

Rendere visibile l'invisibile.

*L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico**

Ángel Martínez Hernáez

profesor asociado, Departamento de antropología, filosofía y trabajo social, Universitat "Rovira i Virgili" (Tarragona, Catalunya)

«The architects of power must create a force that can be felt but not seen. Power remains strong when it remains in the dark; exposed to the sunlight it begins to evaporate»

(autore anonimo – invisibile? – citato in CHOMSKY N. 1998: 28) ⁽¹⁾.

«...l'histoire des sciences fait l'histoire de ces formes de la culture que sont les sciences»

(CANGUILHEM G. 1993: 33).

Invisibilità 0: la trasparenza

Che il potere si esprima in ogni relazione sociale ed in ogni realtà culturale è un'affermazione evidente per la maggior parte degli antropologi. L'idea che la dimensione politica sia uno dei livelli che strutturano la vita sociale si può senza nessun problema rintracciare nella produzione antropologica degli ultimi centocinquanta anni. Da *Ancient law* (MAINE H. J. S. 1986 [1861]) di Maine, in cui si postula che anche la parentela possa essere intesa come una struttura sociopolitica primaria, fino alla raccolta di articoli di chiaro orientamento processualista, pubblicata cento anni dopo da Swartz, Turner e Tuden con il titolo di *Political anthropology* (SWARTZ M. - TURNER V. - TUDEN A. curr. 1966), la nostra disciplina ha avuto consapevolezza della tendenza del potere all'ubiquità. Esiste tuttavia una sfera di fenomeni sociali che tradizionalmente è sfuggita ad un'analisi antropologica di questo tipo, almeno fino a circa venti anni fa. Ci riferiamo alla conoscenza medico-occidentale o biomedicina e, per estensione, a ciò che è stato chiamato "scienza", conoscenza scientifica o produzione scientifica.

Una delle cause di questa mancata analisi è stata l'appartenenza, o almeno l'intenzione di appartenenza, dell'antropologia alla conoscenza scientifica. Si pensi che l'antropologo che cerca di esaminare la scienza sta realizzando un compito in gran parte autoriflessivo che oscilla fra la critica della

conoscenza e ciò che possiamo chiamare “antropologia delle epistemologie” o anche “etnoepistemologia”, poiché sta collocando i differenti sistemi epistemici nella posizione di oggetti culturali. Peraltro questo ipotetico antropologo può trasferire questo stesso approccio alla sua disciplina, dal momento che se le ricerche del Progetto genoma umano (FLOWER M. J. - HEATH D. 1993, RABINOW P. 1996), la tecnica della tomografia per emissione di positroni (*Positron Emission Tomography* o PET) (DUMIT J. 1996) o le teorie biomediche sullo stress (YOUNG A. 1995) si convertono in oggetti antropologici, la stessa cosa può darsi per la teoria post strutturalista, per il paradigma dell' *embodiment* resuscitato recentemente da Csordas (CSORDAS T. 1993, CSORDAS T. cur. 1994) o per i *collages* etnografici di Taussig (TAUSSIG M. 1980, 1992). Di fatto la possibilità di questa impresa autoriflessiva è stata l'elemento di novità, ed in alcuni casi l'unico contributo, di una parte dell'antropologia postmoderna nordamericana. Con questo orientamento l'etnografo si è trasformato in informatore sia riguardo le proprie ansie personali sia riguardo le condizioni della costruzione etnografica. È stato anche un lettore riflessivo delle produzioni della sua disciplina. Nonostante ciò, crediamo sia importante sottolinearlo, nella maggior parte dei testi postmoderni il protagonismo dell'autore, che si è abituato ad essere anche personaggio principale dell'opera, ha eclissato la possibilità di una riflessione etnoepistemologica di fondo sulla costruzione della razionalità scientifica. Probabilmente *Essays on the Anthropology of Reason*, uno degli ultimi libri di Rabinow (RABINOW P. 1996), è un'eccezione a questa tendenza generale.

Un'altra ragione della omissione della scienza come oggetto di studio è stata l'esistenza, almeno fino a quasi vent'anni fa, di una forte demarcazione fra il folclorico e lo scientifico negli studi antropologici. Come se si trattasse di mondi essenzialmente differenti o inconciliabili, con questa demarcazione l'antropologia tradizionale ha considerato come possibili oggetti di etnografia le risorse terapeutiche indigene e popolari, il *curanderismo* o la medicina tradizionale cinese, ma non invece i servizi sanitari di base, la ricerca immunologica o le teorie psichiatriche sulla sindrome da stress posttraumatico. In un altro lavoro (MARTÍNEZ HERNÁEZ A. 1996) abbiamo analizzato più in profondità questa demarcazione sottolineando il valore strategico di questa rottura per l'autonomia teorica e lo sviluppo dell'antropologia medica; non ci soffermeremo quindi su questo aspetto. Tuttavia vogliamo mettere in evidenza il fatto che con la proliferazione degli studi socioculturali sulla scienza e sulla tecnologia (TRAWEEK S. 1993), dell'antropologia della/e biomedicina/e (MISHLER G. 1981, MENÉNDEZ E. 1981, HAHN R. - KLEINMAN A. 1983, HAHN R. - GAINES A.

1985, LOCK M. - GORDON D. 1988, GOOD B. 1994, SEPPILLI T. 1996, LOCK M. - YOUNG A. - CAMBROSIO A. 2000) e di linee particolari come quella denominata *Anthropology of the New Genetics and Immunology* (HEATH D. - RABINOW P. 1993: 1), la demarcazione folclorico/scientifico sembra essere arrivata alla fine, almeno per quel che concerne la determinazione dell'oggetto di studio.

In una certa misura, l'inclusione dello "scientifico" e del biomedico nel repertorio dello sguardo antropologico – includendo questa acrobazia intellettuale per la quale la costruzione biomedica dell'oggetto di studio si converte in oggetto etnografico più o meno teorizzato – può essere inteso come una risposta culturalista che modera l'offensiva delle teorie biologiche nell'esplorazione di terreni come la soggettività e la cultura con un dubbio introdotto per la porta posteriore. Un dubbio che in qualche maniera farebbe ricordare che la biomedicina e la scienza sono anch'essi prodotti della vita sociale e dell'immaginazione culturale. In questo contesto, la ripetuta invocazione nei testi antropologici al relativismo epistemologico, in particolare alle archeologie foucaultiane del sapere, diventa qualcosa di atteso e congruente. Si pensi al potere corrosivo e strumentale di proposte come quella di *Les mots et les choses* di Foucault, in cui l'arbitrarietà della classificazione zoologica presente in una ipotetica enciclopedia cinese – «animali appartenenti all'imperatore», «balsamati», «favolosi», «cani sciolti», «che si agitano come pazzi», «innumerevoli», «disegnati con un finissimo pennello di pelo di cammello», «che da lontano sembrano mosche» (FOUCAULT M. 1988 [1966]: 1) – è passata senza titubanze alle scienze umane e sociali. Anche dalle risonanze prodotte dalla semplice allusione a un'enciclopedia cinese sembra derivare una similitudine fra la struttura – o forse sarebbe meglio dire strutturazione – dell'alterità culturale e la struttura della conoscenza, così come una sottomissione di entrambe alle vicissitudini dell'arbitrarietà. Il fatto è che il relativismo culturale ha una evidente affinità con il relativismo epistemologico. Bisogna solamente collocare nel *locus* della cultura la teoria scientifica affinché quest'ultima possa assorbire le proprietà di particolarità, località, socialità, arbitrarietà e relatività della prima. Bisogna solamente sostituire scienza con cultura perché si possa comprendere la prima come prodotto strutturato e strutturante, come direbbe Bourdieu (BOURDIEU P. 1991: 55), della vita sociale e dei processi dell'economia politica. Pensiamo che a questo punto possa essere pertinente introdurre due precisazioni. La prima è che la coscienza della relatività dei fenomeni, siano essi culture o teorie scientifiche, non ha motivo di entrare in contraddizione con la razionalità della scienza, poiché anche la relatività può essere intesa come una condizione *sine qua non* di qualsiasi

progetto razionale. La seconda è che la riconversione della scienza in oggetto di studio non deve essere necessariamente interpretata come una dissoluzione dello scientifico, poiché può anche essere intesa come conseguenza coerente dell'applicazione del metodo scientifico. Come nota Allan Young, «la cultura della scienza asserisce che nessun significato può essere considerato immune dal vaglio critico» (YOUNG A. 1991: 75), o almeno così dovrebbe essere se non si vuole cadere in contraddizione.

