

## 01. Panorami

In questa sezione dell'Osservatorio vengono pubblicati brevi quadri informativi su filoni scientifici nazionali, scuole o indirizzi teorici o aree tematiche di ricerca o intervento, che pur diversamente "afferimate" nella letteratura corrente convergono tuttavia in varia forma e in modo significativo a comporre il variegato ambito di lavoro della antropologia medica.

### *"Anthropology & Medicine". Connessioni e strategie per trasformare la ricerca e la pratica nel campo della salute*

Roberto Beneduce

etnopsichiatra, coordinatore del Centro Frantz Fanon. Area educazione sanitaria. Azienda USL Torino-I. Torino

Nel ricordare alcuni contributi discussi al Simposio internazionale dell'American Anthropological Association nel 1987, Mitchell Weiss metteva in luce le frequenti tensioni presenti fra gli antropologi che lavorano all'interno della disciplina medica e quelli che questa disciplina la studiano invece dall'esterno (WEISS M. 1994). Analoghi conflitti caratterizzano d'altronde, secondo l'Autore, anche il rapporto «fra gli antropologi clinici e i clinici con i quali essi lavorano». La complessa vicenda terminologica inerente alla definizione stessa e allo statuto metodologico dell'antropologia medica, a partire da quell'*applied anthropology in medicine* proposta da Caudill nel 1953 (cit. in WALTER A. 1981-1982), testimonia di per sé, in misura persino più eloquente, l'inesausta conflittualità dell'ambito di studi che stiamo evocando. I conflitti terminologici fra gli studiosi sono interessanti però non solo per quanti, come gli storici, vogliono ripercorrere l'evoluzione di una disciplina ma anche per chi prova a comprendere la vera posta in gioco dei saperi, delle ricerche e delle loro applicazioni. All'interno di questo movimentato scenario e del dibattito che lo percorre merita pertanto attenzione la pubblicazione della rivista inglese "Anthropology & Medicine" (edita dalla Carfax, Oxford), giunta al suo secondo anno di vita dopo un periodo di gestazione quanto mai lungo.

Come apprendiamo dall'editoriale di Sushrut Jadhaw, il gruppo di ricercatori che anima la rivista con l'intento di costruire «connessioni al di là delle isole britanniche» è in buona parte lo stesso che nel 1981 aveva dato origine al "British Medical Anthropology Newsletter", trasformatosi nel 1993 – dopo un silenzio di quasi otto anni – nel "British Medical Anthropology Review" (JADHAW S. 1997). Il titolo scelto per la rivista, avverte Jadhaw, vuole riflettere «i margini di discipline istituzionalizzate» ma è

ben consapevole dei rischi di "fossilizzazione" presenti allorché «i margini si trasformano nel centro»: quando, in altre parole, le prospettive di ricerca meno tradizionali e l'intreccio fra saperi diversi si cristallizzano essi stessi in un nuovo dominio disciplinare o accademico. Sembra di sentire l'eco degli scritti di recente pubblicati da Arthur Kleinman, dove l'Autore s'interroga – anche lui *scrivendo ai margini* – sulle strategie teoriche adottate da chi intende promuovere un'interferenza sistematica (ed *eretica*, nel senso che Michel Foucault dava al termine) fra problemi, specialismi, filoni di ricerca, senza però lasciarsi mummificare in un profilo particolare (KLEINMAN A. 1995). Allan Young (YOUNG A. 1990), da parte sua, scriveva alcuni anni fa dei troppi malintesi concernenti le applicazioni dell'antropologia medica, e Marcia Inhorn (INHORN M.C. 1995) notava come la stessa dicotomia *disease/illness*, una dicotomia chiave nel dibattito degli anni scorsi, era stata esposta ad un crescente rischio di reificazione. La redazione di "Anthropology & Medicine", ben consapevole di questi ed altri problemi, sembra voler adottare un approccio più flessibile. Lasciando in questi primi numeri parzialmente irrisolta la questione relativa ad una definizione precisa dei compiti e dei confini della *medical anthropology*, la rivista propone infatti ai lettori contributi e ricerche che – nell'eterogeneità dei presupposti teorici, metodologici e ideologici ai quali gli Autori si ispirano – hanno il pregio di rappresentare buona parte dell'orizzonte che contraddistingue gli sviluppi dell'antropologia medica contemporanea.

Per illustrare con qualche esempio il ventaglio di ricerche e di approcci presentati dalla rivista ho scelto di raggruppare i contributi sino ad ora apparsi in tre grossolani insiemi: 1) le ricerche sulle culture della salute, sulle rappresentazioni della malattia e del corpo, sulle strategie terapeutiche in contesti non "occidentali" (mi sia perdonata qui questa semplificazione terminologica): culture, rappresentazioni e strategie che sono considerate però anche all'interno delle più complessive contraddizioni che attraversano un mondo globalizzato; 2) i lavori medico-antropologici sulla bio-medicina e la psichiatria, considerate insieme alle norme e alle dinamiche sociali dentro cui operano e che esse contribuiscono a riprodurre o, secondo i casi, a occultare; 3) le ricerche che privilegiano invece la dimensione soggettiva analizzando l'esperienza e le parole della sofferenza, la quotidiana negoziazione di senso con il proprio corpo malato e con le categorie diagnostiche che lo nominano – ricerche che, riferendoci alla "classificazione" proposta da Young (YOUNG A. 1997), potremmo situare fra l'antropologia morale di Kleinman e quella dell'esperienza di Byron Good –. Come risulterà chiaro, queste separazioni sono ampiamente artificiali e molti dei lavori ai quali ci riferiremo incrociano contemporaneamente più d'uno di questi territori: interferenza quasi obbligata e generata da quella sorgente inesauribile di domande ed intersezioni fra economia, antropologia e medicina che è il corpo (Pierre Bourdieu ha identificato del resto proprio nel *corpo* un legame concettuale fra discipline umanistiche e scienze sociali, e Thomas Csordas, quando parla di *embodiment*, assume questo paradigma alla stregua di un principio della vita sociale).

Nel primo gruppo di lavori si situa la ricerca di Paul Wenzel Geissler (GEISSLER P.W. 1998a, 1998b) che analizza e mette a confronto i diversi modelli relativi al ruolo e al significato dei parassiti e dei vermi in una popolazione del Kenya (il termine *kudni* comprende ogni tipo di insetto, parassita o germe, ed al suo interno vengono classificati anche i vermi, *njokla*, che muovono dal ventre – intestino, utero, stomaco, ecc. – verso altre parti del corpo). A quella biomedica, che vede in essi unicamente un agente *esterno* all'organismo, responsabile di malattia o di morte, che deve pertanto essere sradicato, la prospettiva locale oppone una concezione più dinamica nella quale il

