donna iraniana, in quanto, stando allo stesso Good, sappiamo che l'espressione può condensare significati che si riferiscono tanto a sensazioni fisiche diverse, del tipo delle palpitazioni (polo fisiologico), quanto a norme di residenza postnuziale che generano conflitti con la suocera (polo ideologico). Tanto più che possiamo persino pensare che questa polarizzazione si costituisca anche come una stratificazione di senso in cui il significato letterale del "malessere del cuore" sta al polo fisiologico come il polo ideologico sta ai diversi significati che un sintomo può condensare in sé. In questo modo, il sintomo mostrerebbe di essere un simbolo e la sua analisi apparterrebbe all'ermeneutica, per lo meno se prendiamo come punto di riferimento le parole di Paul Ricoeur ne *Le conflit des interprétations*:

«Chiamo simbolo ogni struttura di significato in cui un senso diretto, primario, letterale, designa in aggiunta un altro senso indiretto, secondario, figurato che non può essere colto che attraverso il primo. Questa delimitazione delle espressioni a doppio senso costituisce propriamente il campo ermeneutico» (RICOEUR P. 1969: 16).

Si tratta di un tipo di valutazione che Good non considera, anche se questo non necessariamente toglie merito al suo contributo. In realtà, l'antropologo di Harvard è uno dei primi ad aver compiuto il passo di osservare i sintomi come costruzioni di significato e non come una manifestazione organica. Non v'è dubbio che anche in precedenza si erano compiuti sforzi di questo tipo, come il lavoro di Zola sulle differenti espressioni di sofferenza

formulate da pazienti irlandesi ed italiani nei confronti di malattie otorinolaringologiche ed oftalmologiche (ZOLA I.K. 1975). Anche Anne Parsons, con notevole acume analitico, aveva trattato i rapporti tra i valori culturali e le espressioni sintomatiche nel suo ritratto di Giuseppina, un'informatrice italiana meridionale cui era stata fatta una diagnosi di schizofrenia (PARSONS A. 1961). La letteratura presenta vari esempi di tentativi simili, ma non è un caso che sia stato *The heart of what's the matter* ad avere un maggior impatto sullo sviluppo delle ricerche successive, e ciò per svariate ragioni.

In primo luogo, il lavoro di Good riafferma la nozione secondo cui esiste una dimensione significativa della malattia: il malessere o *illness*⁽⁵⁾, che può essere studiato in termini etnografici. D'altro canto, egli introduce il concetto di reti semantiche di malattia come un sistema di significati che si sviluppa a partire da un simbolo dominante, che non è altro che l'espressione o il sintomo. Un terzo elemento innovativo sta nel fatto di smontare la stretta associazione fra sintomo e fisiopatologia postulata dall'empirismo medico. L'antropologia dispiega qui alcune delle sue potenzialità: l'interpretazione delle dimensioni significative della malattia.

In questo primo articolo, Good non utilizza il termine sintomo, malgrado egli si riferisca alle espressioni e le verbalizzazioni della malattia in chiave simbolica ed ermeneutica. Questa indeterminatezza scompare chiaramente in un successivo articolo scritto con DelVecchio Good e intitolato *The meaning of symptoms*, nel quale, con un tono più pragmatico, viene prospettato un modello ermeneutico e interpretativo che funge da alternativa al procedimento clinico empirista della biomedicina. E qui non vi sono dubbi circa il ruolo rivestito dal sintomo nella sua teoria:

«I sintomi non riflettono affatto delle semplici anomalie somatiche, e il rapporto fra di essi non rispecchia un insieme di relazioni fisiologiche meccaniche o funzionali. I sintomi sono irriducibilmente carichi di significato» (GOOD B.J. - DELVECCHIO GOOD M.J. 1981: 191).

Indubbiamente gli Autori non operano qui alcuna distinzione di fondo tra segni e sintomi, ma assumono semplicemente su un piano generale la natura significativa delle espressioni della malattia. Il loro principale contributo sta nel definire in che modo si debba agire di fronte a questo nuovo oggetto che è il sintomo quale condensatore di significati. I due Autori sono chiari in questo senso. Se il modello biomedico va in cerca di lesioni o disfunzioni psico-fisiologiche, il modello ermeneutico indaga nella direzione delle costruzioni di significati: «la realtà del malessere di chi soffre [*the illness reality of the sufferer*]» (GOOD B.J. - DELVECCHIO GOOD M.J. 1981: 179). Se il primo procede clinicamente e con il supporto di prove organiche, il secondo decodifica le reti semantiche e i significati che queste implicano. Se il

modello biomedico esplora la dialettica fra sintomo e disturbo biologico, quello ermeneutico interpreta i sintomi come testi nel loro rapporto con le reti semantiche che gli fanno da contesto. In definitiva, se l'uno opera secondo le modalità conoscitive della spiegazione (*Erklärung*), l'altro propende verso la comprensione (*Verstehen*) (GOOD B.J. - DELVECCHIO GOOD M.J. 1981: 179).

Nelle sue recenti *Louis Henry Morgan lectures*, Good introduce, benché in forma chiaramente marginale, la distinzione che qui abbiamo indicato tra segni e sintomi. I primi sono «anormalità fisiologiche che possono venir misurate» – e noi diremmo anche osservate – con procedimenti clinici e di laboratorio. Al contrario, i secondi sono «le espressioni dell'esperienza di malessere comunicate come una serie di lamentele» (GOOD B.J. 1994: 8-9). Mentre i primi sono fisici, i secondi appaiono codificati in termini culturali e linguistici. Benché questa distinzione non venga poi ulteriormente applicata nel resto del libro, una lettura attenta fa pensare che Good sospetti che i problemi associati al sintomo siano abbastanza complessi, e questo emerge con chiarezza sia dal suo discorso teorico, sia dall'analisi dei casi che esamina. Per esempio, allorché ha a che fare con un segno fisico come le «emorragie rettali», l'Autore parla di sintomo, e più specificamente di «sintomo primario» che si iscrive in un ordine semeiotico indubbiamente complesso di possibili associazioni del paziente (GOOD B.J. 1994: 93). Benché questa contraddizione non venga risolta esplicitamente nel testo, non v'è motivo per intenderla come una grande difficoltà, visto che qualsiasi segno fisico è suscettibile di trasformarsi anche in sintomo, di venir espresso in chiave linguistica e culturale da un emittente che parli di una realtà osservabile che gli causa sofferenza. Ma l'aspetto importante della questione è che il segno fisico, nel venir trasformato in sintomo, permette di introdurre una dimensione simbolica e narrativa che dice più cose di quanto non faccia il semplice referente organico. Nel caso dell'emorragia rettale, ad esempio, l'Autore scopre nel sintomo un universo locale di afflizione e persino un conflitto fra terapie biomediche e lealtà religiose: l'informatrice fa parte dei Testimoni di Geova ed è riluttante ad accettare un'eventuale trasfusione di sangue. Tanto più che, nel tentativo di stabilire una relazione tra il proprio orientamento semantico e lo strutturalismo di Lévi-Strauss, Good analizza i diversi elementi che soggiacciono al sintomo primario dell'informatrice e scopre che essi si articolano in un gioco di opposizioni fra salute e malattia, purezza e contaminazione, «il sangue come simbolo di vita» e «il sangue come qualcosa di estraneo e sporco», la comunità dei Testimoni di Geova e il resto del mondo (GOOD B.J. 1994: 94-98). Giungerà persino ad affermare, con un sorprendente tono formalista, che i sintomi ricevono il loro significato a secon-

da della posizione che occupano all'interno di un codice simbolico complesso (GOOD B.J. 1994: 99).

Evidentemente, tanto i sintomi come le narrazioni di malattia sono suscettibili di un'analisi strutturalista come quella condotta da Lévi-Strauss riguardo ai miti (LÉVI-STRAUSS C. 1964, 1966). Laddove l'antropologo francese vedeva mitemi o unità opposte fra loro, simili ai fonemi, noi potremmo vedere sintomemi. Potremmo addirittura tentare di applicare al sintomo l'idea strutturalista secondo cui esiste un piano sintagmatico (o livello di contiguità e concatenazione del linguaggio) e un piano paradigmatico (o dominio della selezione delle categorie adeguate in base alle loro relazioni di opposizione o somiglianza con altre categorie all'interno di un sistema). Potremmo quindi riprodurre alcune delle derivazioni emerse dalla dicotomia sintagma/paradigma e parlare, come Jakobson (JAKOBSON R. 1981 [1980]: 134), di piano della metonimia contrapposto al livello della metafora; oppure, come Lévi-Strauss (LÉVI-STRAUSS C. 1965 [1962]: 46), di ordine dell'evento contrapposto a quello della struttura; o di *parole* (discorso) *versus langue* (lingua) (LÉVI-STRAUSS C. 1970 [1962]: 300)⁽⁶⁾; o ancora, come Leach (LEACH E. 1989 [1976]: 17), di segno contrapposto al simbolo; o infine, come Lacan, di spostamento (*Verschiebung*) *versus* condensazione (*Verdichtung*) (LACAN J. 1985 [1981]: 317). Good tuttavia non si spinge tanto oltre nel flirtare con lo strutturalismo, probabilmente perché è consapevole che un eccessivo formalismo ridurrebbe il significato della malattia a permutazioni matematiche e convertirebbe gli universi di significato locali che un sintomo può condensare in semplici trasformazioni possibili di una logica binaria panumana⁽⁷⁾. Egli si sforza comunque di riflettere sui limiti del proprio orientamento semantico ed ermeneutico.