Tuttavia non tutti gli ostacoli a uno studio socioculturale della scienza sono derivati dall'ascrizione (o possibile ascrizione) dell'antropologia al campo scientifico o dal labirinto della razionalità-relatività della scienza. Ci sono anche degli ostacoli che derivano dallo stesso oggetto da indagare poiché, come sottolinea Habermas in *Conoscenza e interesse* (HABERMAS J. 1984 [1968]), una delle costanti del pensiero scientifico, almeno nelle sue versioni più vicine al positivismo, è stata l'eliminazione di ogni autoriflessione sul soggetto conoscente. In questo modo, afferma il filosofo tedesco, si è caduti nella contraddizione di smascherare «le finzioni del mondo naturale della vita» mentre si denunciava come “illusione” la riflessione che partiva da quel soggetto conoscente (HABERMAS J. 1984 [1968]: 55). Curioso interesse, questo, che si impegna sul terreno degli oggetti considerando invece metafisica la riflessione sullo spazio del ricercatore. Forse questo spiega l'illusione di ogni visione positivista della scienza di creare un universo di categorie che siano “la copia dei fatti”, poiché tale progetto è praticabile solamente attraverso l'omissione del soggetto conoscente. Forse questo spiega a sua volta alcune difficoltà del progetto di un'antropologia della scienza e della conoscenza: come rendere conto di qualcosa come la “trasparenza” della conoscenza scientifica? Come far risaltare la volontà di potere che soggiace alla scienza se questa è isomorfa alla realtà dei fatti?

Il problema della supposta “trasparenza” della scienza si può considerare come una delle provocazioni più significative dell'antropologia contemporanea. Di fronte ad altri prodotti e strutture culturali che rendono più espliciti i propri valori, la propria particolarità ed ascrizione ad un mondo morale locale, il discorso scientifico ha mostrato una particolare opacità alla analisi culturale come conseguenza del suo presentarsi come sistema non ideologico, universale, apolitico e amorale (nel senso di libero da valori). Nel caso degli studi antropologici sulla biomedicina, che sono quelli che abbiamo seguito più in profondità, il problema della trasparenza, che è lo stesso di quello dell'invisibilità del potere, ha cercato di risolversi per mezzo di formule diverse che oscillano fra il culturalismo (ermeneutico o fenomenologico) e le impostazioni materialiste nelle loro differenti versioni, marxiste o neomarxiste. Per il primo caso, per esempio, alcuni autori

(KLEINMAN A. 1980, HAHN R. - KLEINMAN A. 1984, HAHN R. - GAINES A. 1985, DI GIACOMO S. 1987, RHODES L. A. 1990) hanno trasferito l'idea di sistema culturale, che Geertz ha applicato al terreno della religione, dell'arte, dell'ideologia e del senso comune, al campo della biomedicina restituendole così una condizione sociale che rimaneva nascosta. Altri, come Good (GOOD B. 1994: 67-68), hanno utilizzato la filosofia delle forme simboliche di Cassirer e la sua nozione di "principi formativi" per rendere conto dei processi di costruzione della conoscenza biomedica. Sul piano materialista Taussig (TAUSSIG M. 1980) e Baer (BAER H. A. 1987), fra molti altri, hanno cercato di dimostrare, a partire dal marxismo, il legame della biomedicina con la logica economico-politica del capitalismo. Ciononostante, in tutti questi casi, e indipendentemente della appartenenza ideologica degli autori, l'elemento di fondo che ha permesso di cogliere la natura sociopolitica della biomedicina è stata la constatazione che la trasparenza non è una condizione data o aprioristica bensì un artificio culturale che comprende premesse, valori, relazioni di potere e occultamenti.

Si può impostare la questione in termini più schematici e sintetici: la biomedicina non sarebbe una copia dei fatti bensì una rappresentazione dei fatti e, di conseguenza, la sua presentazione come sistema asettico e libero da valori risponderrebbe ad una strategia di occultazione della sua dimensione sociale, morale e politica. Negando le relazioni sociali di produzione della conoscenza e della prassi biomedica, ogni volontà di potere sarebbe messa in ombra per lasciare il posto ad un'aureola di neutralità. Ci troveremmo così davanti ad un curioso sistema culturale dove il potere, come sottolineava l'anonimo autore della citazione che ha aperto questo articolo, cerca di essere "sentito" ma non "visto". La biomedicina, dunque, come costruisce l'invisibilità della sua condizione sociopolitica? Quali sono gli artifici che costruiscono l'illusione della trasparenza?

Ciò che segue è un tentativo di rispondere a queste domande analizzando tre artifici dell'invisibilità: la asocialità, la universalità e la neutralità. Evidentemente non si tratta di un'indagine esaustiva poiché a questi tre dispositivi potremmo aggiungerne altri come il naturalismo, l'individualismo, l'atomizzazione dei fenomeni, il predominio dell'osservazione sull'interpretazione, la deculturazione, il mercantilismo o la negazione dell'efficacia simbolica nel processo terapeutico. Non si tratta di un'impresa che comprende la totalità della biomedicina, o delle biomedicine, se si preferisce un'accezione che accentua la diversità di ideologie e di forme di pratica di questo sistema medico⁽²⁾. Piuttosto l'obiettivo è indagare in un territorio particolare e molto speciale della biomedicina: la psichiatria biomedica, una disciplina alla quale si può negare qualsiasi cosa tranne i

suoi tentativi di mimesi con l'ideale biomedico e, come vedremo più avanti, la esasperazione dei suoi artifici.

Invisibilità 1: la asocialità

In un articolo che abbiamo pubblicato in questa stessa rivista alcuni anni fa (MARTÍNEZ HERNÁEZ A. 1998) abbiamo analizzato criticamente due testi antropologici che qui risultano utili per mettere in evidenza la dimensione sociopolitica della biomedicina. Il primo è il polemico *Death without Weeping* (SCHEPER-HUGHES N. 1992) di Nancy Scheper-Hughes, in cui l'autrice indaga e riflette sul fenomeno drammatico della fame nel Brasile contemporaneo. Oltre a descrivere le condizioni di vita nelle favelas ed il loro impatto sulla mortalità e sulla morbilità di questa popolazione, l'antropologa di Berkeley sottolinea che la strategia del potere è consistita nel medicalizzare la fame al fine di trasformare in una questione individuale quello che da ogni punto di vista è un problema sociale di enorme grandezza. A questo avrebbero contribuito processi di *egemonia* – nel senso gramsciano della parola – e di mistificazione della fame in forma di malattie dove la biomedicina avrebbe mostrato una sottile funzionalità politica: la disattivazione della coscienza sociale degli abitanti delle favelas rispetto alle proprie condizioni di esistenza.

Il secondo è un lavoro pubblicato alcuni anni prima da Michael Taussig intitolato *Reification and the consciousness of the patient* nel quale si sottolinea la capacità di mascheramento della biomedicina. In questo caso, e seguendo i lavori di Lukács (LUKÁCS G. 1990: 90) sul problema della reificazione e della coscienza del proletariato, l'autore discute la "cosificazione" di una paziente/informatrice di classe operaia e di quarantanove anni di età, con una diagnosi di polimiosite (malattia muscolare). Con tono polemico Taussig afferma che i segni ed i sintomi di una malattia, come anche la tecnologia medica, non sono "cose in se stesse". Non sono neanche realtà esclusivamente biologiche o fisiche bensì "segni delle relazioni sociali" che sono stati dissimulati come realtà naturali (TAUSSIG M. 1980: 1). Così, Taussig intende i sintomi ed i segni come realtà significative che condensano componenti contraddittorie della cultura e delle relazioni sociali e che i professionisti della biomedicina costruiscono come realtà individualizzate, e perciò destoricizzate e desocializzate, insistendo su questo al momento di trasmettere questa informazione al paziente. Negando la componente sociale dei segni e dei sintomi la biomedicina introduce una reificazione delle relazioni umane che permette ciò che Luckács definiva come "oggettività

fantasmatica”, una mistificazione per la quale il mondo si converte in una serie di oggetti aprioristici che rispondono alla propria forza e legge naturale.