ruolo dei parassiti dipende da fattori diversi. La malattia, rappresentata non alla stregua di un nemico da vincere o di fronte al quale soccombere, è oggetto di complesse strategie di prevenzione rivolte a mantenere in costante equilibrio i diversi elementi in gioco, non ultimo dei quali è il "giusto" numero di vermi nell'organismo (strategie inerenti alla scelta di cibi che non irritino i vermi, al rispetto di tabù alimentari, all'uso di erbe medicamentose che le madri somministrano quotidianamente ai figli, ecc.: qui la disgiunzione del termine *rappresent/azione* non è solo retorica). I presupposti su cui tale modello si regge sono in diretta relazione con la particolare nozione di "persona", non meno che con una precisa idea di salute e di benessere: come si sente spesso ripetere, «tutti hanno bisogno dei vermi per vivere». L'addome è del resto il *centro del corpo vivente*, il luogo in cui risiede l'anima, e i vermi - a differenza di altre e più impalpabili forze che percorrono l'organismo - sono esseri *materiali e visibili* che ben si prestano ad un intervento terapeutico tangibile (i guaritori curano i loro pazienti praticando piccole incisioni sulla cute per aspirare e successivamente sputare i vermi). Quando insorgono disturbi si tratta di capire che cosa abbia *trasformato* i vermi in agenti di malattia, e più in particolare se il cibo ingerito sia stato oggetto di malocchio, di atti stregoneschi o di attacchi da parte degli spiriti degli antenati. La seconda parte del lavoro illustra come ragazzi e adolescenti mettano a confronto nei loro discorsi e nelle loro rappresentazioni del corpo, l'uno accanto all'altro, l'insegnamento familiare ricevuto dagli anziani e quello scolastico: se da un lato sembrano conservare l'idea che i vermi siano "compagni di viaggio" dei quali il loro corpo non può fare a meno, dall'altro essi introducono in seno alle conoscenze tradizionali nuovi elementi (ad esempio, l'idea che gli enzimi siano "vermi buoni"), contribuendo di fatto a creare una nuova cultura medica e dimostrando un'insospettata autonomia ed abilità nel percorrere «spazi culturali diversi e talvolta contraddittori». L'Autore può così concludere che bambini e ragazzi dovrebbero essere considerati attentamente come interlocutori privilegiati delle campagne di prevenzione e di pianificazione sanitaria per il ruolo che essi possono esercitare in risposta agli interventi che concernono la loro esistenza e la loro salute.

Altre ricerche, quella condotta ad esempio nel sud-est della Tanzania da Susan Hausmann Muela, Joan Muela Ribera e Marcel Tanner, confermano quanto gli studi medico-antropologici hanno da tempo rivelato: e cioè che i sistemi locali di interpretazione della sofferenza, della malattia e del suo decorso, anche nei casi in cui (come per la malaria) si accetti l'eziologia biomedica, continuano ad operare e ad influenzare significativamente i «comportamenti di ricerca della cura» o il peso dei fattori di rischio (HAUSMANN MUELA S. - MUELA RIBERA J. - TANNER M. 1998). Ad esempio, di fronte a un episodio di malaria grave o complicata per il quale il ricovero ospedaliero non si sia rivelato efficace, o nel caso di una ricaduta, pensare a una stregoneria è quanto mai comune, con la conseguenza che anziché proseguire le cure mediche (spesso assunte per altro in dosi insufficienti) si cercherà di conseguire la guarigione attraverso il ricorso al guaritore (*mganga*). Ciò testimonia della costante oscillazione e della negoziazione fra modelli esplicativi in competizione fra loro, secondo i casi *esclusivi* o *complementari*. L'articolo si espone però al rischio di qualche fraintendimento. Le sue conclusioni potrebbero infatti venire a sostegno di quanti enfatizzano i pericoli derivanti dalla medicina tradizionale (l'uso tardivo delle risorse del sistema sanitario, come da sempre viene reiterato anche in numerosi documenti preparati dagli organismi internazionali, i quali scarsamente si preoccupano però di indagare le ragioni che scoraggiano il ricorso al sistema sanitario o rendono di fatto le sue risorse poco accessibili); inoltre, si potrebbe essere indotti ad immaginare che il sistema interpretativo del-

l'azione stregonesca intervenga unicamente come risposta al fallimento delle cure biomediche: ciò che ci lascia piuttosto perplessi per più motivi. Innanzi tutto perché in molti contesti africani ciò che gli operatori sanitari *diagnosticano* come "malaria" non sempre coincide con ciò che la popolazione locale designa con termini impropriamente tradotti poi con tale categoria (BONNET D. 1990). Inoltre le dinamiche sociali che soggiacciono all'uso della "stregoneria" o della "stregoneria antropofagica" (una categoria, quest'ultima, utilizzata *ben oltre i confini dell'Africa Occidentale*, come invece è stato ancora di recente sostenuto) sono in molti casi più complesse. Se ne trova una conferma indiretta nell'articolo di F. Jacobsen Frode sull'interpretazione della malattia e della sventura fra i Beja (pastori nomadi delle regioni orientali, in Sudan), che mostra come l'uso di concetti come "azione magica", "malocchio" o "stregoneria" (con l'implicita allusione alla presenza di conflitti interpersonali) sia piuttosto raro se confrontato con quello di categorie come "possessione" o "attacco di spiriti" (JACOBSEN FRODE F. 1998). L'Autore attribuisce questa *preferenza* alla necessità di non accrescere la tensione del gruppo in un periodo in cui le dure condizioni di vita, la desertificazione e le periodiche carestie mettono già di per sé a grave rischio la sua sopravvivenza.

L'articolo di Brian Morris considera invece la struttura della medicina tradizionale in Malawi, ed in particolare il ruolo che vi ricopre l'uso terapeutico di principi medicamentosi di origine animale (MORRIS B. 1998). Il suo lavoro è interessato soprattutto a controvertere talune delle conclusioni del lavoro di Victor Turner e di altri antropologi che hanno finito con il troppo *spiritualizzare* il pensiero e il sapere delle culture esplorate: in Malawi, sostiene Morris, paese in cui – messe da parte le ovvie differenze fra i diversi gruppi etnici – si può affermare che esista una considerevole unità linguistico-culturale:

«[...] il fondamento del pensiero e della conoscenza non è né spirituale né mistico, né tantomeno implica un dualismo radicale tra modi dell'esperienza; esso conduce piuttosto ad un'enfasi sistematica sul "mondo-della-vita" o *moyo*, che è in un certo senso ontologicamente anteriore alla dicotomia spirito/materia [...]. L'uso medicinale dei mammiferi può pertanto essere compreso solo a condizione di prendere in considerazione la presenza di un vitalismo ubiquitario, tale che una data medicina non viene concepita come una mera sostanza inerte da *aggiungere* ad un rituale rivolto agli spiriti» (MORRIS B. 1998: 98-99).

Morris sostiene la sua tesi con numerosi argomenti, i quali nell'insieme corroborerebbero l'ipotesi di un Malawi panteista e vitalista dove l'idea di salvezza e di cura sia inscritta in un registro di tipo *medico* piuttosto che *religioso* o *spirituale*. Forse il limite di questi approcci è la troppo sottolineata *omogeneità* dell'area indagata, un'omogeneità che rischia di lasciare inesplorate altre contraddizioni o le contaminazioni presenti nei discorsi e nelle pratiche della medicina popolare (per altre immagini del Malawi, cfr. PELTZER K. 1995-1996). Uno dei problemi che s'intravedono sullo sfondo di queste ricerche è il seguente: quanto sono stati sottolineati gli aspetti *non magici* della cura o della malattia in Africa? In che misura l'idioma medico informa la vita quotidiana e si sovrappone ad altri registri (quello religioso, ad esempio)? Mary Douglas sosteneva che fra i Lele queste sfere d'azione (e di senso) erano di fatto indistinguibili (DOUGLAS M. 1954), mentre Jean Pierre Olivier de Sardan ha scritto recentemente, della possessione, che siamo noi a ricondurre troppo in fretta all'interno di categorie di tipo biomedico o psicoterapeutico ciò che a queste rimane invece estraneo (basterebbe avere più cura nella traduzione dei termini, ricorda l'Autore, per evitare questa indebita attribuzione) (OLIVIER DE SARDAN J.-P. 1994).