Nell'ultimo capitolo delle sue *Lectures*, Good rivede il proprio concetto di "rete semantica" e scopre che:

«mentre i simboli chiave in una terminologia medica possono in effetti condensare o mantenere in tensione una potente rete di significati, il processo di sintesi non è soltanto semiotico, ma sociale, dialogico, immaginativo e politico. E così dovrebbero essere anche le nostre analisi» (GOOD B.J. 1994: 173).

La riflessione dell'antropologo di Harvard è convincente, tra l'altro perché apre la porta all'analisi non solo delle differenze culturali, ma anche delle disuguaglianze sociali, per non entrare poi in quell'universo estetico e creativo che probabilmente soggiace alla sua idea dell'"immaginario". L'unico problema dipende dal fatto che questa idea non viene applicata nella pratica etnografica o, quantomeno, non con l'intensità annunciata. Né troviamo una valutazione di come sarebbe possibile combinare una semantica con una politica nell'analisi della condensazione dei significati. Un genere di

problemi che caratterizzeranno anche l'opera di un altro dei massimi esponenti della corrente ermeneutica: Arthur Kleinman.

Fin dagli anni Settanta, Kleinman ha proposto un approccio interpretativo alla malattia, partendo dal suo famoso presupposto degli *Explanatory models* (EMS) o "Modelli esplicativi" (KLEINMAN A.M. 1980: 105). Un concetto che si riferisce alle diverse concezioni che della malattia hanno pazienti, medici e familiari, così come a una tecnica dallo stesso nome che serve appunto per far emergere tali concezioni. Pur non volendo spingerci a fondo nel tema degli EMS, già discusso a suo tempo da Young (YOUNG A. 1980, 1982a, 1982b), vale comunque la pena osservare che essi costituiscono degli strumenti utili per la conoscenza di una dimensione *emic* delle nozioni e, fra queste, di quelle che gli attori stessi posseggono circa la propria malattia. Un interesse abbastanza lontano dai propositi della biomedicina e che quindi presuppone un'apertura alla possibilità di un'etnografia dei sintomi.

Nelle sue numerose opere, Kleinman si dedica a elaborare descrizioni etnografiche di diversi casi clinici, tanto nel contesto nordamericano come in quello cinese (KLEINMAN A.M. 1980: 119-145, 1982, 1986: 105-142, 1988: 100-120, 1995: 95-119), e nel far ciò utilizza un procedimento di tipo interpretativo che conserva più elementi di filiazione teorica con le proposte teoriche di Geertz che non con l'impostazione di Turner, che, come s'è visto, influenzava gli scritti di Good.

Kleinman parte dall'idea geertziana di cultura come modello *di e per* la realtà, ma in questo caso la cultura resta più limitata al campo dei sistemi medici (nel senso di concezioni intorno ai processi di salute e di malattia). Queste culture mediche permettono da un lato di dotare la malattia di un significato e di una realtà concettuale e dall'altro di "modellarla" per mezzo di forme culturali. L'opera di Kleinman oscilla all'interno dell'analisi di questa doppia complessità: le attività simboliche e quelle terapeutico-strumentali. Queste ultime rinviano all'ambito dell'assistenza sanitaria e non ne parleremo in questa sede; le prime invece conservano una filiazione diretta con la problematica dei sintomi come costruzioni di significato.

Kleinman formula ai suoi pazienti-informatori domande del tipo: Che problema ha? Come ha avuto inizio? Come lo chiamerebbe? Come si manifesta? In definitiva, egli ascolta il malessere del malato per interpretarlo, in maniera simile a quanto fa Good, in base a un contesto significativo: la dimensione culturale in senso ampio e il sistema medico nella sua accezione specifica. Ma mentre Good si concentra esclusivamente sul dominio espressivo dell'infermo, quello che in inglese è stato denominato *illness*, Kleinman, mettendo a frutto la propria duplice veste professionale, si interroga anche sul

rapporto fra la *illness* e il campo delle categorie e delle concezioni biomediche, o *disease*. Come sosterrà in modo logico:

«Per esempio, un individuo, per ragioni del tutto personali o socio-culturali, può ritenere i sintomi precoci non meritevoli di preoccupazione, minimi, naturali o non appartenenti allo stato di malattia [*sickness*], ma rappresentativi di qualche altro stato; oppure può negare il loro potenziale significato» (KLEINMAN A.M. 1980: 75).

Vi sono una costruzione e un modellamento culturali che permettono di riconoscere determinati stati come malattia ed altri come normalità. È possibile che esista una *disease* senza *illness*, come nel caso cui si riferisce la citazione; ma è anche possibile che si producano situazioni di *illness* senza *disease*. Di conseguenza, i sintomi possono:

«rappresentare l'insidioso scatenarsi di una quantità di infermità [*diseases*] distinte, oppure possono non venir associati con infermità alcuna» (KLEINMAN A.M. 1980: 76).

Comunque, sia che il sintomo si riferisca a un disordine biologico, sia che ciò non avvenga, nelle espressioni di sofferenza vi è tutto un ambito che sfugge alla dimensione puramente biologica per situarsi in una dimensione sociale e culturale. L'argomento non è, in sostanza, molto diverso da quello introdotto da Good nei suoi scritti e che permetteva un'apertura verso il significato autoctono del malessere e verso l'insieme delle situazioni, delle emozioni, dei valori e delle categorie culturali ad esso associati. Ebbene, in maniera analoga a ciò che avveniva negli scritti di Good, anche nei testi di Kleinman non sempre risulta chiaro che cosa sia un sintomo, se l'espressione di qualcuno, una manifestazione biologica o la malattia stessa. La questione è che nella letteratura antropologica il termine sintomo acquisisce generalmente un carattere di *passé-partout*. Se ad esempio analizziamo il penultimo brano citato, troviamo la frase secondo cui "un individuo può valutare i sintomi precoci". In questo caso, "sintomi" si riferisce con ogni probabilità ai segni accessibili al malato che possono scatenare o meno la sua preoccupazione. E dico "con ogni probabilità", poiché è sempre possibile che l'individuo in questione prenda in considerazione non i propri segni fisici, ma le proprie lamentele ed espressioni in una sorta di esercizio autoriflessivo. Tuttavia, il criterio più efficace per interpretare Kleinman è quello di ritenere che egli stia facendo riferimento a qualcosa che si trova ai limiti della coscienza dell'interessato: segni e sensazioni che non sono costruzioni del paziente, ma parti di una malattia o la malattia stessa; anche se in molti casi essi sono accessibili solo a chi soffre. Ricordiamo tuttavia che un sintomo è, secondo le stesse definizioni mediche, "una evidenza soggettiva di una malattia" o "le espressioni dell'esperienza del malessere", come diceva Good. In altri termini, il sintomo non è altro che l'"evidenza soggettiva"

o "l'espressione" e non l'oggetto patologico messo in rilievo dal paziente. Da questo punto di vista, allorché Kleinman afferma che un individuo "può valutare i sintomi precoci", o sta dicendo che valuta le proprie espressioni, oppure sta relegando i sintomi nella dimensione oggettuale anteriore a qualsiasi evidenza soggettiva, a qualsivoglia riconoscimento. Questa confusione concettuale risulta palese anche quando Kleinman dice, ad esempio, che:

«i pazienti ispano-americani che applicano la categoria di malessere [*illness category*] *susto* a *sintomi* di depressione o di ansia non costruiscono semplicemente questi *sintomi* in maniera diversa da quanto fanno i membri di altri gruppi appartenenti alla società statunitense, ma di fatto costruiscono esperienze di malessere [*illness experiences*] specifiche che assomigliano alle loro aspettative di come si immagina che si sentano e si comportino dei pazienti con questo disturbo specificamente culturale» (KLEINMAN A.M. 1980: 76).