Sia il lavoro di Scheper-Hughes sia quello di Taussig sottolineano la strumentalizzazione politica della biomedicina. Nel primo caso, nel contesto di una popolazione soggetta a carestie croniche, nel secondo caso in una paziente che rifiuta la riduzione della sua malattia a una dimensione puramente individuale e che, perciò, è accusata dai medici di mancanza di collaborazione. Ciò che desta la nostra curiosità su questo punto non è solo il fenomeno della strumentalizzazione ma anche quello che permette tale strumentalizzazione e cioè i suoi artifici. Da dove proviene questa capacità individualizzante della biomedicina? Quale artificio simbolico ed ideologico permette che un soggetto possa interpretare un problema di salute come qualcosa di personale e quindi non attribuibile ad una struttura di relazioni sociali e di condizioni economico-politiche? In altri termini, cosa rende invisibile questo potere che si sta esprimendo attraverso la biomedicina? In un certo modo la risposta è già presente nel concetto di reificazione di segni e sintomi che ci propone Taussig. Ciò nonostante, pensiamo che una affermazione così generale richieda qualche precisazione e approfondimento.

Non c'è bisogno di condividere l'argomentazione totalizzante di Taussig secondo cui ogni manifestazione della malattia non è biologica bensì sociale per osservare una tendenza nella biomedicina alla reificazione dei fenomeni. Di fatto, la stessa terminologia medica ci offre degli indizi su questa cosificazione quando, per esempio, definisce due termini quali segno e sintomo. Il segno, detto anche segno fisico o sintomo obiettivo, sarebbe l'evidenza obiettiva di una malattia in quanto definita dal medico. Segni fisici sarebbero la febbre, gli eczemi o anche la rappresentazione radiografica di un enfisema polmonare. D'altra parte il sintomo, detto anche sintomo soggettivo, sarebbe l'evidenza soggettiva di una malattia: secondo alcuni manuali sarebbe la stessa espressività del paziente quando denuncia, attraverso il linguaggio, un'esperienza che come minimo lo disturba.

La distinzione fra segno e sintomo è caratteristica della maggior parte dei manuali e dizionari medici e, almeno per un profano quale può essere l'antropologo in tale contesto, serve per distinguere realtà fisiche come gli eczemi da costruzioni culturali come le espressioni di un Igbo quando dice «sento che le formiche vagano segretamente nel mio cervello» denunciando in questo modo esperienze come le allucinazioni auditive ed i disturbi di tipo percettivo.

Perciò, senza arrivare alla posizione di Taussig che segni e sintomi sono esclusivamente realtà sociopolitiche, possiamo affermare che una delle strategie della biomedicina consiste nel trasformare i sintomi in segni, le espressioni del paziente in significanti naturali che possono essere trattati solo in una dimensione somatica. Si stabilisce così una reificazione dei processi sociali, poiché espellendo il malato ed il suo mondo di costrizioni economico-politiche, di valori e di significati dalla sfera della malattia, il clinico costruisce l'illusione di strutture biologiche aprioristiche dotate di una propria logica naturale. Forse ciò può essere compreso più chiaramente a partire dal seguente caso etnografico:

Dall'inizio del 1989 alla fine del 1992 ho realizzato un lavoro di campo in diversi centri di salute mentale nella città di Barcellona. Tali centri oscillavano fra ciò che è stato chiamato servizi di base per la salute mentale e le unità di psichiatria degli ospedali generali, passando per un paio di centri di riabilitazione psicosociale, un day hospital, un "club" di malati ed un manicomio. Gli orientamenti terapeutici di questi centri erano diversi, sebbene vi fosse una maggior presenza delle impostazioni biomediche di tipo neokraepeliniano nelle unità di psichiatria degli ospedali generali – che sono anche quelle legate ai dipartimenti universitari ed alla ricerca psicofarmacologica – ed in seconda istanza nei servizi di base per la salute mentale. Proprio nel corso di una visita medica in uno di questi centri si è prodotta la seguente scena.

Alle 11.15 entra nell'ambulatorio una paziente. Si tratta della signora R., di circa 50 anni, che alla domanda: «Mi racconti, cosa le succede?», posta dallo psichiatra, risponde con un certo affanno nel parlare «Ah mio Dio! Non trovo un senso nella vita da quando è morto mio marito». Poco dopo il medico appunta su un foglio "sentimenti di sfiducia", mentre la paziente continua con il suo racconto e spiega che sua figlia, ora maggiorenne, vuole andare a vivere da sola, che si sente inutile perché si era sempre dedicata alla sua famiglia ed ora non ha più una famiglia, che sua madre è morta da un paio di anni e che "la casa le cade addosso". Il medico non aspetta che la paziente costruisca più a fondo il suo racconto e pone domande del tipo «Si sente stanca la mattina?», «Ultimamente ha perso peso?». La paziente fa un gesto che interpreto come un'incomprensione dello scopo di queste domande ma continua a parlare dei suoi problemi quotidiani. Dopo una breve attesa il medico interrompe il discorso della signora R. con altre domande: «Ha avuto idee di suicidio?», «Riesce a dormire bene la notte?», «Da quando ha queste sensazioni?». La paziente risponde a queste domande introducendo sempre una dimensione biografica e morale attraverso le sue parole: non accetta il suicidio perché è contrario alla fede cattolica ed in merito al sonno ammette che da tempo è disturbato dalla quantità di ricordi ed incertezze che durante la notte le vengono in mente. Quasi improvvisamente la sessione termina con un'indicazione di trattamento psicofarmacologico da parte dello psichiatra, in concreto antidepressivi, e con una frase della paziente: «Quello che ho non me lo cureranno queste pastiche».

Questo tipo di procedura risulta abbastanza frequente nei contesti clinici di tipo organicista dove conduciamo il lavoro di campo. Lo psichiatra attua una ricerca di indizi e di "fatti" che gli permettano di elaborare una diagnosi e tracciare un trattamento di tipo somatico. Poiché a tutt'oggi la psichiatria non dispone di una conoscenza delle basi biologiche di gran parte dei disturbi mentali, e nemmeno dispone di una tecnologia medica che permetta di rivelare disfunzioni per mezzo di prove diagnostiche, la ricerca è limitata all'osservazione dei segni fisici manifesti, quando esistono, e alla interpretazione dei sintomi del paziente in chiave di espressioni più o meno dirette di supposte alterazioni neurochimiche o neuromorali.

Nella misura in cui i disturbi mentali sono compresi in analogia con le malattie fisiche, l'unica differenza con il processo biomedico consiste nell'obbligata circoscrizione ad un ambito più fenomenico o, detto in un altro modo, nella difficoltà di rispondere a questo ideale biomedico di penetrazione dello sguardo clinico nello spazio degli organi in cerca dell'eziologia specifica, della lesione, dell'organo malato. Questo fa della psichiatria biomedica una specie di oggetto privilegiato per osservare i processi di naturalizzazione dei sintomi e del loro trattamento come se fossero segni fisici, poiché in essa sono probabilmente più presenti le iperboli della biologizzazione come effetto del tentativo di imitazione dello stile biomedico⁽³⁾. Analizziamo più a fondo il processo di reificazione a partire dal caso etnografico.

In questo caso la relazione fra lo psichiatra e la signora R. mostra la gerarchia di sapere e potere che caratterizza generalmente la comunicazione terapeutica. Il medico adotta chiaramente la posizione definita da Lacan del «soggetto al quale si attribuisce un sapere» (LACAN J. 1989: 240 e segg.). In perfetta opposizione il paziente "non sa" e cerca nel medico un'azione palliativa sia del suo malessere sia dell'angoscia che questo gli provoca. Il paziente parla e descrive le sue sensazioni, esprime i suoi sintomi, narra la sua angoscia. Di tutta questa informazione il medico recupera solo alcuni sintomi per poter fare una diagnosi. Tale recupero è qualcosa di simile alla conversione di «Ah mio Dio! Non trovo un senso nella vita da quando è morto mio marito» in «sentimenti di sfiducia». Dopo questo lamento la paziente continua a raccontare il suo malessere: «Certo, mia figlia ora è maggiorenne e vuole andare a vivere da sola». Di fronte a questo il medico mostra una limitata dose di pazienza e finisce col chiedere: «Si sente stanca la mattina? Ha perso peso ultimamente?». La paziente segue il filo delle domande che le vengono poste e definisce in una forma più o meno precisa le sue sensazioni. Di nuovo altre domande dello psichiatra irrompono: «Ha mai avuto idee di suicidio?», «Ha mai pensato che non valeva la pena

vivere?», «Riesce a dormire bene di notte?» La narrazione della paziente offre di nuovo delle risposte a queste domande introducendo però una dimensione biografica e morale attraverso le sue parole. Di nuovo lo psichiatra domanda: «Da quando ha queste sensazioni?», «Prende qualche medicina?»; con queste domande l'ordine di quello che accade – si chiami depressione, sfiducia o dolore – viene riconvertito in un fenomeno naturale, indipendente dalla vita sociale, che risponde a presumibili alterazioni somatiche.