In un altro articolo, pubblicato su "Anthropology & Medicine", Olivier de Sardan analizza con la consueta ricchezza di spunti e di connessioni il processo di *nominazione della malattia* (un processo solitamente trascurato dall'antropologia medica francese, che ha rivolto i suoi interessi soprattutto verso gli aspetti classificatori e ai modelli eziologici operanti in altri sistemi medici) (OLIVIER DE SARDAN J.-P. 1998). L'Autore prende in esame innanzitutto quella parte del corpo (addome e pelvi) nella quale si manifestano in modo enigmatico disturbi e sintomi vaghi, generando spesso un senso di incertezza e di ansia. Non a caso è questo *inside body* o *corps crypté* ad essere al centro di molte preoccupazioni sul nostro stato di salute, dal momento che in esso vengono a sovrapporsi le funzioni e gli organi dell'apparato riproduttivo, sessuale e digestivo, e dunque problemi decisivi quali connessi allo sviluppo del feto, alla paura della sterilità, alla scelta del cibo. Intorno a questo *spazio* immaginario non meno che anatomico le culture locali prese in esame (le popolazioni Songhay-Zarma del Niger) hanno cercato di costruire frammenti di senso la cui logica è quella di

«[...] raggruppare una varietà infinita di sintomi all'interno di *entità finite*, sufficientemente stabili e dotate di significato, che rendono *comprensibile* ciò che è *nascosto*. L'incomprensibile massa di disturbi connessi all'addome viene così *trasformato* in qualcosa che può essere *riconosciuto, gestito* e, in breve, *nominalo*» (OLIVIER DE SARDAN J.-P. 1998: 194; i corsivi sono miei).

Per mezzo di questo processo e di un minimo di rappresentazioni condivise,

«[...] una successione (o una strana simultaneità) di sintomi originanti dall'interno del corpo e non aventi prima altro significato che quello del dolore o dell'ansia che essi provocano, viene pertanto tradotta in una malattia familiare, avente l'ovvietà di un'entità nota che parenti e vicini hanno già incontrato e che viene associata ad una varietà di cure socialmente riconosciute» (OLIVIER DE SARDAN J.-P. 1998: 194).

Se ho citato per esteso Olivier de Sardan è perché, al di là del particolare contesto geografico della sua ricerca (l'Africa occidentale) o delle specifiche *internal-illness entities* ch'egli analizza approfonditamente (*yeyni* e *weino*), quanto egli afferma della *logic of naming* ci soccorre non poco di fronte all'orizzonte diffuso e problematico di sintomi, disturbi o malesseri resi con metafore a noi poco familiari e sorrette da una logica discorsiva incompatibile con quella della nosografia medica da quei pazienti che, come gli immigrati, provengono da altre culture e giungono nei nostri servizi *ostinandosi* a parlare proprio di vermi, di "cose" che si muovono nell'utero o che scivolano sotto la pelle, di formiche che pungono o che rodono la carne, di acqua che scorre lungo il collo o i genitali, di brusii nelle orecchie (i numerosi esempi che al riguardo potrei trarre dalla mia personale esperienza al Centro Frantz Fanon, a Torino, sono in tutto coerenti con quanto rileva Olivier de Sardan). Per altro, ed in qualche modo aggiungendo un altro segmento decisivo all'immaginario filo che stiamo tessendo fra i diversi articoli della rivista, il suo contributo mette in luce come la mancanza – in una data cultura – di un sistema generalizzato e coerente di interpretazione *non indichi necessariamente il progressivo indebolimento della sua coerenza simbolica* come conseguenza dell'influenza di altre culture o religioni (ciò che è stato sostenuto invece da autori come Marc Augé e, più in generale, dal filone strutturalista).

Nel primo gruppo di contributi troviamo infine le ricerche sugli stati dissociativi e la trance da possessione nell'India nordoccidentale, nonché i lavori sull'antropologia della contraccizione (argomento al quale viene consacrato un numero monografico). Il lavoro di John Crook indaga, in una regione nordoccidentale dell'India, il significato individuale e il contesto religioso delle esperienze di possessione e di trance, ponendo

do queste ultime in relazione sia con alcune forme di sofferenza psichica che con i conflitti sociali e di genere che vi fanno da sfondo (CROOK J. 1997 1998). Fra i molti aspetti che varrebbe la pena approfondire ne ho isolati alcuni che mi paiono rimbalzare con forza sul dibattito relativo allo statuto dei *Dissociative Trance Disorders*. L'Autore nota come i "disturbi mentali", scarsamente rilevati come tali dai suoi informatori o dai medici intervistati, vengano nella quasi totalità dei casi rubricati sotto l'etichetta di "possessione" (*jug*). Tuttavia una differenza di genere caratterizza in modo netto la loro interpretazione ed evoluzione e si intreccia in modo sottile con il sistema di relazioni attraverso il quale viene costantemente negoziato il ruolo ed il prestigio di ciascun membro del gruppo. Nelle donne, per le quali il matrimonio rappresenta un passaggio particolarmente difficile, la scarsa definizione del proprio ruolo in seno alla nuova famiglia ed i conflitti che scandiscono il suo ingresso in quest'ultima («Sono diventata la moglie di uno straniero», recita un noto lamento cantato dalla sposa) provocano disagi che possono assumere la forma di una depressione e che sono considerati come l'espressione di una possessione i cui agenti sono streghe. Nei casi più gravi s'invoca invece la possessione da parte di spiriti. Nel suo insieme il tempo del matrimonio costituirebbe una sorta di *rito di passaggio* dal quale abitualmente «le donne emergono come madri forti ed indipendenti», e costituisce un processo che può eventualmente prolungarsi «in un percorso alternativo e condurre la donna a diventare un oracolo» (CROOK J. 1997: 294). L'Autore propone di identificare *tipi diversi di possessione* che probabilmente implicano anche *processi psicologici diversi*. L'Autore suggerisce di distinguere quattro in base a precise caratteristiche: i primi tre tipi (*periferico, oracolare, tutelare*) sono a) caratterizzati dalla presenza di stati dissociativi, b) conducono ad un aumento dell'autostima e ad un accresciuto ruolo sociale, c) non originano necessariamente da una malattia iniziatica e d) possono richiedere uno specifico training. Il quarto tipo, quello di individui che *reincarnano* persone scomparse, viene trattato separatamente (CROOK J. 1998) e sembrerebbe condurre ad un *mutamento d'identità* ma non necessariamente ad esperienze di dissociazione (nel senso che la clinica dà a questo termine: per un'analisi delle incertezze che hanno caratterizzato il dibattito relativo alla categorizzazione dei disordini dissociativi in seno al manuale diagnostico della psichiatria statunitense, cfr. invece LEWIS-FERNÁNDEZ R. 1998). L'analisi di Crook, nel promette in rilievo come la possessione in questa regione dell'India può avere per gli uomini un significato (psicologico quanto sociale) diverso che per le donne. Se essa coincide infatti in alcuni casi con i criteri che Lewis identifica come specifici della cosiddetta possessione *periferica* - e che, come nella storia dell'uomo occasionalmente coinvolto in attività di terapia che Crook riporta, ricorda da vicino la fenomenologia estatica descritta relativamente al Nepal da Romano Mastromattei (MASTROMATTEI R. 1995) -, in altri essa sembra invece rinviare ad un insieme di pratiche riservate *esclusivamente* agli uomini e strettamente connesse al ruolo dei monaci buddisti e al loro potere sociale e politico. I monaci buddisti, addestrati da un severo training, nel partecipare a rituali di cura o di protezione, a cerimonie religiose o a feste collettive, gestiscono infatti anche la complessa dialettica fra tradizione pre-buddhista (sciamanica) e religione buddhista: una dialettica non certo priva di tensioni. Nell'area geografica studiata da Crook non si sarebbe verificata però quella *subordinazione* osservata altrove di pratiche e discorsi della tradizione sciamanica all'egemonia del "clero" (ossia dei monaci buddhisti che vivono nei monasteri): una relativa autonomia è ancora ben percepibile. L'Autore rivolge inoltre un invito alla cautela a coloro che troppo in fretta congiungono le pratiche dello sciamanismo con le nozioni occidentali di "religione" o