Anche in questo caso non è molto chiaro quale sia per Kleinman il significato del termine sintomo, se la sua condizione di costruito espressivo di un determinato gruppo culturale (quello dei messicani emigrati), oppure la sua dimensione di sensazione e sofferenza anteriore a qualsiasi espressione. In effetti, Kleinman sembra qui confondere il sintomo con la malattia stessa (come tutto o come parte) e queste indeterminatezze, in fondo, non esprimono altro che la stessa sua ambivalenza professionale tra l'antropologia e la psichiatria; così come rivelano le difficoltà di conciliare l'impostazione di entrambe le discipline. Quando egli afferma che un individuo può valutare i propri sintomi, sta pensando in termini psichiatrici e, pertanto, si riferisce a nozioni quali "depressione", "ansia", "sconforto", "sposstatezza", "mal di testa" o "insonnia" come a realtà già esistenti, e non, come fa Good, come ad espressioni cariche di significato. Più avanti, tuttavia, e in modo del tutto inatteso, egli introduce l'idea secondo cui i sintomi possono venir costruiti in una maniera culturalmente specifica, dimodoché il sintomo smette di essere una sensazione cristallizzata in un'etichetta come depressione o ansia, per convertirsi nell'elaborazione semiosica di un emittente. È inoltre giusto riconoscere che il sintomo comprende una problematica di difficile soluzione, quale quella del rapporto tra esperienza ed espressione, ove la prima allude a mondi intrasoggettivi che non si esauriscono nella nozione di sintomo. Indubbiamente esiste una dimensione esperienziale difficile da cogliere e che Kleinman, pur senza enunciarlo esplicitamente, introduce allorché parla dei sintomi come sensazioni del tipo della depressione o dell'ansia. Ma perché mai chiamare queste sensazioni fin dal loro manifestarsi sintomi e non malessere o malattia? In che consisterebbe allora, stando a questa prospettiva, un segno fisico: la macchia sull'epidermide, il processo patologico o la malattia stessa? Non sarebbe più semplice intendere i segni

fisici e i sintomi come ciò che si presenta a un osservatore/interprete, e non come la malattia o il malessere in sé. Tanto più che Kleinman sa benissimo che le sensazioni che accompagnano i sintomi possono solo venir interpretate da un destinatario in base alle loro espressioni, e queste non sono altro che costruzioni semiosiche e culturali.

In testi successivi, come in *The illness narratives*, Kleinman sembra confermare la propria collocazione antropologica. Dice ad esempio che «anche i sintomi possono essere veicoli di significato culturale» (KLEINMAN A.M. 1988: 23), per cui si deduce che il sintomo, costituendo o potendo costituire un veicolo di significato, non è qualcosa di estraneo alla coscienza dell'individuo e, in ragione di ciò, acquisisce la dimensione culturale e linguistica della espressione di sofferenza. A questo punto si produce un salto: il sintomo non è più la sensazione asemiotica che in un secondo momento verrà interpretata dal sofferente, bensì l'espressione stessa di un emittente che, al pari di un ammiccamento o di una frase, è immediatamente semiosica ancor prima della sua interpretazione da parte di un destinatario.

In questa stessa opera, Kleinman dedica un'intera sezione all'analisi del sintomo come significato (*symptom as meaning*), nella quale si produce già una tacita identificazione fra i concetti di "sintomo" e di "espressioni di malessere" o, se si preferisce, fra *symptom*, *illness complaint* e *illness idioms*. In questo caso ciò che entra in gioco non sono segni fisici o sensazioni reificate in categorie psichiatriche, bensì esclusivamente i sintomi di un paziente, informatore o emittente, che pertanto sono soggetti a una grande variabilità espressiva:

«Pensate ai molti modi di lamentarsi per il mal di testa nella società statunitense: 'Mi fa male la testa', 'Mi fa davvero male la testa', 'Mi scoppia la testa', 'Ho l'emigrania', 'È solo un mal di testa da tensione', 'Ho una sensazione di pienezza e di peso alle tempie', 'È come se avessi un anello che mi stringe la fronte', 'Ho la sinusite', 'Mi prude la testa', 'Quando muovo la testa mi sento stordito, come se mi passassero un velo davanti agli occhi', [...]» (KLEINMAN A.M. 1988: 11).

Per Kleinman vi è un'intenzione performativa nel sintomo che si materializza nelle diverse forme retoriche possibili, non solo all'interno di contesti culturali differenziati, ma anche fra i molteplici gruppi sociali e persino fra individui diversi. Il sintomo è, di fatto, un prodotto comunicativo nel quale si mette alla prova la perizia del sofferente nel mobilitare la sua rete sociale o nel negoziare determinati privilegi con il proprio interlocutore. D'altro canto, secondo questa impostazione, il sintomo possiede un carattere più dinamico che statico, in quanto vi è una continua retroazione tra emittente e ricettore/i, in base alla quale il secondo interpreta il primo e questi inter-

preta tanto se stesso quanto il suo destinatario. In questa dinamica, il sintomo subisce delle trasformazioni:

«Ti sento dire che il tuo mal di testa è un'emicrania, o è dovuto a tensione per il troppo 'stress', o che è 'bestiale', 'atroce', 'opprimente', 'lancinante', 'fastidioso', 'doloroso', che 'fa scoppiare', 'acceca', 'deprime', 'uccide', e io interpreto qualcosa di quell'esperienza e come ti senti e come vuoi che io mi senta rispetto a ciò. (Anche tu interpreti il linguaggio con cui ti lamenti e la risposta che io ti do, che influirà sui tuoi sintomi)» (KLEINMAN A.M. 1988: 15).

Pur essendo vero che Kleinman non chiarisce molto bene che cosa sia un sintomo, se una sensazione o la realtà semiosica dell'espressione di sofferenza, da tutte queste citazioni si ricava una concezione del sintomo come costruzione di senso che non lascia più dubbi circa la sua opposizione rispetto ai segni fisici. Tuttavia, chi spera di ritrovare nell'opera di Kleinman, e accanto ad escursioni di questo tipo, una teoria definita e costitutiva (tanto antropologica quanto semiotica) sui sintomi, vedrà frustrate le proprie aspettative. Kleinman disegna una metodologia di lavoro e un approccio che si oppongono alla prospettiva biomedica. I sintomi non sono il suono amorfo degli organi, bensì costruzioni espressive di un emittente che conservano un senso originale e autoctono accanto al loro possibile significato patologico. In realtà, Kleinman non si prefigge di formulare una teoria specifica del sintomo, quanto piuttosto un discorso più generale che includa questo come problematica.

Col tempo, e in maniera analoga a Good, Kleinman ha riflettuto autocriticamente sui limiti della sua impostazione interpretativa. In alcuni recenti articoli ha proposto, assieme a Joan Kleinman, un'analisi fenomenologica in cui l'idea di esperienza e persino di "esperienza intrapersonale" acquisisce una maggior centralità di quella di "significato" (KLEINMAN A.M. - KLEINMAN J. 1991, KLEINMAN A.M. 1995: 95). Anche le idee di sofferenza, resistenza e delegittimazione sono apparse in diversi dei suoi lavori (KLEINMAN A.M. 1992, 1995: 120). Il fatto è che Kleinman qui figura sia come rappresentante che come creatore attivo della corrente teorica dell'antropologia medica che, partendo da una posizione interpretativa, è orientata verso una fenomenologia della sofferenza. Ivi inclusa la trasformazione concettuale che tutto ciò implica, poiché nozioni quali "significato", "narrazioni di malattia", *idioms of distress*, "reti semantiche", ecc., stanno cedendo il passo ad altre quali *embodiment*, esperienza, sofferenza o *mindful body*. Di fatto, negli ultimi anni gli antropologi stanno abbandonando precipitosamente la barca dell'ermeneutica a favore delle promesse fenomenologiche. Così, se di recente Csordas diceva che in antropologia la fenomenologia era ancora la cugina povera della semiotica (CSORDAS T.J. 1994: 11), attualmente la "cugina" sta acquistando un crescente peso intellettuale⁽⁸⁾. Si tratta di una prospettiva

che non dubito abbia molto da dire sulle esperienze di sofferenza, ma che può risultare incompleta e metodologicamente macchinosa se la si svincola totalmente da un orientamento ermeneutico. Come indica Ricoeur, se l'ermeneutica comporta quasi sempre una fenomenologia, intesa in un senso non psicologistico, la fenomenologia presuppone sempre un'ermeneutica (RICOEUR P. 1974: 223). E dicendo questo non intendo soltanto riprodurre alcuni degli argomenti che, come giustamente afferma Csordas, sono stati ricorrenti nel dibattito tra semiotica e fenomenologia, come la questione di cosa possiamo imparare dall'esperienza (malattia, sofferenza) degli altri se non è per le loro espressioni (sintomi, lamentele, gemiti) (CSORDAS T.J. 1994: 11). Desidero piuttosto fare riferimento al potenziale di cui l'ermeneutica dispone per evitare etnocentrismi e fraintendimenti [*misreadings*], visto che mentre cerca il codice per interpretare i sintomi e le espressioni di lamentele non in gerghi tecnici o filosofici, ma nel discorso stesso di chi soffre, diventa un perfetto correttivo per le tentazioni universaliste di alcune fenomenologie, come quelle di Sartre o di Merleau Ponty. E questo ruolo è reso possibile poiché, come segnala Gadamer, l'ermeneutica si situa in questo stare "tra" (*Zwischen*) il sentimento di estraneità (*Fremdheit*) o di alienazione (*Verfremdung*) e quello di appartenenza (*Vertrautheit*) o di confidenza (*Zugehörtheit*) riguardo alla stessa tradizione dell'interprete (GADAMER H.-G. 1977 [1965]: 217). Una posizione che, ancorché non liberi totalmente l'ermeneuta dai suoi pregiudizi, cionondimeno si converte in un *locus* privilegiato per accedere ad altri mondi di significato e di esperienza.