Situazioni simili a quella qui esposta sono state definite da Brown (BROWN P. 1991: 255) come l'opposizione fra il paziente che racconta una storia (la sua storia) e lo psichiatra che la considera una storia di mistero dalla quale emergono piste ed indizi. L'idea di piste ed indizi introdotta da Brown risulta in linea di principio suggestiva, poiché in questi casi i sintomi, più che i significati, formano una specie di linguaggio dei fatti. Pensiamo al fumo del tabacco della pipa che galleggia ancora nell'aria, al fango sulle scarpe di Mister X, al pezzo microscopico di un tappeto persiano che offre a Sherlock Holmes una valida informazione tramite la abduzione. In modo apparentemente simile, lo psichiatra vaglia le manifestazioni del paziente per riconvertirle in un repertorio di fatti: "inquietudine moderata", "improvvisa perdita di peso", "insonnia", "sentimenti di sfiducia", "idee di suicidio", ecc. Possiamo dire che così i sintomi sono portati su un piano di reificazione come il fango che macchia le scarpe o il fumo che proviene dalla pipa. Si tratta di un processo di inferenza per il quale ciò che viene detto dal paziente si converte in una logica di fatti reali, impronte, indizi, segnali naturali, il cui significato dipende dal processo logico-concettuale del destinatario. In questo modo il senso originario scompare in quanto laico, profano, inesperto e ignaro del vero codice attraverso il quale un insieme di fenomeni acquista significato: la perdita di peso, i sentimenti di sfiducia, il decadimento mattutino, le idee di suicidio e l'insonnia come manifestazioni della depressione.

Però non ci sono solo somiglianze fra il processo clinico e la ricerca criminologica. Anche lo psichiatra cerca, come Holmes, un colpevole. Tuttavia i segni che tratta lo psichiatra parlano di emittenti naturali che possono essere universalizzati, mentre il detective deve avere a che fare con situazioni particolari e potenzialmente infinite, poiché in esse è intervenuta un'intenzione umana, un "movente", che non può che essere una specie di risocializzazione dei segnali tramite l'introduzione del sospetto di una autorità. Per questo motivo, e nonostante l'idea suggestiva che ci presenta Brown nel suo *Psychiatric intake as a mystery story* (BROWN P. 1991), l'analogia del medico con il detective non è valida perché in fondo è opposta: il

primo naturalizza il sociale; il secondo, al contrario, introduce una volontà umana nelle impronte e negli indizi fisici.

L'esercizio di "separazione" del sociale che si produce nell'osservazione clinica si può interpretare come un artificio culturale indirizzato alla costruzione di un'illusione di trasparenza che opera su un duplice piano. Ad un primo livello l'oggetto (la malattia) è ridotto ad una situazione pre-sociale, ad un mondo di viscere, di disfunzioni biologiche e squilibri neuromorali. Questo permette di costruire l'idea che ciò che è in gioco con la signora R. ha poco a che fare con la sua biografia e con un contesto sociale. Ad un secondo livello, la desocializzazione dell'oggetto evita qualsiasi interrogativo, almeno in un senso prioritario, sul sociale del soggetto (lo psichiatra) e permette di desocializzare le stesse interpretazioni cliniche. La reificazione assume così un carattere di doppia negazione delle relazioni sociali, sia sul piano dell'oggetto sia su quello del soggetto. In questo modo, la psichiatria costruisce un mondo di fenomeni naturali che possono essere "copiati" senza interferenze poiché il sociale è stato nascosto da un semplice processo di reificazioni e di separazioni.

Invisibilità 2: l'universalità

Come derivazione dal processo di desocializzazione al quale la psichiatria biomedica sottopone i fenomeni che studia e sui quali interviene, si profila un'altra metafora con un grande potere evocativo di trasparenze ed invisibilità. Ci riferiamo all'universalizzazione dei fenomeni, alla loro comprensione come elementi estranei ad un contesto locale e particolare. Fino ad un certo punto questo orientamento ha a che fare con l'adozione di una prospettiva biologica, però solo fino a un certo punto poiché tendenze come la biologia evuzionista intendono il proprio compito come spiegazione della diversità e variazione della vita nei diversi ecosistemi così come la biologia radicale si mostra sensibile alla diversità generata dalla dialettica fra natura e cultura. Nel caso della psichiatria biomedica dovremmo piuttosto parlare di determinismo o riduzionismo biologico dove la biologia corrisponde ad una specie di ordine immutabile, universale, indipendente dalla vita sociale e determinante della stessa vita, mentre la cultura è una derivazione epifenomenica di quest'ordine essenziale.

Tale esercizio di riduzione si può rendere esplicito a partire dalle difese moniste ed unidirezionali della relazione cervello-mente o da affermazioni già classiche come quella che ogni malattia mentale è sempre una ma-

lattia cerebrale. Ciò nonostante, anche questo atteggiamento riduttivo può coesistere sul piano retorico con espressioni come quella di “ottica bio-psico-sociale”, nella quale si può rintracciare una gerarchia nella sequenza dei componenti dello stesso termine, bio-psico-sociale, che ha una sua correlazione a livello professionale. Si pensi che nell’ambito clinico la sfera “bio” è lo spazio sia dello psichiatra sia delle terapie organiche, fondamentalmente di tipo psicofarmacologico ed elettroconvulsivo, mentre il dominio “psico” si associa al ruolo dello psicologo ed il termine “sociale” al ruolo dell’operatore sociale. In questa gerarchia esistono possibilità di sconfinamento professionale verso il basso (dal biologico al sociale) ma mai verso l’alto (dal sociale al biologico). Inoltre i criteri di universalità e particolarità sembrano correlarsi rispettivamente con i poli “biologico” e “sociale” così che l’ordine dell’immutabile corrisponde al territorio dello psichiatra e l’ordine del mutevole a quello degli altri professionisti. Tuttavia, nella messa in pratica di questo riduzionismo la psichiatria biomedica trova alcuni ostacoli.

Abbiamo già detto in precedenza che uno dei problemi della clinica psichiatrica contemporanea è la mancanza di una comprovata conoscenza di tipo eziologico e fisiopatologico della maggior parte dei disturbi mentali. È certo che esistono diverse ipotesi sulla causa di disturbi come la schizofrenia o la depressione, quale la teoria dopaminergica per la prima o la serotoninergica per la seconda, per citarne solo alcune. Tuttavia un’ipotesi non è una conferma né una congettura è una certezza. Per questo motivo e come afferma uno psichiatra biomedico come Vallejo (VALLEJO R. 1991: 155), le classificazioni psichiatriche attuali sono cliniche (incentrate su segni e sintomi) e/o patocroniche (basate sul corso della malattia) ma non eziopatogenetiche (causali) o anatomopatologiche (di localizzazione del disturbo). In altre parole, ciò che articola le classificazioni diagnostiche non è una conoscenza fisiopatologica dei processi morbosi bensì le manifestazioni esterne di questi processi; manifestazioni che, nonostante i tentativi di omogeneizzazione della psichiatria biomedica, mostrano un’importante variabilità transculturale. Vediamolo più in dettaglio.