di "psicoterapia", dal momento che quelle pratiche appartengono a un universo semantico, ideologico, sociale che *ha preceduto* (e che rimane pertanto distinto da) quello nel quale questi orizzonti e questi concetti possono essere appropriatamente applicati (CROOK J. 1998: 36).

Su questo scenario tematico, il contributo di David Gosling aggiunge nuovi elementi, più propriamente medico-antropologici, a sostegno di quanti enfatizzano il dinamismo delle tradizioni culturali e delle religioni: i monaci buddisti thailandesi stanno mostrando ad esempio un crescente interesse ed un'insospettata disponibilità ad interagire con il sistema sanitario nazionale in merito a pratiche preventive e terapeutiche, ed alcuni di essi facilmente piegano con sano pragmatismo alcune regole dell'ortodossia religiosa allo scopo di risolvere problemi sociali emergenti (GOSLING D. 1998). Ad esempio, la cura di pazienti tossicodipendenti non esclude l'uso di piante medicinali, ciò che in teoria dovrebbe essere in contrasto con la regola che vieta ad un monaco di danneggiare piante o provocare qualsivoglia danno ad un essere vivente, mentre molti monaci vincono la resistenza al contatto fisico e la paura della contaminazione trattando pazienti affetti da Aids ed utilizzando una forma particolare di meditazione (*vipassanā*) per aiutarli a controllare le angosce della morte. Nuovamente, il nesso fra religione, ricorso alle tradizioni culturali e cura del disagio psichico emerge con forza, provocando non pochi modelli psicoterapeutici occidentali. Tali pratiche, al cui interno vanno rilevate le specificità relative a ruoli maschili e femminili, sottolineano inoltre, se ce ne fosse ancora bisogno, il valore di queste risorse locali nelle strategie rivolte alla promozione della salute in una comunità; irrisolto rimane invece il problema del potere reale che si è disposti a concedere a tali figure (perché, ad esempio, per esse si immagina semplicemente un ruolo equivalente a quello dei paramedici?), problema da tempo noto e che molti ricercatori (Gilles Bibeau, fra gli altri) leggono nei termini di una subordinazione che si è rivelata pressoché inevitabile in tutte o quasi le esperienze di interazione fra medicina convenzionale e tradizioni locali di cura.

Il secondo numero della rivista è stato invece consacrato interamente all'antropologia della contraccezione. I lavori che vi sono pubblicati convergono con i loro argomenti sulla tesi per la quale l'uso dei contraccettivi non è solo questione di valutazione individuale, né tanto meno la logica dei rischi e dei benefici può render conto di tutti i problemi che vi sono implicati. Gli esempi tratti dall'Argentina (IDOYAGA MOLINA A. 1997), dove le donne creole mostrano scarsa sensibilità ai programmi di prevenzione delle nascite ed un alto numero di gravidanze indesiderate, confermano come il fallimento dei programmi sanitari sia da mettere in relazione con *la distanza estrema che separa il registro discorsivo e simbolico della logica ospedaliera dal bisogno di pianificare e manipolare decisioni così importanti quali quella di avere un figlio* (circa il 90% delle donne con basso reddito o immigrate che vivono nel suburbio di Buenos Aires rifiutano di proseguire le strategie di prevenzione attraverso l'uso dello IUD, della pillola o del diaframma). Specularmente, si osserva il diffondersi di pratiche tradizionali di contraccezione, di derivazione creola, fra le donne indie pilagá: pratiche incorporate con successo all'interno delle proprie tradizioni per più ragioni. In relazione alla propria rappresentazione della persona, della riproduzione o della malattia, le donne sono infatti diffidenti verso l'uso di oggetti come la spirale o il diaframma perché essi vengono sentiti *esterni* e *dannosi*, causa potenziale di numerosi problemi o malattie (dalla sterilità al cancro); inoltre, la prevenzione delle nascite attuata con metodi derivanti dalla propria tradizione si rivelava in passato più rischiosa o meno efficace di quelle creole oggi disponibili; infine, l'uso delle pratiche contraccettive utilizzate dalle donne creole (nella cui

cultura si conoscono ben 20 specie di piante ad azione abortiva o contraccettiva) sembra essere facilitato dall'elevata compatibilità fra universo simbolico creolo da un lato e pilagá dall'altro. In merito alle rappresentazioni del concepimento, la ricerca ricorda infine come molte donne creole ritengano che un rapporto sessuale non generi di per sé una gravidanza, e che se i partner sono stanchi la probabilità di avere un figlio sia estremamente lontana: questi peculiari presupposti culturali, largamente radicati, metterebbero in discussione un'interpretazione psicologista quale quella sostenuta da molti medici argentini, secondo i quali simili comportamenti lascerebbero emergere unicamente il desiderio inconscio di verificare il proprio potere di fertilità (su modelli riproduttivi e differenti pratiche anticoncezionali cfr. anche TAYLOR C. 1990). L'insieme di queste dinamiche va collocato all'interno di un quadro quanto mai eterogeneo di sistemi di cura, differenziatosi ed arricchitosi anche in seguito ai flussi migratori sia interni che esterni (ad esempio, gli indios toba, provenienti dal nord-est dell'Argentina, perpetuano l'uso delle cure sciamaniche; in città si sono affermati con successo terapeuti di origine filippina, cromoterapeuti, esperti di medicina cinese o induista, e sempre più diffusi sono i gruppi umbanda di origine afro-brasiliana, e le chiese pentecostali, con le loro proprie peculiari strategie religioso-terapeutiche). Non deve essere però trascurato come questo vivace orizzonte sia caratterizzato anche dallo statuto di illegalità nel quale rimane impigliato l'esercizio delle medicine non convenzionali.