Una politica del sintomo

In un articolo pubblicato nel 1980, Michael Taussig elabora una delle applicazioni più opportune ed eterodosse della teoria marxista al problema della malattia e dei sintomi (TAUSSIG M.T. 1980). Seguendo i lavori di Lukács sul problema della reificazione della coscienza del proletariato (LUKÁCS G. 1969 [1923]: 90), egli discute circa la reificazione di una paziente/informatrice di 49 anni appartenente alla classe operaia, cui era stata diagnosticata una polmiosite (una malattia muscolare). Con un interesse palesemente di portata generale, e pertanto non limitato a questo caso etnografico, Taussig afferma che i segni e i sintomi di una malattia come quella della sua informatrice significano qualcosa più che disfunzioni biologiche. Secondo le sue parole:

«Intendo sostenere che cose come i segni e i sintomi della malattia, al pari della tecnologia della cura, non sono "cose in sé", non sono solo biologiche e fisiche, ma sono altresì segni dei rapporti sociali camuffati da cose natura-

li, che affondano le proprie radici nella reciprocità umana» (TAUSSIG M.T. 1980: 3).

Di fatto, Taussig percepisce i sintomi e i segni come realtà significative che condensano componenti contraddittorie dei rapporti sociali. Giungerà ad affermare che "Le manifestazioni della malattia sono come simboli" che i professionisti della salute diagnosticano con un occhio allenato dalle determinanti sociali della percezione (TAUSSIG M.T. 1980: 5). Tuttavia, la biomedicina e i suoi adepti negano questa evidenza a vantaggio di un orientamento che permette di destoricizzare e desocializzare la malattia, ossia reificarla, allo scopo di riprodurre un determinato ordine sociale: il sistema capitalista.

A sostegno della sua argomentazione, Taussig adotta quella specie di acrobazia intellettuale in base alla quale Lukács affermava che l'idea di oggettività sostenuta dalla cultura capitalista era un'illusione creata dai rapporti capitalistici di produzione, mentre criticava l'assimilazione di questo stesso concetto da parte di alcuni autori marxisti, quali Lenin o Engels (TAUSSIG M.T. 1980: 3). In aggiunta, Taussig sostiene che, negando la componente sociale dei segni e dei sintomi, la biomedicina introduce una reificazione dei rapporti umani che consente ciò che Lukács definiva come una "oggettività fantasma", una mistificazione in virtù della quale si riproduce l'ideologia politica capitalista in nome di una presunta oggettività o, se si preferisce, di una "scienza di fatti reali" (TAUSSIG M.T. 1980: 3).

Il contributo di Taussig è indubbiamente interessante. Tuttavia, vi sono alcuni concetti, come quello di reificazione (per non parlare di quello di sintomo) che non risultano del tutto chiari nel suo testo. Come si è già chiesto Young (YOUNG A. 1982a: 276), Taussig si riferisce a un tipo di reificazione diverso dalle forme di oggettivazione che paiono inevitabili in qualsiasi forma di simbolizzazione, oppure sta pensando in termini più specifici? È infatti evidente che il concetto di reificazione può essere inteso in chiavi assai diverse⁽⁹⁾; e nondimeno Taussig non chiarisce in alcun momento che cosa egli intenda per reificazione, probabilmente perché, come ha indicato uno studioso del marxismo come Arato, neppure Lukács è stato chiaro su questo punto (ARATO A. 1972).

Secondo Taussig, ogni persona ammalata si pone domande del tipo "Perché a me?", "Perché adesso?", che gli provocano incertezza, l'incertezza di un metafisico o di un filosofo (TAUSSIG M.T. 1980: 4). Il problema sta appunto nel fatto che la biomedicina può spiegare il come ma non il perché. Nelle parole dello stesso Taussig:

«[...] essa può indicare concatenazioni di cause ed effetti fisici, ma per quanto riguarda il perché io venga colpito ora anziché in un altro momento, o il

perché tocchi a me anziché a qualcun altro, la scienza medica può solo rispondere con qualche specie di teoria delle probabilità che è del tutto insoddisfacente per la mente alla ricerca di certezza e di significato» (TAUSSIG M.T. 1980: 4).

A differenza di altri sistemi medici, come quello azande, che fondono il come e il perché, la biomedicina li distingue nettamente, separando i fatti (il come) dai valori (il perché) e quindi la malattia e i sintomi dal nesso sociale che dà loro vita. In tal modo, i sintomi vengono considerati come cose in se stesse, situate ai margini della storia e della società. Se la malattia presuppone sempre una sfida alla compiacente accettazione quotidiana delle strutture di significato convenzionali (il perché), la biomedicina offusca questa coscienza critica mediante una epistemologia di fatti reali (il come), che in cambio offre il prezzo per nulla spregevole di un mondo stabile. In questo senso la pratica clinica acquisisce un indubbio ruolo nei confronti del controllo politico e sociale, in quanto baratta l'obbedienza in cambio della sicurezza, la certezza in cambio della sottomissione di pazienti e medici alle strutture di significato convenzionali (TAUSSIG M.T. 1980: 13).

Nell'ambito di questa argomentazione critica, non sorprenderà che Taussig consideri alcune proposte – come il pionieristico progetto di Kleinman, Good e Eisenberg (KLEINMAN A.M. - EISENBERG L. - GOOD B.J. 1978) di umanizzare l'assistenza medica partendo dalla conoscenza del punto di vista nativo – quasi come delle eresie, giacché a suo parere qualsiasi applicazione della conoscenza antropologica, come l'interpretazione culturale dei sintomi per migliorare la comunicazione clinica, può solo comportare una maggior manipolazione del paziente. Secondo lo stesso Taussig:

«A questo riguardo, è uno scandalo, oltre che un autoinganno, far ricorso all'Antropologia per suffragare il potere di concetti quali il 'modello del paziente' e la differenza tra il 'come' e il 'perché' della malattia [*disease*] e del malessere [*illness*]. Infatti, l'antropologia medica delle cosiddette società 'primitive' mostra anch'essa che la medicina è soprattutto uno strumento di controllo sociale» (TAUSSIG M.T. 1980: 13).

Com'era facile supporre da questo tono duro e caustico, le critiche agli argomenti di Taussig non si son fatte attendere. Solo un anno dopo, in un articolo intitolato *Clinical social science*, Eisenberg e Kleinman hanno sostenuto che Taussig ha perso il contatto con le situazioni reali per via di un'eccessiva astrazione e che:

«Nella sua ossessione circa i rapporti di potere, ignora completamente il fatto fondamentale che il paziente va dal dottore alla ricerca di sollievo dalla sofferenza, un sollievo che può essere ottenuto soltanto se sono disponibili misure mediche efficaci e se il paziente è d'accordo nell'applicarle» (EISENBERG L. - KLEINMAN A. 1981: 18).

Tanto l'opinione di Taussig quanto quella di Eisenberg e Kleinman meritano di esser criticate per il loro eccessivo semplicismo. Per un verso, la risposta di Eisenberg e Kleinman non sembra prendere in considerazione lo speciale ruolo del rapporto terapeutico nella riproduzione e nel mascheramento delle forme convenzionali di oppressione. Per un altro verso è indubbio che Taussig si trincerava in un atteggiamento eccessivamente rigido, capace di produrre situazioni abbastanza paradossali, come quelle che ironicamente ha immaginato Johnson circa il medico che dice ai suoi pazienti: "Non posso curarla perché riprodurrei le diseguaglianze sociali!", oppure quella del paziente che argomenta: "Dottore, dimentichi il mio dolore... Parliamo dell'impatto sociopolitico della mia malattia" (JOHNSON T.M. 1995: 109-110). Una valutazione, quella di Johnson, che benché non invalidi le proposte di Taussig, perlomeno permette di sfumarle, in quanto dire che la biomedicina destorifica e reifica le espressioni della malattia o che essa è una forma sofisticata di controllo sociale e politico non implica necessariamente rinnegare qualsiasi prassi. Di ciò erano già consapevoli alcuni autori della medicina sociale tedesca del XIX secolo, come Virchow, il quale nella sua famosa relazione politico-etnografica del 1847 su di un'epidemia di tifo che affliggeva la popolazione dell'Alta Slesia propose nientemeno che la terapia seguente: "riforma sociale radicale", "democrazia piena e illimitata", "educazione", "libertà" e "benessere" (ROSEN G. 1984 [1947]: 212). In altre parole, Virchow fu cosciente dei rapporti sociali che producevano il tifo, ma ciò non gli impedì di proporre una determinata e specifica terapeutica. Lo stesso possiamo dire per alcune tradizioni antropologiche legate all'intervento e alla partecipazione, come quelle latinoamericana e italiana. Ciononostante, queste possibilità Taussig non pare prenderle neppure in considerazione.