Nella redazione del *International Pilot Study of Schizophrenia* (IPSS) della OMS, forse la prima ricerca biomedica dell’era moderna su questo disturbo, appare un dato che desta l’attenzione di ogni lettore: la presenza di una variabilità transculturale dei sintomi e dei segni di questa malattia. In concreto si segnala la presenza di un maggior numero di pazienti del sottotipo paranoide in Gran Bretagna rispetto al resto dei paesi studiati (nove in totale), così come una maggior frequenza di sintomi di perdita del senso della realtà negli Stati Uniti, una maggior presenza di mania in Dani-

marca ed un alto tasso di schizofrenia catatonica e di schizofrenia del sottotipo non specificato in India (WHO 1976:164; 1979:1-5). Questa variabilità è sorprendente se consideriamo la presenza in questa ricerca di un manifesto criterio di omogeneizzazione della sintomatologia. Ci riferiamo al fatto che la valutazione iniziale dei 360 punti di accesso, realizzata per mezzo di un'intervista semistrutturata chiamata PSE (*Present State Examination*), ha subito nel suo calcolo finale una riduzione a 27 "grappoli" o unità di analisi quali, fra le altre: "allucinazioni auditive", "incongruenza", "perdita del senso della realtà", "mancanza di insight", "esperienze di essere controllato", "disturbo psicomotorio", "disturbo del corso o forma del pensiero", "apatia", "indifferenza alle norme sociali" o "idee deliranti" (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1976: 138). In questo modo si applicò un processo di omogeneizzazione delle espressioni della malattia ad un numero limitato di tipologie che, nonostante ciò, continuarono a mostrare una persistente diversità transculturale. Ebbene, gli autori dell'IPSS non sembrano intenderlo in questo modo, perché, nonostante i loro stessi dati, concludono nel rapporto che «si è riscontrata una grande somiglianza nei quadri clinici dei diversi pazienti» (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1976: 83).

Questa contraddizione fra i dati empirici e le conclusioni psichiatriche si osserva anche nel secondo grande studio della OMS sulla schizofrenia: il *Determinant of outcome of severe mental disorders* o DOSMD. In questo studio i risultati ottenuti sono molto simili (SARTORIUS N. *et al.* 1986: 919-920, JABLENSKY A. *et al.* 1992: 35). In concreto si indica che i casi di schizofrenia di tipo acuto sono il doppio (40%) nelle società non industrializzate⁽⁴⁾ (da ora in poi SNI) rispetto alle società industrializzate (da ora in poi SI). Si sottolinea inoltre che mentre i casi di schizofrenia catatonica nelle SI sono praticamente inesistenti, nelle SNI raggiungono il 10%. Nel caso del sottotipo ebefrenico si afferma che mentre è stato diagnosticato un 13% nelle SI, nelle SNI si trova solo un 4%. Quando si tratta di comparare non i sottotipi clinici bensì i sintomi specifici la differenza si amplia. In questo modo si sottolinea l'esistenza di una maggior frequenza di sintomi affettivi, di idee deliranti e di deliri di innesto del pensiero nei pazienti delle SI. Al contrario, i pazienti delle SNI denunciano una maggior frequenza di "voci che parlano al soggetto" e di "allucinazioni visive". Tuttavia, come nell'IPSS, il rapporto arriva alla conclusione che esiste "una chiara somiglianza nelle manifestazioni della schizofrenia nei diversi centri" (SARTORIUS N. *et al.* 1986: 926).

Le ricerche su altri disturbi mentali hanno dato risultati molto simili a quelli sulla schizofrenia. Per esempio nel *Collaborative Study on the Assessment*

of *Depressive Disorders* della OMS, una ricerca condotta in cinque paesi (Canada, India, Iran, Giappone e Svizzera) su un campione totale di 573 pazienti, si afferma come una “evidenza inequivoca” il fatto che la depressione esiste in diverse culture e che manifesta sintomi e modelli universali che possono essere discriminati transculturalmente (JABLENSKY A. *et al.* 1981: 382). Tuttavia se analizziamo i dati riscontriamo quanto segue: a) i “sentimenti di colpa e autorimprovero” appaiono nel 68% del campione svizzero mentre sono presenti solo nel 32% del campione iraniano; b) le idee di suicidio mostrano una certa diversità nella loro frequenza: 70% in Canada contro il 46% in Iran; c) la agitazione psicomotoria ha avuto una frequenza media del 42% mentre a Teheran è stata del 64%; d) la somatizzazione è maggiore in Iran (57%) che in Canada (27%) o in Svizzera (32%) (JABLENSKY A. *et al.* 1981, MARSELLA A. J. *et al.* 1985: 305, SARTORIUS N. 1993: 149). Dove sono i “sintomi universali” della depressione in questi dati? E ciò è ancora più vero se consideriamo che gli stessi ricercatori riconoscono una sovrarappresentazione dei casi di pazienti occidentali e occidentalizzati in paesi come l’India e l’Iran (JABLENSKY A. *et al.* 1981: 382), così come una maggior presenza di somatizzazione in tali contesti nazionali rispetto alla “psicologizzazione” che secondo loro caratterizza la depressione nei paesi occidentali.

Come si può osservare, la tensione fra una diversità sintomatologica a livello transculturale ed un ideale biomedico di universalità della patologia produce un curioso effetto di autocontraddizione. La schizofrenia e la depressione, per non entrare in quel paesaggio di diversità locali che sono le *culture-bound syndromes*, mostrano un’evidente variabilità fenomenologica; tuttavia la psichiatria biomedica insiste sull’esistenza di una uniformità che attraversa le frontiere culturali e nazionali conferendo alla malattia un’essenza invariabile e – ciò che risulta più sorprendente – discernibile da parte dello psichiatra. La domanda a questo punto è: quale presupposto teorico si invoca per conciliare questa contraddizione?

La formula più usata in psichiatria per risolvere il problema della variabilità della sintomatologia è stata l’applicazione del modello denominato patogenesi/patoplastia. Si tratta di una coppia di concetti introdotti da psichiatri del XIX secolo come Kahlbaum, Kraepelin e Birnbaum i quali, nell’era della psichiatria biomedica, hanno acquistato una nuova attualità. In sintesi, il modello consiste nel sostenere l’esistenza di una dimensione patogena universale ed invariabile (la patogenesi) dei disturbi mentali che convive con una fenomenologia variabile (la patoplastia). In questo modo si cerca di conciliare la presunta universalità della psicopatologia con la diversità transculturale delle sue manifestazioni poiché la patogenesi

sarebbe il nucleo duro ed essenziale della malattia, mentre la patoplastia sarebbe l'ordine epifenomenico e contingente. Come ci si può attendere, secondo questa concezione la patogenesi starebbe alla biologia come la patoplastia alla cultura. Ebbene, qui si presenta un problema di non poca importanza e cioè: come definire la patogenesi quando gli unici dati disponibili rimandano alla patoplastia?²

Poiché non esiste la possibilità di trascendere il livello puramente fenomenologico dei disturbi mentali, la psichiatria biomedica è solita relazionare la patogenesi alla forma del sintomo e la patoplastia al suo contenuto. Leff, psichiatra conosciuto proprio per la sua sensibilità transculturale, lo spiega in *Psychiatry around the globe*:

«In defining a symptom, it is necessary to make a distinction between form and content. Symptoms in psychiatric conditions are what patients tell you about their abnormal experiences. The form of a symptom comprises those essential characteristics that distinguish it from other, different symptoms. The content may be common to a variety of symptoms and is derived from the patient's cultural milieu. Thus severely depressed patients may hear voices telling them they are either criminals or sinners. The religious patient is more likely to hear the latter, and the non-religious, the former. What they both experience in common are auditory hallucinations of a derogatory nature, and it is this that gives the symptom its distinctive character» (LEFF J. 1988: 3-4).

Con questa formula la diversità sintomatologica non sembra presentare una sfida alla clinica psichiatrica. Mentre si rispetta un'evidente variabilità, si pone l'accento sul fatto che la forma (o significante) è ciò che è veramente importante poiché è quella che permette di inscrivere i sintomi in un quadro nosologico determinato. A sua volta, il contenuto (o significato), viene osservato come una realtà influenzata maggiormente dalla cultura ma secondaria per il discernimento dei quadri psicopatologici. Tuttavia se riflettiamo attentamente, la formula in questione non offre una soluzione per la maggior parte dei casi.