Se il lavoro di Mariko Jitsukawa mostra da parte sua come le diffidenze delle donne giapponesi verso la pillola hanno ragioni radicate all'interno di una concezione della coppia diversa da quella di molte donne americane (l'autrice riporta in proposito le critiche delle femministe statunitensi come esempi di un etnocentrismo annidato anche in luoghi "non sospetti") (JITSUKAWA M. 1997), l'articolo di Elisha Renne è esemplare perché situa la questione della contraccezione all'interno delle contraddizioni che attraversano il mondo intero e che, a partire dai processi di occidentalizzazione, possono riemergere in luoghi critici dell'organizzazione sociale: come nei rapporti di genere o nel significato *oppositivo* che tradizioni concernenti la sessualità o la procreazione possono assumere proprio nei confronti dei valori occidentali – ciò che anche Marika Moisseeff (MOISSEEFF M. 1997) ha di recente messo in luce -. Ma l'articolo, nell'indagare i diversi fattori in gioco (possibili e contrastanti interpretazioni di alcuni versetti del Corano, ruolo delle associazioni femminili, significati della contraccezione, ecc.), sottolinea come debba essere abbandonata una volta per tutte l'idea che la scelta di usare contraccettivi o di limitare il numero di nascite sia in diretto rapporto con l'affermarsi di un progetto individuale o con una avvenuta modernizzazione, mentre al contrario i vincoli deriverebbero unicamente dalla persistente passività nei confronti di tradizioni e norme (RENNE E.P. 1998). Quanto questo modello sia artificioso lo rivela non poche ricerche, a partire da quella di Hocart che già molti anni fa osservava come i comportamenti degli individui – nelle cosiddette *società tradizionali* – siano assai meno *dipendenti da fattori culturali* di quanto non si creda.

Un'analoga necessità di approfondire la conoscenza dei presupposti che sono all'origine di una maggiore o minore adesione alle norme culturali viene suggerita dall'articolo di Luisa Elevira Belaunde, che s'interroga sul significato morale ed interpersonale – dunque non semplicemente "contraccettivo" – dell'astinenza sessuale *post partum* e del valore accordato al basso numero di figli fra gli Airopai dell'Amazzonia occidentale, in Perù (BELAUNDE L.E. 1997). Tale pratica, suggerisce l'Autrice, mostra infatti di essere in relazione con almeno tre diversi ordini di problemi: da un lato con la dimen-

sione *estetica* e *sociale* propria di taluni metodi contraccettivi (uso di piante sacre della famiglia dello zenzero o di rituali sciamanici, ecc.), dall'altro con la peculiare rappresentazione della lattazione o della menopausa (mai ridotti a puri eventi naturali), infine con i rituali di *couvade*, largamente diffusi in questo ed altri popoli dell'Amazzonia, ed in particolare con il ruolo particolarmente attivo che gli uomini hanno nel prendersi cura (dopo il parto) della moglie e del nuovo nato.

A cavallo fra il primo ed il secondo gruppo di argomenti si situa il lavoro di Vieda Skultans, che ripercorre l'evoluzione e l'uso sociale di una categoria come la neurastenia nei racconti di pazienti e medici della Lettonia e nei testi della psichiatria sovietica (SKULTANS V. 1997). In questi ultimi si leggeva spesso della scarsa diffusione delle nevrosi, ma per Skultans questo "dato" epidemiologico non era che il segno di un'intenzionale occultamento, dal momento che la sofferenza nevrotica mal si conciliava con l'orizzonte sociale e l'ideologia prefigurate dalla retorica della "nuova coscienza socialista" (B.N. Myasishev, cit. in SKULTANS V. 1997: 8). L'articolo cerca di ripetere in qualche misura l'analisi che Kleinman (KLEINMAN A. 1986) aveva proposto per la Cina relativamente alla neurastenia e insieme ripropone la questione di come la violenza (socialmente alla neurastenia e insieme ripropone la questione di come la violenza (socialmente, politica o bellica) e i suoi effetti psicologici vengano spesso *naturalizzati* sotto forma di categoria diagnostica – ciò che per certi versi ricorda anche la mirabile decostruzione del *Post-traumatic stress disorder* operata da Young (YOUNG A. 1995) –. Nel secondo gruppo di lavori spiccano le ricerche di Charles W. Nuckolls (NUCKOLLS C.W. 1997a, 1997b) e di Maurice Lipsedge e Roland Littlewood (LIPSEGE M. - LITTLEWOOD R. 1997). La prima prende in esame i presupposti antropologici ed ideologici dei disturbi di personalità all'interno del sistema classificatorio psichiatrico statunitense. L'articolo è un buon esempio di quell'*autoriflessività* che autori come Littlewood (LITTLEWOOD R. 1990) e chi scrive considerano come il tratto più fecondo della *new cross cultural psychiatry* o dell'*etnopsichiatria latu senso* (del resto già Georges Devereux si era interrogato, in un lavoro del 1958, sull'influenza che i modelli culturali esercitassero sulle teorie della moderna psichiatria). L'Autore analizza come la dialettica e i paranoie che si producono fra i valori della dipendenza e dell'autonomia siano gestiti nella cultura americana attraverso una preliminare polarizzazione ed identificazione con il genere *femminile* e, rispettivamente *maschile*, per essere successivamente *convertiti* – da problema storico e culturale quali erano originariamente – in una questione medica oggettivata all'interno di categorie psichiatriche. La psichiatria in sé rappresenterebbe una delle strategie culturali utilizzate per mantenere questa dialettica nella forma di una struttura attiva, irrisolta, grazie a un'opposizione che, come per il celebre asino di Buridano, consentirebbe di non optare né per l'uno né per l'altro. In questo gioco discorsivo, il *continuum* esistente fra un polo maschile-attivo-indipendente e le categorie diagnostiche tipicamente associate ad esso (disturbo antisociale o narcisista, paranoie, ecc.), e un polo femminile-dipendente-sociale (con le connesse categorie di disturbo istrionico, borderline, ecc.), evidenzia in misura eloquente come i disturbi di personalità e la loro distribuzione fra uomini e donne abbiano una chiara ragione d'essere nella polarità fra generi, riflettendo assai meno di quanto non si creda meri problemi clinici quanto piuttosto il conflitto, in una società come quella americana, fra i valori della dipendenza e quelli dell'autonomia. Benché il focus di queste note sia sui lavori pubblicati dalla rivista "Anthropology & Medicine", mi sembra utile fare un rinvio al dibattito sviluppatosi di recente proprio intorno ai disturbi di personalità (ai quali è stato dedicato fra l'altro recentemente il numero 4, 1997, della rivista "Transcultural Psychiatry"). Fra gli aspetti che occorre ricordare e che hanno particolare rilevanza per la modellizzazione di uno fra i disturbi oggi più spesso invocati nelle

diagnosi psichiatriche (forse persino troppo), quelli della *culture boundedness*, sia del disturbo stesso che della nozione stessa di "personalità" e della loro dimensione intrinsecamente *sociale* anziché individuale, hanno già richiamato l'attenzione di altri autori - Nick Haslam (HASLAM N. 1997) è fra quelli che più insiste ad esempio sul fatto che il nucleo comune a tutti i disturbi di personalità sia proprio la difficoltà di interpretare e sviluppare relazioni sociali -; accanto a questi aspetti sono rilevanti però anche i problemi connessi alla *modernità* e ai mutamenti sociali che l'accompagnano. Questo profilo è stato approfondito, fra gli altri, da Littlewood (LITTLEWOOD R. 1996), e trova immediata eco tanto nei lavori medico-antropologici sulla personalità multipla quanto nell'enfasi posta da qualche anno sulle esperienze traumatiche infantili (uno dei fattori di rischio più frequentemente sottolineati nello sviluppo dei disturbi di personalità). Possiamo forse aggiungere che questo genere di disturbi, la loro genealogia e il malessere sociale ed individuale che cercano di nominare o spiegare, sono indubbiamente anche un *riflesso* degli incubi collettivi delle contemporanee società occidentali (ciò che è stato suggerito da qualche autore a proposito delle credenze relative alla stregoneria).