Il lavoro di Taussig non è tuttavia l'unico apporto critico riguardo a quell'oggetto trasversale che sono i sintomi. Esistono altri testi che offrono argomenti e riflessioni interessanti circa il problema di cui qui ci occupiamo. Ad esempio, l'imponente etnografia di Nancy Scheper-Hughes: *Death without weeping* (SCHEPER-HUGHES N. 1992), riserva un intero capitolo, il quinto, a mettere in evidenza i processi di occultamento e di medicalizzazione della fame nelle *favelas* del Nord-Est del Brasile. In questo caso l'etnografia assume un chiaro ruolo di coscienza critica delle mistificazioni della biomedicina.

Con notevole qualità e abilità letteraria, Scheper-Hughes suggerisce l'esistenza di una evidente giustapposizione, nell'universo *emic* dei suoi informatori, tra *fome* (fame) e *nervos* (nervosismo) (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 167). Così a un certo punto dice:

«Se il cibo e il sesso sono linguaggi per mezzo dei quali le persone dell'Alto riflettono la propria condizione sociale di *pobres*, i nervi e il nervosismo forniscono un linguaggio con cui essi riflettono sulla propria fame e sulla propria angoscia per la fame» (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 169).

Nondimeno, questa associazione viene quotidianamente negata da parte dei rappresentanti dello stato, dai professionisti della biomedicina e dagli intellettuali, i quali, sull'altare della riproduzione della cultura e del senso comune egemonici, ritrasformano la fame in una malattia biomedica. Concretamente, l'antropologa di Berkeley dice:

«I *nervos* sono un ricco schema concettuale per descrivere i rapporti tra la mente, il corpo e il corpo sociale, che viene fatto proprio dalla medicina e trasformato in qualcos'altro: un'infermità [*disease*] biomedica che aliena la mente dal corpo e che nasconde i rapporti sociali della malattia» (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 169).

Pare evidente che l'Autrice si sia qui ispirata a Taussig, oltre che a determinate teorie marxiste che emergono lungo il testo, come quella di Gramsci. Tanto più che è questa posizione tra prospettiva critica e prospettiva interpretativa, caratteristica di orientamenti come quello di Gramsci, a permettere di sviluppare una lettura di quel sintomo e al contempo categoria folk che sono i *nervos*.

Scheper-Hughes chiede ai propri informatori "Che sintomi hai?", "C'è qualche cura per i *nervos*?", "I *nervos* e la *fome* sono la stessa cosa?", "Perché stai curandoti per i nervi e non curi la fame?", "Cos'è peggio: la fame o i nervi?". Ma cosa trova? Che i *nervos* sono un'espressione polisemica che condensa significati svariati come stanchezza, debolezza, tremiti, irritabilità, mal di testa, arrabbiature e risentimenti, infezioni da parassiti e, non scordiamolo, fame. In realtà, l'Autrice non crede che i *nervos* si possano ridurre completamente alla fame, ma ritiene che questa costituisca uno dei loro significati essenziali. Eppure, curiosamente questa associazione viene negata dagli informatori, i quali le dicono che *nervos* è una cosa e *fome* un'altra (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 177); e tuttavia l'ostinata etnografa non pare arrestarsi dinanzi a questa negazione.

In un punto della sua descrizione, Scheper-Hughes riferisce la sua intervista con seu Tomás, un informatore affetto da *nervos* che sostiene di avere "debolezza ai polmoni", "stanchezza", "freddo alla testa", "mal di stomaco" e "paralisi alle gambe". In conseguenza della sua malattia, da due anni non lavora più nei campi e prende varie medicine (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 183). Di fronte alle scomode domande dell'etnografa, del tipo perché non si cura la fame anziché i nervi, l'informatore pare negare l'associazione tra *fome* e *nervos*. Tuttavia, Scheper-Hughes ha la certezza che i *nervos* sono anche espressione della fame, ed anzi si avventura nel palpare incredula le magre gambe

del suo informatore per dedurre che la loro "paralisi" è in parte fisica e in parte metaforica o simbolica. Una metafora in cui Scheper-Hughes a sua volta rinviene due significati contraddittori. Da un lato, la paralisi del suo informatore esprime "la sconfitta, il crollo, la resa, l'abbandono", così come riflette anche la sua posizione in un'economia semifeudale in cui i nervi di chi raccoglie la canna da zucchero sono la metafora e la metonimia della posizione di debolezza del lavoratore rurale all'interno dell'ordine economico (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 186). Scheper-Hughes giunge ad affermare che nel caso di seu Tomás «il linguaggio del corpo è il linguaggio della sconfitta» (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 183). Per un altro verso, tuttavia, l'antropologa trova che la paralisi e i *nervos* paiono andar oltre la resa e la sconfitta, per rappresentare una drammatizzazione in chiave di beffa e di resistenza (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 186). Sarebbero cioè un'azione nella quale rifiutarsi di stare in piedi è anche un atto di resistenza politica, come quando un'altra delle sue informatrici – la Negra Elena, alla quale gli squadroni della morte hanno assassinato il marito e il figlio maggiore – si siede fuori della sua capanna presso la cima del Cruzeiro vestita di bianco e si agita, trema e leva i pugni chiusi in un parossismo di nervi e di furia (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 187). Due situazioni che, fra le molte altre, consentono a Scheper-Hughes di «recuperare e politicizzare gli usi del corpo e il linguaggio segreto degli organi» (SCHEPER-HUGHES N. 1992: 185). Un proposito indubbiamente lodevole, ma che resta comunque oscurato da un eccesso interpretativo, o se si preferisce di *intentio lectoris*, nella valutazione dei sintomi dei suoi informatori. Sintomi i cui significati, come nel caso di seu Tomás, risultano annullati dinanzi alla logica scettica e inalterabile dell'etnografa. Vi sono davvero resa e disfatta nelle gambe paralizzate di seu Tomás, o semplicemente un universo morale di vincitori e vinti, di uomini e topi, di uomini fatti da sé e di "volere è potere", che appartiene assai più al mondo dell'etnografa che non a quello dell'informatore? Sappiamo ciò che conta: che vi è fame, una fame intollerabile che macchia le nostre coscienze. E tuttavia, nella mia qualità di lettore ho dei dubbi al momento di optare fra la sconfitta e i pregiudizi dell'etnografa. Il che non cancella il notevole fascino di questa etnografia umana e triste, ma ci permette piuttosto di sottolineare, come vedremo fra breve, che la politica e l'ermeneutica si offrono qui una mutua collaborazione.

Per un'ermeneutica critica

Da quanto s'è detto finora si deduce che esistono due sguardi antropologici sui sintomi. Il primo è quello che affronta l'analisi di quest'oggetto incor-

porando la sua natura di fatto linguistico dipendente da un universo di significato e di esperienza locali. Il secondo sottolinea la dimensione sociale ed economico-politica che può soggiacere a un'espressione di sofferenza, così come il valore strategico che si cela dietro la reificazione biomedica dei sintomi e delle diverse manifestazioni della sofferenza. Ciononostante, i concetti chiave di questi orientamenti, che non sono altro che quelli di "significato" e "potere", più che contrapporsi paiono integrarsi. Né Taussig né Scheper-Hughes dubitano della condizione linguistica del sintomo, anche se obiettano che vi è un "qualcosa in più" che sta alla base di questo linguaggio, come i rapporti sociali all'interno dei quali esso si produce. D'altro canto, dobbiamo ricordare che lo stesso Good riconosce che, mentre le forme simboliche condensano reti con diversi significati, il processo di sintesi o condensazione non è esclusivamente linguistico, ma anche sociale e politico. Il sintomo mostra qui la sua estrema complessità, in quanto non è solo una costruzione simbolica che allude a una dimensione biologica (reni, cuore, testa, nervi, ecc.) mentre trasmette significati culturali ulteriori, ma il suo stesso processo di formazione è altresì politico ed economico. Allorché un Nahua, o un indigeno tzeltal o tzotzil si lamenta di avere mal di cuore, non sta alludendo solo a un significato locale particolare, come sarebbe quello di intendere il cuore come un organo interno necessario alla digestione degli alimenti, ma la sua lamentela è il probabile risultato di mali che hanno cause sociali e politiche, come la fame, la miseria e la dissenteria. Un sintomo pertanto condensa diversi tipi di realtà che si attivano nel momento in cui esso viene espresso. Una delle condizioni del sintomo è anzi proprio quella di unificare natura e cultura (intendendo quest'ultima nella sua accezione più generale) attraverso il ponte di un linguaggio "emotivo", del tipo di quello che si coglie in un lamento come "Oh Dio mio!", che in tre sole parole fonde linguaggio, emozioni, incertezze e istanze religiose.