Prendiamo, in primo luogo, l'esempio della allucinazione che introduce Leff. Dal suo testo si può dedurre che è possibile discriminare un'allucinazione indipendentemente dalla diversità dal suo contenuto. Il problema è, però, che un'allucinazione non sempre è un fenomeno patologico. Per esempio, in diversi gruppi amerindiani, davanti ad una situazione di dolore per la perdita del coniuge, si manifestano spesso esperienze auditive in cui il defunto si rivolge al coniuge dall'aldilà (KLEINMAN A. 1988: 11). Di fatto, per sapere veramente se ci troviamo di fronte ad un'allucinazione patologica è importante interpretare il suo contenuto secondo il codice culturale nel quale si iscrive, a meno che non vogliamo confondere una forma

consuetudinaria di vivere il dolore con un sintomo psicotico legato a presumibili alterazioni delle vie dopaminergiche cerebrali. In altre parole dobbiamo sapere se tale esperienza risulta essere coerente o meno nell'ambito culturale del paziente. Qui non si tratterà di un problema di semplice variabilità del contenuto ma del fatto che il contenuto stesso (voci del coniuge morto di un amerindiano) avrà la virtù di indicarci se si tratta di un processo patologico o di un'esperienza normale e normativa nel suo contesto.

I giochi fra forma e contenuto sono però anche più complessi. Una semplice domanda può illustrare i nostri dubbi: la diversa manifestazione della depressione in sintomi di somatizzazione e di psicologizzazione è una differenza di forma o contenuto? In questo caso ci troviamo di fronte ad una situazione opposta a quella delle allucinazioni auditive poiché è evidente che somatizzare e "psicologizzare" sono forme espressive differenti. Possiamo anche pensare che uno stesso contenuto si possa esprimere nei due tipi di linguaggio, verbale e corporale. Un individuo può verbalizzare un sentimento di tristezza o semplicemente piangere, sentire un nodo (o vuoto) nello stomaco, esprimere un senso di abbattimento o mostrare somaticamente un dolore alla schiena. In questa occasione ci troviamo di fronte ad una inversione del caso della allucinazione auditiva poiché ora il contenuto (la tristezza o, se si preferisce, l'animo depresso) è invariabile mentre al contrario la forma (somatizzazione, sentimenti di sfiducia, abbattimento, ecc.) è variabile. Quale sarà in questo caso il criterio per definire ciò che è patogenico e ciò che è patoplastico, la forma o il contenuto?

La curiosità di questo modello teorico consiste nel fatto che denota una fragilità sia se privilegiamo la forma sia il contenuto. Se ci centriamo sulla prima, la diversa espressione della depressione si riferirebbe, di fatto, a due disturbi e non a uno; perciò, da un punto di vista clinico, ci troveremo di fronte ad un'incongruenza poiché le diverse forme rispondono ad un unico contenuto. Se pensiamo che il contenuto sia l'elemento fondamentale allora lo stesso modello non è applicabile all'esempio delle allucinazioni dove presumibilmente è la forma ad essere invariabile. Il modello patogenesi *versus* patoplastia (forma *versus* contenuto) evidenzia alcuni importanti limiti. Perché, allora, questa enfasi nello stabilire che la forma è il nucleo patogenico fondamentale? Qual'è davvero modello che si sta usando con la bipolarità patogenesi-patoplastia?

Nel testo di Leff si abbozza un processo di generalizzazione caratteristico del riduzionismo biologico: un insieme di esperienze diverse (voci che parlano di peccati, di crimini e di altre tematiche) che sono riconvertite in

segni patologici (la allucinazione come segnale di un'alterazione biologica). Con questo procedimento i sintomi e le espressioni del paziente vengono spogliati della loro contestualizzazione culturale per essere modellati come significanti universali il cui contenuto dipende non più dal paziente ma dal professionista. In questo modo i sintomi si convertono in fenomeni "osservabili" con il modello dei segni fisici che vengono ricodificati nella mente di un destinatario medico addestrato per dotarli di un'insolita uniformità e ricorrenza. L'universalizzazione dei fenomeni acquista così una condizione di artificio culturale poiché è il modello professionale del ricercatore, sia questo clinico o epidemiologo, quello che sta costruendo l'illusione della regolarità per mezzo di modelli come quelli detti prima (patogenesi/patoplastia, forma/contenuto). Così, il modello della "copia dei fatti" si converte in una specie di struttura strutturante in cui la diversità dei "fatti" viene sostituita da una "copia" immaginata di forme invariabili.

Invisibilità 3: la neutralità

Se le malattie mentali sono indipendenti da ogni sfondo sociale e quindi universalizzabili indipendentemente dalle loro variazioni locali, sembra allora possibile pensare al carattere neutrale, oggettivo, razionale e privo di valori della conoscenza psichiatrica. In altre parole, sia la ricerca epidemiologica sia il lavoro terapeutico potranno essere percepiti come processi asettici in cui i valori del professionista non saranno rilevanti. La psichiatria biomedica si presenterà così come un sistema di conoscenza libero da metafore, come una "copia dei fatti" priva di ambiguità e distorsioni. Anche i legami esistenti fra lo sviluppo della scienza biomedica ed i fattori sociali, politici ed economici risulteranno occultati. Avremo davanti a noi solamente un sistema di conoscenza che riflette la "realtà" e che non è soggetto a orientamenti ideologici o pregiudizi morali. La funzionalità di questo punto di vista è, secondo un autore come Mishler, ovvia:

«Thus, the view of medicine as a science serves to justify physicians' control over technical, esoteric knowledge, and at the same time, such control supports, claims for professional autonomy and self-regulation.» (MISHLER E. G. 1981: 18).

L'idea dell'autonomia del gruppo professionale è uno degli argomenti più ripetuti nella letteratura biomedica. La biomedicina si autopercepisce come un sistema separato dalla vita sociale, che vive secondo la sua logica e che è indipendente dalle forze economico-politiche e dalla storia. Di qui alcu-

ne affermazioni che risultano sorprendenti per qualsiasi scienziato sociale, come questa di Klerman, che è stato fino alla sua recente scomparsa uno dei rappresentanti più emblematici della psichiatria biomedica:

«In discussing the history of psychiatry, one of my premises is that professional groups, such as a medical specialties, are able to determine their own destiny.» (KLERMAN G. L. 1984: 539).

Non è strano che nelle produzioni della psichiatria organicista si amplifichino i tratti ideologici che strutturano il modello biomedico. Storicamente la psichiatria ha dovuto difendere la sua porzione di conoscenza all'interno delle scienze mediche con in più il problema di sapere che nel suo campo potevano delinearci solo timidamente i successi della biomedicina: conoscenza dell'eziologia, localizzazione del patologico, riduzione delle malattie, ecc. Nell'affermazione di Klerman si rivela tutto un progetto di costruzione positiva che trascende le frontiere della storia della psichiatria: la biomedicina si regola da sola, è padrona del suo destino.

Questa stessa idea di neutralità è passata senza differenze percettibili al terreno della pratica clinica. Come afferma Guze in un articolo programmatico dell'orientamento biomedico in psichiatria:

«Whether the diagnosis is [...] mania, schizophrenia, or obsessional neurosis [...] is more important treatment, course or outcome than whether the individual is male or female, black or white, educated or ignorant, married or divorced, well adjusted or not, religious or not, etc.» (GUZE S. B. 1977: 225).

Questa citazione mostra chiaramente che la diagnosi emerge come un'attività neutrale che non deve essere influenzata dalla diversità etnica, di sesso, religione e classe sociale. Ciò che è importante sono le malattie, il trattamento, il decorso e la evoluzione, non gli attributi sociali dei malati. Tuttavia questa conclusione è contraddetta da alcuni studi sul ricovero ospedaliero dei pazienti secondo la loro appartenenza etnica. Come indicano Snowden e Cheung in un'analisi comparativa "dell'uso" dei servizi di salute mentale da parte delle "minoranze etniche" negli Stati Uniti:

«Blacks and Native Americans are considerably more likely than Whites to be hospitalized; Blacks are more likely than Whites to be admitted as schizophrenic and less likely to be diagnosed as having an affective disorder; Asian American/Pacific Islanders are less likely than Whites to be admitted, but remain for a lengthier stay, at least in state and county mental hospitals.» (SNOWDEN L. R. - CHEUNG F. K. 1990: 347).