Maurice Lipsedge e Roland Littlewood esaminano invece il significato sociale ed antropologico di un fenomeno la cui crescita in Gran Bretagna ed altri paesi sembra essere oggi indiscussa: si tratta degli "assedii domestici", nel corso dei quali un uomo prende uno o più membri della propria famiglia in ostaggio, con conseguenze talvolta anche drammatiche (LIPSEGE M. - LITTLEWOOD R. 1997). Gli Autori utilizzano la nozione di *mimesi* per comprendere quali sono le sorgenti pubbliche (politiche) di tali comportamenti: attraverso un insieme di rinvii quanto mai denso (dall'idioma drammaturgico proposto da Victor Turner al ruolo che René Girard attribuisce al sacrificio nel prevenire forme di violenza distruttive in seno alle società primitive), viene tracciato un percorso al cui interno atti di furore messi realmente in opera o solo minacciati, conflitti di genere, e negoziazione di ruoli o di strategie che evocano la violenza fanno da sfondo a quella dicotomia che genera una frequente *medicalizzazione* del comportamento aberrante delle donne a fronte di una quasi inevitabile *criminalizzazione* di quello degli uomini. Un simile schema consente di disegnare anche una sorta di *tipologia* dell'assedio domestico. A differenza di quelli politici, dove *il* o *i* protagonisti - nella casistica indagata - non sono mai stati uccisi né si sono suicidati, in quelli domestici un simile tragico esito si osserva in quasi il 50% dei casi; in questi ultimi si tratta solitamente di uomini giovani, allontanati dalla moglie o dalla partner e privati della custodia dei figli. La sequenza dei fatti sembra alludere ad una vera e propria drammaturgia le cui scene si ripetono come secondo un copione, che prevede solitamente una moltiplicazione degli attori (fra i quali, naturalmente, i mass media) ed una eroizzazione del protagonista. L'aspetto che va forse più degli altri sottolineato è il contributo che un lessico ed una teorizzazione di tipo antropologico possono offrire per interpretare comportamenti *psicopatologici* in evidente connessione con le trasformazioni dei ruoli familiari e genitoriali (e torna dunque per un'altra via quanto detto prima a proposito dei disturbi di personalità): comportamenti che si strutturano sulle scena sociale come veri e propri *rituali*, al cui interno è dunque possibile riconoscere una serie di regole precise quali quelle che sostengono ogni "rappresentazione pubblica". Un simile approccio ci conduce per altro a comprendere come simili episodi e la violenza che vi fa sfondo esprimano esemplarmente gli attuali conflitti di genere, soprattutto, i dilemmi che attagliano i modelli di attaccamento e responsabilità genitoriali. Se ogni rituale simbolico non esaurisce le sue funzioni al registro estetico ma costituisce una procedura volta a mantenere o trasformare particolari relazioni sociali, allora, osservano gli Autori,

anche questi comportamenti – nel rivelare la loro armatura ritualizzata – cercano di esplicitare nella coscienza collettiva problemi e inquietudini dei quali, in una maniera che spesso si presenta persino come innovativa, provano a dare una soluzione. Gli assedi domestici potrebbero allora essere assimilati a riti di passaggio che marcano drammaticamente la separazione dell'uomo dal suo ruolo parentale o di coniuge e la sua ri-aggregazione al gruppo (come "singolo").

La carrellata che ho proposto può essere conclusa con i lavori che ho identificato come appartenenti ad un terzo gruppo di ricerche: quelli inerenti cioè all'esperienza della sofferenza, al racconto della malattia e ai discorsi che la costruiscono. I lavori di Els van Dongen (VAN DONGEN E. 1997, 1998) analizzano il tema della speranza e le variabili dello spazio e del tempo nella vita di pazienti psichiatrici. Il contesto olandese dell'assistenza psichiatrica fa da sfondo all'analisi etnografica di queste variabili, della maniera in cui esse si deformano all'interno dell'istituzione o vengono piegate ("trascese") dal paziente attraverso i suoi sogni, le sue fantasie o la sua stessa condizione psicotica (VAN DONGEN E. 1997: 94). La dissoluzione progressiva del tempo, all'interno di una dimensione indifferenziata dove il passato e il futuro sembrano poco percepibili e al cui interno tutto o quasi (compresa la terapia e il suo significato) pare perdere il suo significato, benché descritti con l'accuratezza e la partecipazione che siamo soliti riconoscere alle buone analisi di orientamento fenomenologico, poco aggiungono all'immagine insuperata con la quale Foucault descriveva la vita dei pazienti nel moderno manicomio: un acquario tiepido dove lentamente nuotano in silenzio pesci. Anche le belle pagine dedicate alla nozione di speranza nella vita dei pazienti schizofrenici e alle attitudini degli operatori verso questa dimensione *morale* (VAN DONGEN E. 1998) si limitano a mostrare come in concetti quali *cronicità, guarigione, persona, ecc.* confluiscono ampiamente – accanto a quelli medico-psichiatrici – anche valori culturali e religiosi (in particolare quelli della tradizione cristiana). Questi valori, che riconducono la questione stessa della speranza o, più semplicemente, di nuove prospettive di vita, ad una dimensione ancora prevalentemente *individuale* (dove cioè la *responsabilità* della singola persona, paziente o membro dello staff, continua ad esercitare un peso considerevole), rappresentano certo una problematica forte per l'antropologia della salute e della malattia (e il tema della cronicità, non solo in psichiatria, è stato in questi anni non a caso oggetto di numerosi lavori). Se la speranza o la domanda di aiuto erano aspetti significativi nelle corsie dei vecchi nosocomi e nell'ideologia religiosa che sosteneva l'organizzazione stessa della cura in quella che si suole definire l'era pre-scientifica della medicina, essi lo sono ancora oggi nella vita dei pazienti e richiedono una specifica riflessione da parte di ricercatori ed operatori: ma l'analisi di van Dongen, che sembra ignorare i contributi della psichiatria anti-istituzionale italiana su questi ed altri problemi, non si preoccupa di considerare – dopo aver messo in luce i valori culturali e religiosi – i *nessi strutturali* fra logica delle istituzioni, potere e condizione di vita dei pazienti. Il suo lavoro, nonostante i numerosi elementi di riflessione messi a disposizione del lettore, rimane per così dire incompleto. D'altronde alcuni autori (Bibeau, Zimmermann, ed altri) hanno osservato in diverse occasioni come spesso, nell'antropologia medica contemporanea, il primato attribuito alla dimensione narrativa o alla fenomenologia della sofferenza rischi di far perdere di vista, del tutto o quasi, il ruolo del contesto.