Ma se un sintomo supera l'ambito ristretto del linguaggio per coinvolgere tutto un mondo, la chiave di accesso a quel mondo è irrimediabilmente linguistica. Ed è proprio per questo che l'ermeneutica diventa un metodo indispensabile per un'antropologia dei sintomi. Ragion per cui è criticabile l'eccesso di interpretazione che caratterizza certe etnografie come quella di Scheper-Hughes, in quanto tale eccesso sfida i principi di comprensione del punto di vista nativo e dell'anti-etnocentrismo che hanno improntato la pratica antropologica almeno fin dai tempi di Boas e Malinowski. Tanto più che, stranamente, quest'eccesso di *intentio lectoris* entra in contraddizione anche con l'abbozzo redatto da questa stessa Autrice, assieme a Margaret Lock, di un paradigma critico-interpretativo in antropologia medica (LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 1990). Una posizione, quest'ultima, che dovrebbe esser caratterizzata dall'equidistanza fra un'ermeneutica pragmatica che eviti

ogni richiamo alle forme di potere e di dominio e una politica che annulli i significati dei malati a vantaggio di una realtà più "fondamentale". In altre parole, una vera critica interpretativa (che non è altro che un'ermeneutica critica) dei sintomi e della sofferenza non può lasciar da parte né la sua condizione di apertura verso altri mondi locali di significato, né i diversi fattori che agiscono nei processi di sintesi e di condensazione dei significati, fra i quali andrebbero sottolineate le diseguaglianze sociali e le forme di oppressione politica. In fin dei conti, la capacità di render conto dei rapporti di potere soggiacenti ad ogni forma di linguaggio non deve presupporre l'annullamento del significato delle espressioni e delle narrazioni dei malati. Nell'ambito di un'antropologia dei sintomi e della sofferenza, la politica deve trasformarsi in teoria critica, nonché autocritica, e la teoria critica deve a sua volta utilizzare l'ermeneutica per includere, senza riserve, quella voce del malato, tanto spesso negata, la cui omissione può solo produrre una nuova e più sottile forma di dominio. Ed è qui che la politica e l'ermeneutica si conferiscono reciprocamente significato: la prima mediante l'apporto della seducente capacità provocatoria e l'umanità della coscienza critica che le sono proprie; la seconda adottando invece un tono freddo e relativista, se si vuole un po' anodino, che tra l'altro mitiga il nostro protagonismo di interpreti. L'ermeneutica ci offre dunque un contributo umile, ma che l'antropologia non deve mai perder di vista: la comprensione senza fraintendimenti di altri universi di sofferenza e di esperienza.

Note

(1) La redazione di questo articolo è stata possibile grazie a una borsa di post-dottorato della Comissió interdepartamental per la recerca i la tècnica (CIRIT) della Generalitat de Catalunya, bando del 1996 ("Diari Oficial Generalitat Catalunya", n. 2198 del 24 aprile 1996).

(2) In medicina e in psichiatria il termine sintomo viene anche usato in senso ampio, includendovi sia i segni (sintomi oggettivi) sia i sintomi (sintomi soggettivi). Per questa ragione alcuni dizionari definiscono il sintomo in modo estensivo: «Manifestazione di un'alterazione organica o funzionale avvertibile dal medico o dal paziente» (*Diccionario terminológico de ciencias médicas* 1985).

(3) Ciò non impedisce che nella semiotica classica i sintomi siano stati considerati come segni fisici e, pertanto, collocati dal lato degli indici, delle tracce e dei segnali naturali. È questo il caso di Peirce (PEIRCE C.S. 1966: II, paragrafo 335), di Barthes (BARTHES R. 1985: 275) e, in misura minore, di Eco (ECO U. 1989 [1968]: 16), il quale riconosce almeno che i sintomi possono venir denunciati verbalmente o cinesicamente in forma diversa a seconda del contesto culturale. Al contrario, nella nuova semiotica medica troviamo un trattamento del sintomo che implica la sua opposizione rispetto al segno fisico. Si vedano al riguardo i lavori di Kahn (KAHN J.Y. 1978), Staiano (STAIANO K.V. 1982), Uexküll (UEXKÜLL T. von 1982), Hokansalo (HOKANSALO M.-L. 1991) e Johnson (JOHNSON M.K. 1994).

(4) Si vedano, a questo riguardo, le numerose opere di Ernesto de Martino, autore che realizzò una straordinaria sintesi fra le teorie di Gramsci e la prospettiva antropologica. Ma si vedano anche i lavo-

ri più recenti di Tullio Seppilli in Italia (SEPPILLI T. 1996a, 1996b, cur. 1983, cur. 1989) e di Eduardo Menéndez in Messico (MENÉNDEZ E.L. 1981, 1990).

(5) [Nel rendere in italiano i concetti di *disease*, *illness* e *sickness*, ci si è attenuti alla soluzione proposta da Signorini (Italo Signorini, *Sparvento e sindromi culture-bound. Sindrome?*, "L'Uomo", nuova serie, vol. I, n. 1-2, 1988, pp. 25-49, cfr. pp. 44-45), che adotta per il primo concetto i termini di "infermità" o "malattia", per il secondo quello di "malessere" (corrispondente alla soluzione spagnola seguita da Martínez Hernández) e per il terzo quello di "stato di malattia" (n.d.t.)].

(6) Benché ne *Le totemisme aujourd'hui* e ne *La pensée sauvage* Lévi-Strauss abbia associato abilmente le categorie piano sintagmatico/discorso/evento da un lato e piano paradigmatico/lingua/struttura dall'altro, penso che si tratti di una relazione concettuale più che discutibile, in quanto ciò comporta l'affermazione che l'ordine di contiguità e combinazione (piano sintagmatico) del linguaggio non è anteriore all'atto del parlare, bensì che si costituisce nello stesso "parlage" (atto discorsivo). Tuttavia, la possibilità di articolazione del linguaggio in catene significanti e significative (l'ordine sintagmatico) è altrettanto anteriore all'avvenimento quanto il piano paradigmatico. Potremmo persino dire che esso è il tempo della struttura in potenza, allo stesso modo come l'ordine paradigmatico è lo spazio ancora "incorporato" e silenzioso del linguaggio.

(7) Un giorno si dovrebbe studiare l'universalismo senza incrinature del genio di Lévi-Strauss alla luce del giacobinismo francese. L'intenzione dell'etnologo francese di ridurre la diversità culturale a invarianti logiche universali ricorda l'ideale secondo cui tutti i bambini francesi avrebbero dovuto ricevere alla stessa ora la medesima lezione in tutti i borghi, paesi e città della Francia.

(8) Basta solo dare un'occhiata alla letteratura internazionale per cogliere la portata dell'*embodiment paradigm*. Si vedano, fra molti altri, Csordas (CSORDAS T.J. 1990, 1993, 1994), Schepher-Hughes e Lock (SHEPHER-HUGHES N. - LOCK M. 1987) e Desjarlais (DESJARLAIS R. 1992).

(9) Si veda ad esempio il modo in cui Gilles Bibeau utilizza questo termine per riferirsi all'oggettivazione e alla decontestualizzazione culturale che alcuni antropologi medici di taglio interpretativo realizzano nelle narrazioni di malattia (*illness narratives*) (BIBEAU G. 1997: 31).