Le differenze fra le aspettative di Guze ed i risultati di uno studio come quello di Snowden e Cheung sono sufficientemente evidenti per parlare da sole. Dove Guze percepisce la neutralità della scienza, i dati indicano

una parzialità dei suoi praticanti. La diagnosi, il ricovero psichiatrico e la durata del ricovero rivelano, nel loro gioco di variazioni secondo le appartenenze etniche, la fragilità di quest'idea di neutralità che considera la clinica, in forma chiaramente antiriflessiva, come una pratica asettica ed impermeabile alle realtà sociali. In questo senso non sorprende che la biomedicina sia stata percepita dall'antropologia come un sistema culturale particolare la cui ideologia si rivela proprio nei suoi sforzi di deideologizzazione, nel suo presentarsi come scienza e tecnica asettica.

Non tutto il problema è dovuto alla discrepanza fra pratica ideale (l'impostazione di Guze) e pratica reale (i risultati di Snowden e Cheung). Se fosse solo così la neutralità della psichiatria si potrebbe intendere come un valore autopostulato che semplicemente non può essere raggiunto nella sua interezza. Il problema aumenta quando fissiamo la nostra attenzione sulla struttura delle stesse nosologie e dei loro criteri diagnostici. Questo è il caso dei manuali diagnostici più recenti della Associazione Americana di Psichiatria, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (il DSM-III, il DSM-III-R ed il DSM-IV); in questi, dopo aver constatato una manifesta autodefinizione come manuali ateorici – «come il DSM-III è in generale ateorico» (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1983: 10, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1987: 11) – e neutrali dal punto di vista dell'uso di criteri morali o ideologici – “Né il comportamento deviante (per es. politico, religioso o sessuale) né i conflitti tra l'individuo e la società sono disturbi mentali” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1995: XXI) –, il lettore può osservare la vulnerabilità di questi stessi principi in alcune nosologie. Per esempio, secondo il DSM-IV, per diagnosticare un “disturbo antisociale della personalità” sono necessari tre o più dei seguenti items: (1) «fallimento per adattarsi alle norme sociali», (2) «disonestà, segnalata da ripetute menzogne, dall'uso di un nome falso...», (3) «impulsività o incapacità di pianificare il futuro», (4) «irritabilità e aggressività», (5) «noncuranza imprudente per la propria sicurezza o per quella degli altri», (6) «irresponsabilità persistente» e (7) «mancanza di rimorsi». Dov'è qui la neutralità e l'indipendenza morale alla quale alludono gli autori di questi manuali diagnostici? Addirittura nel DSM-III-R, la versione anteriore al DSM-IV, si arrivava ad utilizzare come criterio diagnostico di questo stesso disturbo condotte quali «non mantenere una relazione esclusivamente monogama per più di un anno». Questo giudizio fortunatamente è scomparso dai criteri del DSM-IV, anche se non del tutto, poiché si utilizza come esempio nel testo che spiega più a fondo le caratteristiche diagnostiche di questo disturbo. Osserviamo le possibili combinazioni di tre criteri, come questa che segue: «fallimento per adattarsi alle norme sociali», «disonestà, se-

gnalata da ripetute menzogne, dall'uso di un nome falso...» e «mancanza di rimorsi». Questa combinazione non è forse applicabile a qualsiasi attivista politico in clandestinità? Dov'è la neutralità proclamata nei manuali della psichiatria biomedica?

Evidentemente manca qualcosa nella congruenza fra l'ideale biomedico di neutralità e la stessa conoscenza psichiatrica, ed ancor più quando i pregiudizi morali si possono convertire in criteri diagnostici o la ascrizione etnica del paziente si può rivelare come un indicatore di cattivo comportamento. Come scriveva George Canguilhem in *La Connaissance de la vie*, una dimensione morale e normativa soggiace sempre ad ogni proposito di definire il normale e il patologico (CANGUILHEM G. 1992: 69). Questa componente normativa è precisamente quella che si cerca di negare in forma anticritica ed antiriflessiva nella psichiatria biomedica a tal punto che la ricerca della obbiettività e razionalità scientifiche cede il passo ad un artificio di neutralità tanto ideologico quanto quello che si cerca di occultare.

Invisibilità 4: a mo' di conclusione

In questo testo abbiamo cercato di dimostrare che i principi di asocialità, universalità e neutralità sono artifici destinati a dotare di una certa invisibilità la condizione culturale e sociopolitica della psichiatria biomedica. Si tratta in larga misura di artifici che operano nella doppia dimensione dell'oggetto e del soggetto della conoscenza poiché reificando l'oggetto e atomizzandolo come un a priori naturale, il soggetto si rende invisibile con questo modello creatore di trasparenze che è la "copia dei fatti". Al contrario, l'illusione della copia creata nel soggetto conoscente produce un effetto di mimesi in un oggetto pensato come realtà esterna, come "fatto" separato da ogni relazione sociale e mai inteso come un fenomeno costruito nell'ordine della cultura. La asocialità, l'universalità e la neutralità sono, di fatto, forme di negazione della costruzione dell'oggetto da parte del soggetto nello stesso processo di costruzione dell'oggetto. La trasparenza diventa così il risultato di un lavoro anticritico ed antiriflessivo della conoscenza che genera reificazioni ed occultamenti.

Si potrebbe pensare che negando la dimensione sociale della sua esistenza, la psichiatria biomedica risolve alcuni conflitti che potrebbero paralizzare il suo sviluppo tecnico ed il suo universo di applicazioni. È noto che la biomedicina è una tecnica che necessita di una certa rapidità dei movimenti. Nonostante ciò è anche certo che, rifuggendo dalla conoscenza delle

proprie condizioni di conoscenza, si trascura la possibilità di una riflessione sulle strutture di potere in cui si inserisce la pratica clinica, la ricerca epidemiologica e l'elaborazione delle sue categorie diagnostiche. Mostrare queste strutture è stato un compito che l'antropologia medica ha realizzato negli ultimi anni. In questo contesto si iscrive questo contributo sebbene il nostro obiettivo sia stato analizzare non tanto le strutture sociopolitiche quanto l'esercizio di negazione di tali strutture da parte della psichiatria. Il fine non è stato altro che quello di mostrare alcune premesse psichiatriche, considerate inizialmente come dei principi oggettivi, come valori e congetture culturali o, se si preferiscono espressioni meno prosaiche, quello di rendere visibili gli artifici dell'invisibile.

Note

^(*) Questo articolo costituisce la rielaborazione di un testo presentato a Perugia il 7 marzo 2000 come conferenza (*Hacer visible lo invisible. Sobre la transparencia del poder biomédico*) tenuta in un seminario organizzato dalla Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia, dalla Società italiana di antropologia medica (SIAM) e dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. Ringrazio i partecipanti a questa conferenza per i loro commenti, le loro critiche e le loro osservazioni e anche per la ospitalità ricevuta. In particolare desidero ricordare Tullio Seppilli, Paolo Bartoli e Paola Falteri. Spero di aver saputo integrare in questo testo una parte dei loro insegnamenti.

⁽¹⁾ La citazione è tratta dalla conferenza di investitura di Noam Chomsky a dottore *honoris causa* dalla Universitat Rovira i Virgili il 30 ottobre 1998 a Tarragona. Forse per rafforzare il contenuto un po' inquietante di questa citazione il celebre linguista non ci offre ulteriori informazioni sull'autore e sulla fonte della stessa se non il riferimento ad un anonimo accademico di scienza politica di Harvard. Si veda CHOMSKY N. 1998: 28-29.

⁽²⁾ In linea di principio siamo d'accordo con l'idea che esistono diverse biomedicine piuttosto che una sola. Possiamo certamente parlare di una diversità in relazione alle sue numerose specialità, cornici istituzionali, modalità nazionali nonché alle sue diverse implicazioni con la realtà sociale locale e con la struttura economico-politica. Pensiamo anche che questa varietà non è molto diversa dalla diversità interna che esiste in ogni cultura, una diversità che si può intendere come la chiave della plasticità e della persistenza di ogni sistema di rappresentazioni e valori. La nostra idea è che ogni cultura può essere intesa come un ordinamento di diversità ed il presente lavoro riguarda i principi che permettono nella biomedicina di formare questo ordinamento, anche se solo in questo universo *emic* in cui gli autori disegnano limiti e frontiere con altri sistemi medici, incontrano affinità tra le loro forme di pratica e definiscono collettivamente ciò che è pertinente e ciò che è inappropriato.