L'ultima ricerca che voglio ricordare è quella di Elisa J. Sobo (SOBO E.J. 1997), intesa a mostrare quanto sia pregnante – fra le persone con sieropositività per l'Hiv – la dimensione discorsiva e morale che sottende pratiche, livelli di autostima, adesione a

stereotipi negativi o sforzi per distaccarsene: quanto, in altre parole, quelle dimensioni siano decisive tanto nella negoziazione della propria immagine sociale quanto nell'effettiva ricaduta dei tanti programmi di prevenzione del contagio che li concernono (sull'annuncio della sieropositività nelle società africane suggeriamo al lettore italiano il numero monografico di "Psychopathologie Africaine", vol. XXVI, n. 2, 1994). La sottolineatura dell'Autrice, la quale riprende le conclusioni di un lavoro di Farmer e Kleinman («dobbiamo assumere i significati e l'esperienza [della malattia] come salienti per il problema dell'AIDS non meno di quanto lo siano i comportamenti e i microrganismi»), confligge evidentemente con il parere di quanti si ostinano a ritenere la questione del *significato* come estranea alla medicina e alle sue strategie d'intervento (ciò che sorprendentemente veniva ribadito da un'autorevole voce anche nel convegno svoltosi a Perugia nel dicembre 1995 sulla tutela della salute in una società multietnica). Forse il difficile confronto fra la logica della bio-medicina, con l'opprimente burocratizzazione che investe la sanità nel suo complesso, e il diritto delle persone malate a veder riconosciuti in tutti i loro profili i propri mondi-della-vita rappresenta una delle aree di conflitto dove più fecondo può rivelarsi il contributo dell'antropologia medica, soprattutto là dove essa ci mostra come «la malattia della società non coincide sempre con la malattia del malato né tanto meno con quella del medico» (ZEMPLENI A. 1988).

Il numero della rivista che chiude il secondo anno, curato da Els van Dongen e Sylvie Fainzang – e che riprende alcuni degli interventi e dei temi dibattuti nel corso della conferenza europea tenuta in Olanda nel 1998 (*Medical Anthropology at Home*) – prende in esame problemi metodologici, eredità teoriche ed ambiti di ricerca dell'antropologia medica applicata in contesti occidentali. Si tratta di un fenomeno recente che Rob Van Ginkel (VAN GINKEL R. 1998) analizza nelle sue molte cause storiche ed economiche, ma anche di una questione problematica che mette in discussione la tradizione metodologica stessa di buona parte della ricerca antropologica e – ancora una volta – controversa già nei termini utilizzati: riscoprire "noi stessi" come *esseri culturali* è certo un presupposto oggi irrinunciabile, ma pensare sempre e soltanto alle differenze *fra* contesti culturali diversi dimenticando quelle differenze che attraversano l'interno di una cultura non finisce con il sottostimare altre dimensioni (storiche, razziali, individuali, di genere, d'età, di classe, ecc.)? E poi: di quale "casa" si tratterebbe? I ricercatori che lavorano fuori dall'Europa o dal Nord America non sarebbero così, di fatto, ancora più esclusi? Non si ripropongono in tal modo dicotomie (occidentale vs. non occidentale, noi/loro, vicino/lontano) destituite d'ogni fondamento? Sulla base di queste domande, alcune delle quali riprese dai recenti lavori dell'antropologa femminista Henriette Moore, Bernard Hadolt (HADOLT B. 1998: 320-321) può concludere che

«[...] le differenze rilevate fra il "qui" e "l'altrove" tendono ancora ad essere comprese e reificate nei termini di differenze culturali [...]. Sebbene l'espressione "a casa" costituisca un'utile categoria etnografica essa – quando diventa categoria programmatica – può provocare più danni che benefici».

Nel ripensare il luogo dello sguardo antropologico (qui "antropologico-medico") ci si ritrova dunque inevitabilmente al cospetto delle questioni che all'inizio della nostra nota avevamo detto essere state poste come fra parentesi dai primi articoli della rivista. Il lavoro di Sylvie Fainzang (FAINZANG S. 1998: 271) si pone precise domande anche sui *confini* fra ambiti disciplinari, asserendo con forza tanto la complementarità ma insieme l'irriducibile differenza esistente fra antropologia e sociologia quanto l'esistenza di

una e una sola antropologia che, «sebbene studi distinti oggetti empirici, non è tuttavia frammentata». Nel sostenere l'unitarietà del campo di studi dell'antropologia l'autrice fa riferimento anche alle posizioni espresse dai ricercatori dell'École des hautes études en sciences sociales; rimane però a questo riguardo il dubbio su ciò che farebbe la specificità di una scienza o di una disciplina: il suo campo di studi o il suo metodo? Forse la stessa coerenza di una tale domanda è oggi meno forte di quanto non lo fosse negli anni passati, ed una riformulazione di questo interrogativo si rivela necessaria. Un altro passaggio del denso contributo di Fainzang merita però di essere quanto meno brevemente accennato perché anch'esso individua un problema di non poco conto: *chi* sarebbe nella posizione migliore per fare ricerca in antropologia medica? Fainzang non ha dubbi che se è meglio escludere un prete quando si tratti di fare antropologia religiosa, allo stesso modo meglio sarebbe se, quando si tratta di antropologia medica, non sia medico il ricercatore che deve occuparsene, ciò per l'ovvia difficoltà a prendere le distanze e a "disimpegnarsi" dalle gabbie categoriali della medicina. Si può essere d'accordo in generale, ma le felici eccezioni a questa regola non mancano (si pensi ai lavori di Didier Fassin, medico, antropologo e *maître de conférence en sociologie*, ma forse qui Fainzang direbbe che si tratta della *parte* antropologica a consentirgli di produrre ricerche così unanimemente apprezzate).

Su queste domande si concludono provvisoriamente anche le nostre riflessioni. Se, come è stato già detto, non è possibile dedurre dai lavori sino ad oggi pubblicati l'esistenza di una linea teorica unica ed omogenea quanto piuttosto la volontà di interrogare vecchi e nuovi problemi contribuendo allo sviluppo di una riflessione medico-antropologica *europaea*, si avverte tuttavia forte la necessità – anche per una rivista così densa e ricca di promesse e i cui meriti non abbiamo per intero ricordato – di un'opzione preliminare che potremmo provvisoriamente definire, prendendo a prestito l'opinione di Nancy Scheper-Hughes (SCHEPER-HUGHES N. 1994), come l'urgenza di fondare l'orizzonte epistemologico dell'antropologia contemporanea all'interno di una prospettiva *etica* che permetta poi di analizzare, in termini morali, politici ed etici appunto, le istituzioni, i saperi e le pratiche sociali: pensare dentro questo orizzonte *anche* il ruolo critico dell'antropologia medica, dunque, o rischiare alternativamente di lasciare tale disciplina in una condizione «debole ed inutile» (gli attributi sono di Scheper-Hughes), ostinatamente ancorata a troppo abusati modelli di relativismo culturale.

## Riferimenti bibliografici

- BELAUNDE Luisa Elvira (1997), "Looking after your woman": contraception amongst the Airopa (Secoya) of Western Amazonia, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 2, agosto 1997, pp. 131-144.
- BONNET Doris (1990), *Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso*, pp. 243-258, in FASSIN Didier - JAFFRÉ Yanick (curatori), *Sociétés, développement et santé*, Ellipses, Paris.
- CROOK John (1997), *The indigenous psychiatry of Ladakh. Part I: practice theory approaches to trance possession in the Himalayas*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 1, aprile 1997, pp. 289-307.
- CROOK John (1998), *The indigenous psychiatry of Ladakh. Part II: narrative and metanarrative in the cultural control of dissociative states in the Himalayas*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 1, aprile 1998, pp. 23-42.
- DOUGLAS Mary (1954), *The Lële of Kasai*, pp.1-26, in FORDE D. (curatore), *African worlds*, Oxford University Press, Oxford.
- FAINZANG Sylvie (1998), *Anthropology at home via anthropology abroad: the problematic heritage*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 3, dicembre 1998, pp. 269-277.