[traduzione dallo spagnolo di Alessandro Lupo]

Riferimenti bibliografici

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995 [1995]), *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, traduz. dall'inglese, Masson, Barcelona [ediz. orig.: *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. International version with ICD-10 codes*, APA, Washington D.C., 1995].
- ARATO A. (1972), *Lukács' theory of reification*, "Telos", 11, 1972, pp. 42-43.
- BARTHES Roland (1985), *L'aventure sémiologique*, Éditions du Seuil, Paris.
- BIBEAU Gilles (1997), *Cultural psychiatry in a globalizing world: questions for a new research agenda*, "Transcultural Psychiatry", 34, 1, 1997, pp. 9-41.
- BREUER Josef - FREUD Sigmund (1985 [1895]), *Estudios sobre la histeria*, in *Obras completas de Freud*, vol. II, Amorrortu Editores, Buenos Aires [ediz. orig.: *Studien über Hysterie*, Deuticke, Leipzig - Wien, 1895].
- CANGUILHEM George (1971 [1966]), *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, Buenos Aires [ediz. orig.: *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1966].
- CORIN Ellen E. (1990), *Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 14, 2, 1990, pp. 153-188.
- CSORDAS Thomas J. (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", 18, 1990, pp. 5-47.
- CSORDAS Thomas J. (1993), *Somatic modes of attention*, "Cultural Anthropology", 8, 2, 1993, pp. 135-156.

- CSORDAS Thomas J. (1994), *Introduction: the body as representation and being-in-the-world*, pp. 1-24, in CSORDAS Thomas J. (curatore), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, New York.
- DESJARLAIS Robert (1992), *Body and emotion: the aesthetics of illness and healing in the Nepal Himalayas*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas*, Salvat Editores, Barcelona, 1985.
- ECO Umberto (1989 [1968]), *La estructura ausente. Introducción a la semiótica*, Lumen, Barcelona [ediz. orig.: *La struttura assente. Introduzione alla ricerca semiologica*, Bompiani, Milano, 1968].
- EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (1981), *Clinical social science*, pp. 1-23, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel, Dordrecht.
- FOUCAULT Michel (1972 [1963]), *Naissance de la clinique*, Presses Universitaires de France, Paris [I ediz.: 1963].
- FREUD Sigmund (1988), *Escritos sobre la histeria*, Alianza Editorial, Madrid.
- GADAMER Hans-Georg (1977 [1965]), *Verdad y método*, Sígueme, Salamanca [ediz. orig.: *Wahrheit und Methode*, Mohr, Tübingen, 1965].
- GEERTZ C. (1983), *Local knowledge. Further essays in interpretive anthropology*, Basic Books, New York.
- GOOD Byron J. (1977), *The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 1, 1, 1977, pp. 25-58.
- GOOD Byron J. (1994), *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Lewis Henry Morgan lectures*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GOOD Byron J. - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG Leon - KLEINMAN Arthur (curatori), *The relevance of social science for medicine*, Reidel, Dordrecht.
- GORDON Deborah R. (1988), *Tenacious assumptions in Western medicine*, pp. 19-56, in LOCK Margaret - GORDON Deborah R. (curatori), *Biomedicine examined*, Kluwer, Dordrecht.
- HAHN Robert A. - KLEINMAN Arthur M. (1983), *Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions*, "Annual Review of Anthropology", vol. 12, 1983, pp. 305-333.
- HOKANSALO Marja-Liisa (1991), *Medical symptoms: a challenge for semiotic research*, "Semiotica", 87, 3-4, 1991, pp. 251-268.
- JACKSON Santley W. (1992), *The listening healer in the history of psychological healing*, "American Journal of Psychiatry", 149, 12, 1992, pp. 1623-1632.
- JAKOBSON Roman (1981 [1980]), *Lingüística, poética y tiempo*, Crítica, Barcelona [ediz. orig.: *Dialogues*, Flammarion, Paris, 1980].
- JOHNSON M.K. (1994), *Symptom, sign, and wound: medical semiotics and photographic representation of Hiroshima*, "Semiotica", 98, 1-2, 1994, pp. 89-107.
- JOHNSON T.M. (1995), *Critical praxis beyond the ivory tower: a critical commentary*, "Medical Anthropology Quarterly", 9, 1, 1995, pp. 107-110.
- KAHN Joan Y. (1978), *A diagnostic semiotic*, "Semiotica", 22, 1-2, 1978, pp. 75-106.
- KIRMAYER Laurence (1988), *Mind and body as metaphors: hidden values in biomedicine*, pp. 57-93, in LOCK Margaret - GORDON Deborah R. (curatori), *Biomedicine examined*, Kluwer, Dordrecht.
- KIRMAYER Laurence (1992), *The body's insistence on meaning: metaphor as presentation and representation in illness experience*, "Medical Anthropology Quarterly", 6, 4, 1992, pp. 323-346.
- KLEINMAN Arthur M. (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur M. (1982), *Newcasthenia and depression: a study of somatization and culture in China*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 6, 2, 1982, pp. 117-190.
- KLEINMAN Arthur M. (1986), *Social origins of distress and disease. Depression, newcasthenia and pain in modern China*, Yale University Press, New Haven.

- KLEINMAN Arthur M. (1988), *The illness narratives. Suffering healing and the human condition*, Basic Books, New York.
- KLEINMAN Arthur M. (1992), *Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds*, pp. 169-197, in DELVECCHIO GOOD Mary-Jo - BRODWIN Paul E. - GOOD BYRON - KLEINMAN Arthur (curatori), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur M. (1995) *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*, Berkeley, University of California Press.
- KLEINMAN Arthur M. - EISENBERG L. - GOOD BYRON J. (1978), *Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*, "Annals of Internal Medicine", 88, 1978, pp. 251-258.
- KLEINMAN Arthur M. - GOOD BYRON J. (curatori) (1985), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur M. - KLEINMAN Joan (1991), *Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 15, 3, 1991, pp. 275-301.
- KLIGER R. (1994), *Somatization: social control and illness production in a religious cult*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 18, 2, 1994, pp. 215-245.
- LACAN Jacques (1985 [1981]), *El seminario de Jacques Lacan (1955-1956). Libro 3. Las psicosis*, Paidós, Barcelona [ediz. orig.: *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre III. Les Psychoses (1955-1956)*, Éditions du Seuil, Paris, 1981].
- LEACH Edmund (1989 [1976]), *Cultura y comunicación. La lógica de conexión de los símbolos*, Siglo XXI, Madrid [ediz. orig.: *Culture and communication: the logic by which symbols are connected*, Cambridge University Press, Cambridge, 1976].
- LEFF Julian (1988), *Psychiatry around the globe. A transcultural view*, Gaskell - The Royal College of Psychiatrists, Plymouth.
- LÉVI-STRAUSS Claude (1964), *Mythologiques I. Le cru et le cuit*, Librairie Plon, Paris.
- LÉVI-STRAUSS Claude (1965 [1962]), *El totemismo en la actualidad*, Fondo de Cultura Económica, México [ediz. orig.: *Le totémisme aujourd'hui*, Presses Universitaires de France, Paris, 1962].
- LÉVI-STRAUSS Claude (1966), *Mythologiques II. Du miel aux cendres*, Librairie Plon, Paris.
- LÉVI-STRAUSS Claude (1970 [1962]), *El pensamiento salvaje*, Fondo de Cultura Económica, México [ediz. orig.: *La pensée sauvage*, Plon, Paris, 1962].
- LOCK Margaret (1991), *Nerves and nostalgia. Greek-Canadian immigrants and medical care in Québec*, pp. 87-103, in PFLIEDERER Beatrix - BIBEAU Gilles (curatori), *Anthropologies of medicine. A Colloquium on West European and North American perspectives*, Vieweg, Braunschweig ("Curare", special volume, 7, 1991).
- LOCK Margaret - SCHEPER-HUGHES Nancy (1990), *A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*, pp. 47-72, in JOHNSON T.M. - SARGENT C.F. (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, New York.
- LUKÁCS György (1969 [1923]), *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*, Grijalbo, México [ediz. orig.: *Geschichte und Klassenbewusstsein. Studien über marxistische Dialektik*, Malik Verlag, Berlin, 1923].
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Angel (1996), *Síntomas y pequeños mundos. Una etnografía de los nervios*, "Antropología. Revista de pensamiento antropológico y estudios etnográficos", 12, 1996, pp. 53-74.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Angel (1996), *Síntomas, epistemes i antropòmes furtius*, "Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia", n. 8-9, 1996, pp. 45-70.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Angel (in corso di stampa), *What's behind the symptom? About psychiatric observation and anthropological understanding*, Gordon and Breach, Amsterdam.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatan*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1990), *Morir de alcohol*, Alianza Editorial Mexicana, México.
- MISHLER Elliot G. (1981), *Viewpoint: critical perspectives on the biomedical model*, pp. 1-23, in MISHLER Elliot G. (curatore), *Social contexts of health, illness and patient care*, Cambridge University Press, Cambridge.

- PANDOLFI Mariella (1990), *Boundaries inside the body: women's sufferings in Southern peasant Italy*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 14, 2, 1990, pp. 255-273.
- PARSONS Anne (1961), *A schizophrenic episode in a Neapolitan slum*, "Psychiatry", 24, 2, 1961, pp. 109-121.
- PARSONS Claire D. (1984), *Idioms of distress: kinship and sickness among the people of the Kingdom of Tonga*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 8, 1, 1984, pp. 71-93.
- PARSONS Claire D. - WAKELEY Pat (1991), *Idioms of distress: somatic responses to distress in everyday life*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 15, 1, 1991, pp. 111-132.
- PEIRCE Charles S. (1966), *Collected papers [of Charles Sanders Peirce]*, vol. II, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge.
- RHODES L.A. (1990), *Studying biomedicine as a cultural system*, pp. 159-173, in JOHNSON T.M. - SARGENT C.F. (curatori), *Medical anthropology. Contemporary theory and method*, Praeger, New York.
- RICOEUR Paul (1969), *Le conflit des interprétations: essais d'herméneutique*, Éditions du Seuil, Paris.
- RICOEUR Paul (1974), *Phénoménologie et herméneutique*, "Man and World", 7, 1974, pp. 211-230.
- ROSEN G. (1984 [1947]), *Análisis histórico del concepto de medicina social*, pp. 211-272, in LESKY E. (curatore), *Medicina social*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid [ediz. orig. del saggio: *What is a social medicine. A genetic analysis of the concept*, "Bulletin of the History of Medicine", 21, 1947, pp. 674-733].
- SCHEPER-HUGHES Nancy (1992), *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.
- SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", 1, 6, 1987, pp. 41-83.
- SEPPILLI Tullio (1996a), *Presentazione*, pp. XI-XXXIII, in COZZI Donatella - NIGRIS Daniele, *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, ORISS Sviluppo e Salute, Casciana Alta (provincia di Pisa) - Colibri, Paderno Dugnano (provincia di Milano).
- SEPPILLI Tullio (1996b), *Antropologia Medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22.
- SEPPILLI Tullio (curatore) (1983), *La medicina popolare in Italia*, "La Ricerca Folklorica", 8, 1983, pp. 3-136.
- SEPPILLI Tullio (curatore) (1989), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano.
- STAIANO Kathryn V. (1982), *Medical semiotics: redefining and ancient craft*, "Semiotica", 38, 3-4, 1982, pp. 319-346.
- STEIN H.F. (1990), *In what systems do alcohol/chemical addictions make sense? Clinical ideologies and practices as cultural metaphors*, "Social Science & Medicine", 30, 9, 1990, pp. 987-1000.
- TAUSSIG Michael T. (1980), *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science & Medicine", 14B, 1980, pp. 3-13.
- TURNER Victor (1980 [1967]), *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, Madrid [ediz. orig.: *The forest of symbols. Aspects of Ndembu ritual*, Cornell University Press, Ithaca - London, 1967].
- TURNER Victor (1985), *On the edge of the bush. Anthropology as experience*, The University of Arizona Press, Tucson.
- TURNER Victor (1988 [1969]), *El proceso ritual*, Taurus, Madrid [ediz. orig.: *The ritual process. Structure and anti-structure*, Aldine Publishing, New York, 1969].
- UEXKÜLL Thure von (1982), *Semiotics and medicine*, "Semiotica", 38, 3-4, 1982, pp. 205-215.
- YOUNG Allan (1980), *The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge*, "Social Science & Medicine", 14B, 1980, pp. 133-146.
- YOUNG Allan (1982a), *The anthropology of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", 11, 1982, pp. 257-285.
- YOUNG Allan (1982b), *Rational men and the explanatory model approach*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", 6, 1, 1982, pp. 57-71.

YOUNG Allan (1993), *A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (Posttraumatic stress disorder)*, pp. 108-128, in LINDENBAUM Shirley - LOCK Margaret (curatori), *Knowledge, power and practice*, University of California Press, Berkeley.

YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.

ZOLA Irving K. (1975), *Culture and symptoms: an analysis of patients presenting complaints*, pp. 23-48, in COX Caroline - MEAD Adrienne (curatori), *A sociology of medical practice*, Collier-MacMillan, London.

Scheda sull'Autore

Angel Martínez Hernández è nato a Parigi l'11 novembre 1964. Ha conseguito il master in *Psiquiatria social* (1992) e il dottorato in *Antropología social* (1994) presso la Universitat de Barcelona. Ha altresì effettuato studi di psicanalisi con la Sección clínica de Barcelona (Département de psychanalyse de l'Université de Paris VIII e Institut du champ freudien). Attualmente è *profesor asociado* presso il Departament d'antropologia social i historia d'Amèrica i Àfrica de la Universitat de Barcelona e presso il Departament d'antropologia social i filosofia de la Universitat "Rovira i Virgili" (Tarragona).

Le direttrici delle sue ricerche sono l'antropologia medica – e più in particolare l'antropologia psichiatrica –, l'antropologia psicologica, la storia dell'antropologia e l'analisi con tecniche quantitative degli ambiti culturali e delle reti sociali.

È autore di *Algunas aplicaciones de la Clinically Applied Anthropology a la asistencia psiquiátrica*, "Revista de Psiquiatria", 20, 1, 1993, pp. 34-42 / *Veinte años de antropología de la medicina en España*, pp. 13-33, in Oriol Romaní - Josep Maria Comelles (curatori), *Antropología de la salud y de la medicina*, FAAEE, Tenerife, 1993 / (in collaborazione con Josep Maria Comelles), *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Eudema, Madrid, 1993 / (in collaborazione con Josep Maria Comelles), *La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?*, "Revista de Dialectología y Tradiciones Populares", XLIX, 2, 1994, pp. 109-136 / (in collaborazione con Josep Maria Comelles), *The dilemmas of chronicity: the health policies in Spain from the Authoritary State to the development of the Welfare State*, "International Journal of Social Psychiatry", 40, 4, 1994, pp. 283-295 / *Síntomas y pequeños mundos. Una etnografía de los nervios*, "Antropología. Revista de pensamiento antropológico y estudios etnográficos", 12, 1996, pp. 53-74 / *Síntomas, epistemes i antropòlegs furtius*, "Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia", n. 8-9, 1996, pp. 45-70 / *Antropología, biomedicina y relativismo*, pp. 133-142, in Aurora González Echevarría (curatore), *Epistemología y método*, Asociación Aragonesa de Antropología, Zaragoza, 1996 / *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*, Gordon and Breach, Amsterdam (in corso di stampa). È curatore di *Els mètodes de l'etnologia de Franz Boas*, Icaria, Barcelona, 1996 e, in

collaborazione con Joan Prat, di *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudi Esteve Fabregat*, Ariel, Barcelona, 1996.

Riassunto

L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica

Una delle strategie dell'antropologia medica contemporanea consiste nell'analizzare i sintomi come realtà simboliche che condensano sia "mondi locali di sofferenza" sia contraddizioni politico-economiche. Malgrado il sintomo abbia costituito nella riflessione teorica antropologico-medica un autentico oggetto trasversale, in poche occasioni ci si è domandati in modo esplicito che cosa esso sia propriamente e quali siano i modelli teorici più idonei per renderne conto. Si cerca qui di fornire una risposta a queste due questioni, partendo dall'esame della letteratura esistente sull'argomento.

Résumé

L'anthropologie du symptôme. Entre herméneutique et théorie critique

Une des stratégies de l'anthropologie médicale contemporaine consiste à tenter d'analyser les symptômes comme des réalités symboliques qui condensent aussi bien des "dimensions locales de la souffrance" que des contradictions politico-économiques. Malgré le symptôme a constitué un authentique objet transversal de la réflexion théorique en anthropologie médicale, ce n'est qu'en de très rares occasions que l'on a tenté de définir ce que le symptôme représente exactement et quels peuvent être les modèles théoriques les plus indiqués pour en aborder l'analyse. L'article cherche donc à apporter des réponses à ces deux questions à partir de l'analyse de la littérature existante.

Resumen

La antropología del síntoma. Entre la hermenéutica y la teoría crítica

Una de las estrategias de la antropología médica contemporánea consiste en analizar los síntomas como realidades simbólicas que condensan tanto "mundos locales de aflicción" como contradicciones político-económicas. No obstante el síntoma haya constituido un auténtico objeto oblicuo en la reflexión teórica en antropología médica, en pocas ocasiones ha sido planteado explícitamente lo que es un síntoma y cuáles sean los modelos teóricos más adecuados para dar cuenta de él. Este artículo trata de dar una respuesta a estas dos cuestiones a partir del análisis de la literatura existente.

Abstract

The anthropology of symptoms. Hermeneutics and critical theory

One of the strategies used in contemporary medical anthropology is to analyze symptoms as symbolic realities which concentrate much of the "local worlds of suffering" such as political-economic contradictions. Although symptoms have constituted an authentic oblique object in the theoretical reflections of medical anthropology, on a few occasions it has been explicitly stated what a symptom is and which are the theoretical models for its best interpretation. This article intends tackling these two issues by first analyzing the existent literature.