- FARMER Paul - KLEINMAN Arthur (1989), *AIDS as human suffering*. "Daedalus", n. 118, 1989, pp. 135-162.
- GEISSLER Paul Wenzel (1998a), "Worms are our life". *Part I: understanding of worms and the body among the Luo of western Kenya*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 1, aprile 1998, pp. 63-80.
- GEISSLER Paul Wenzel (1998b), "Worms are our life". *Part II: Luo children's thought about worms and illness*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 2, agosto 1998, pp. 133-144.
- GOSLING David L. (1998), *Thai monks and lay nuns in urban health care*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 1, aprile 1998, pp. 5-21.
- HADOLT Bernard (1998), *Locating difference: a medical anthropology 'at home'*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 3, dicembre 1998, pp. 311-323.
- HASLAM Nick (1997), *Personality disorders as social categories*, "Transcultural Psychiatry", vol. 34, 7, dicembre 1997, pp. 473-479.
- HAUSMANN MUELA Susan - MUELA RIBERA Joan - TANNER Marcel (1998), *Fake malaria and hidden parasites - the ambiguity of malaria*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 1, aprile 1998, pp. 43-62.
- IDOYAGA MOLINA Anatilde (1997), *Ethnomedicine and world-view: a comparative analysis of the incorporation and rejection of contraceptive methods among Argentine women*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 2, agosto 1997, pp. 145-158.
- INHORN Marcia C. (1995), *Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences?*, "Social Science & Medicine", vol. 40, 3, 1995, pp. 285-290.
- JACOBSEN FRODE F. (1998), *Interpretations of sickness and misfortune among Beja pastoralists*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 2, agosto 1998, pp. 145-168.
- JADHAW Sushrut (1997), *Editorial. Anatomy of a journal*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 1, aprile 1997, pp. 5-6.
- JITSUKAWA Mariko (1997), *In accordance with nature: what Japanese women mean by being in control*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 2, agosto 1997, pp. 177-201.
- KLEINMAN Arthur (1986), *Social origins of distress and disease. Depression, neurasthenia and pain in modern China*, Yale University, New Haven - London.
- KLEINMAN Arthur (1995), *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- LEWIS-FERNÁNDEZ Roberto (1998), *A cultural critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section*, "Transcultural Psychiatry", vol. 35, n. 3, settembre 1998, pp. 387-400.
- LIPSEGE Maurice - LITTLEWOOD Roland (1997), *Psychopathology and its public sources: from a provisional typology to a dramaturgy of domestic sieges*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 1, aprile 1997, pp. 25-44.
- LITTLEWOOD Roland (1990), *From categories to contexts: a decade of the "New Cross Cultural Psychiatry"*, "British Journal of Psychiatry", 156, 1990, pp. 308-327.
- LITTLEWOOD Roland (1996), *Reason and necessity in the specification of the multiple Self*, The Royal Anthropological Institute, London (The Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. Occasional Paper n. 43).
- MASTROMATTEI Romano (1995), *Le nove porte*, pp. 63-103, in MASTROMATTEI R. - NICOLETTI M. - RIBOLI D. - SANI C. (1995), *Tremore e potere. La condizione estatica nello sciamanismo himalayano*, Franco Angeli, Milano, 1995.
- MOISSEFF Marika (1997), *Subversive science, subversive practice*, "Transcultural Psychiatry", vol. 34, n. 1, marzo 1997, pp. 95-107.
- MORRIS Brian (1998), *The powers of nature*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 1, aprile 1998, pp. 81-102.
- NUCKOLLS Charles W. (1997a), *Allocating value to gender in official American psychiatry. Part I: the cultural construction of the personality disorder classification system*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 1, aprile 1997, pp. 45-66.
- NUCKOLLS Charles W. (1997b), *Allocating value to gender in official American psychiatry. Part II: psychiatry training and practice*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 3, dicembre 1997, pp. 245-271.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (1994), *Possession, affliction et folie: les ruses de la thérapisation*, "L'Homme. Revue française d'anthropologie", anno XXXIV, 3, n. 131, luglio-settembre 1994, pp. 7-27.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre (1998), *Illness entities in West Africa*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 2, agosto 1998, pp. 193-217.

- PARIS Joel (1997), *Social factors in the personality disorders*, "Transcultural Psychiatry", vol. 34, n. 4, 1997, pp. 421-452.
- PELTZER Karl (1995-1996), *Psychosocial effects of political detention in Malawi from 1964 to 1993*, "Psychopathologie Africaine", vol. XXVIII, n. 2, pp. 221-244
- RENNE Elisha P. (1998), *The meaning of contraceptive choice and constraint for Hausa women in a northern Nigerian town*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 2, agosto 1997, pp. 159-175.
- SCHEPER-HUGHES Nancy (1994), *AIDS and the social body*, "Social Science & Medicine", vol. 39, n. 7, 1994, pp. 991-1003.
- SOBO Elisa J. (1997), *Self-disclosure and self-construction among HIV-positive people: the rhetorical uses of stereotypes and sex*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 1, aprile 1997, pp. 67-88.
- SKULTANS Vieda (1997), *A historical disorder: neurasthenia and the testimony of lives in Latvia*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 1, aprile 1997, pp. 7-24.
- TAYLOR Charles (1990), *Condoms and cosmology: The "Fractal" Person and Sexual Risk in Rwanda*, "Social Science & Medicine", vol. 31, n. 9, 1990, pp. 1023-1028.
- VAN DONGEN Els (1997), *Space and time in the lives of people with long-standing mental illness: an ethnographic account*, "Anthropology & Medicine", vol. 4, n. 1, aprile 1997, pp. 89-104
- VAN DONGEN Els (1998), *"I wish a happy end". Hope in the lives of chronic schizophrenic patients*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 2, agosto 1998, pp. 169-192.
- VAN GINKEI Rob (1998), *The repatriation of anthropology: some observations on endo-ethnography*, "Anthropology & Medicine", vol. 5, n. 3, dicembre 1998, pp. 251-267.
- WALTER Annie (1981-1982), *Ethnomédecine et anthropologie médicale*, "Cahiers O.R.S.T.O.M. Série Sciences Humaines", vol. XVIII, n. 4, 1981-1982, pp. 405-414
- WEISS Mitchell (1994), *Anthropology & Medicine: initiations and interactions*, "British Medical Anthropology Review", vol. 2, n. 1, pp. 8-15.
- YOUNG Allan (1990), *(Mis)applying medical anthropology*, "Santé Culture / Culture Health", vol. VIII, n. 2-3, 1990, pp. 197-208 (numero monografico: *Multicultural settings. Services de santé et culture: un défi à la société canadienne / Culture and health services: a challenge to canadian society*).
- YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.
- YOUNG Allan (1997), *Modi del ragionare e antropologia della medicina*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", 3-4, 1997, pp. 11-28.
- ZEMPLENI Andras (1988), *Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation à l'individualisation de la maladie*, "Social Science & Medicine", vol. 27, n. 11, 1988, pp. 1171-1182.