⁽³⁾ Quest'attività imitativa corrisponde in gran parte ai fondamenti di ciò che Canguilhem ha denominato "ideologie scientifiche" o "credenze" che riproducono lo stile scientifico da «un campo laterale che guardano obliquamente». Si veda CANGUILHEM G. 1993: 44.

⁽⁴⁾ Per motivi di spazio non faremo in questa sede una critica dell'uso che in questo tipo di studi si fa dei termini quali "società non industrializzate", "paesi in via di sviluppo" o "società occidentali". Né affronteremo il tema della comparazione da ogni punto di vista asistemica, che si fa tra i diversi paesi come se fossero delle collettività omogenee dal punto di vista culturale. Una riflessione critica su tali aspetti si può leggere in MARTÍNEZ HERNÁEZ Á. 2000.

[traduzione dallo spagnolo di Roberta Carinci, revisione di Paolo Bartoli]

Riferimenti bibliografici

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1983), *Diagnosical and statistical manual of mental disorders (3rd edition)*, American Psychiatric Association, Washington (DC).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987), *Diagnosical and statistical manual of mental disorders (3rd revised edition)*, American Psychiatric Association, Washington (DC).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995), *Diagnosical and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. American Psychiatric Association, Washington (DC).
- BAER Hans A. (curatore) (1987), *Encounters with biomedicine: case studies in Medical Anthropology*, Gordon and Breach, New York.
- BOURDIEU Pierre (1991 [1980]), *El sentido práctico*, Taurus, Madrid [ediz. orig.: *Le sens pratique*, Editions de Minuit, Paris, 1980].
- BROWN P. (1991), *Psychiatric intake as a mystery story*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 17, 1991, pp. 255-280.
- CANGUILHEM Georges (1992), *La connaissance de la vie*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris.
- CANGUILHEM Georges (1993), *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris.
- CHOMSKY Noam (1998), *Discurs d'investidura pronunciat pel Dr. Noam Chomsky*, Servei de Publicacions de la Universitat Rovira Virgili, Tarragona.
- CSORDAS Thomas (1993), *Somatic modes of attention*, "Cultural Anthropology", n. 8, 1993, pp. 135-156.
- CSORDAS Thomas (1994), *Introduction: the body as representation and being-in-the-world*, pp. 1-24, in Csordas Thomas (curatore), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- DI GIACOMO Susan (1987), *Biomedicine as a cultural system: an anthropologist in the kingdom of the sick*, pp. 315-346, in BAER Hans A. (curatore) (1987), *Encounters with biomedicine: case studies in Medical Anthropology*, Gordon and Breach, New York.
- DUMIT Joseph (1996), *Analyzing the digital mirror-stage: mental illness and PET scans*, articolo dattiloscritto presentato al 95th Annual Meeting della American Anthropological Association.
- FLOWER M. J. - HEATH D. (1993), *Micro-anatomo politics: mapping the Human Genome Project*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 17, 1993, pp. 27-41.
- FOUCAULT Michel (1988 [1966]), *Las palabras y las cosas*, Secolo XXI, Madrid [ediz. orig.: *Les mots et les choses*, Gallimard, Paris, 1966 / traduz. it.: *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, Rizzoli, Milano, 1978].
- GOOD BYRON (1994), *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective. Lewis Henry Morgan Lectures*, Cambridge University Press, Cambridge [traduz. it.: *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999].
- GUZE S. B. (1977), *The future of psychiatry. Medicine or social science?*, "The Journal of Nervous and Mental Disease", n.165, 1977, pp. 225-230.
- HABERMAS Jurgen (1984 [1968]), *Conocimiento e interés*, Taurus, Madrid [ediz. orig.: *Erkenntnis und Interesse*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1968 / traduz. it.: *Conoscenza e interesse*, Laterza, Roma - Bari, 1970].
- HAHN Robert - GAINES Atwood (curatori) (1985), *Physicians of western medicine: anthropological approaches to theory and practice*, Reidel Publishing Co., Dordrecht.
- HAHN Robert - KLEINMAN Arthur (1983), *Biomedical practice and anthropological theory*, "Annual Review of Anthropology", vol. 12, 1983, pp. 305-333.
- HEATH D. - RABINOW Paul (1993), *An introduction to bio-politics: the anthropology of the new genetics and immunology*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 17, 1993, pp. 1-2.
- JABLENSKY A. - SARTORIUS N. - ERNBERG G. - ANKER M. - KORTEN A. - COOPER J. E. - DAY R. - BERTELSEN A. (1992), *Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study*, "Psychological Medicine", suppl. 20, 1992.

- JABLENSKY A. - SARTORIUS N. - GULBINAT W. - ERNBERG G. (1981), *Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. A report from the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", n. 63, 1981, pp. 367-383.
- KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN Arthur (1988), *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*, The Free Press, New York.
- KLERMAN G. L. (1984), *The Advantages of DSM-III*, "American Journal of Psychiatry", n. 141, 1984, pp. 539-542.
- LACAN Jacques (1989), *Les quatre principes fondamentaux de la psychanalyse*, Editions du Seuil, Paris.
- LEFF Julian (1988), *Psychiatry around the Globe. A transcultural view*. Gaskell, Plymouth [traduz. it.: *Psichiatria e culture. Una prospettiva transculturale*, Sonda, Torino - Milano, 1992].
- LOCK Margaret - GORDON Deborah (1988), *Biomedicine examined*, Reidel, Dordrecht.
- LOCK Margaret - YOUNG Allan - CAMBROSIO A. (2000), *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LUKÁCS György (1990 [1923]), *Historia y conciencia de clase*, Grijalbo, México [ediz. orig.: *Geschichte und Klassenbewusstsein*, Berlin, 1923].
- MAINE Henry J. Sumner (1986 [1861]), *Ancient law. Its connection with the early history of society, and its relation to modern ideas*, University of Arizona Press, Tucson.
- MARSELLA A. J. - SARTORIUS N. - JABLENSKY A. - FENTON F. R. (1985), *Cross-cultural studies of depressive disorders. An overview*, pp. 305-324, in KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (curatori), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ Ángel (1996), *Antropología, biomedicina y relativismo*, pp. 133-142, in GONZÁLEZ ECHEVARRÍA A. (curatore), *Epistemología y método*, FAAEE - Instituto Aragonés de Antropología, Zaragoza.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ Ángel (1998), *L'antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 5-6, 1998, pp. 7-37.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ Ángel (2000), *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*, Harwood Academic Publishers, Langhorne - Amsterdam.
- MENÉNDEZ Eduardo (1981), *Poder, estratificación y salud*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- MISHLER E.G. (1981), *Viewpoint: critical perspectives on the biomedical model*, pp. 1-23, in MISHLER E.G. (curatore), *Social contexts of health, illness and patient care*, Cambridge University Press, Cambridge.
- RABINOW Paul (1996), *Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton University Press, Princeton.
- RHODES Lorna A. (1990), *Studying biomedicine as a cultural system*, pp. 159-173, in JOHNSON Thomas M. - SARGENT Carolyn F. (curatori) *Medical Anthropology: contemporary theory and method*, Praeger, New York.
- SARTORIUS N. (1993), *WHO's work on the epidemiology of mental disorders*, "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", n. 28, 1993, pp. 147-55.
- SARTORIUS N. - JABLENSKY A. - KORTEN A. - ERNBERG G. - ANKER M. - COOPER J. E. - DAY, R. (1986), *Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders*, "Psychological Medicine", n. 16, 1986, pp. 909-928.
- SCHEPER-HUGHES Nancy (1992), *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.
- SEPPILLI Tullio (1996), *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, 1996, pp. 7-22.
- SNOWDEN L. R. - CHEUNG F. K. (1990), *Use of inpatient mental health services by members of ethnic minority groups*, "American Psychologist", n. 45, 1990, pp. 347-355.
- SWARTZ M. - TURNER V. - TUDEN A. (curatori) (1966), *Political Anthropology*, Aldine, Chicago.

- TAUSSIG Michael T. (1980), *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science and Medicine", n. 14 B, 1980, pp. 3-13.
- TAUSSIG Michael T. (1992), *The Nervous System*, Routledge, New York.
- TRAWEEK Sharon (1993), *An Introduction to Cultural and Social Studies of Sciences and Technology*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 17, 1993, pp. 3-26.
- VALLEJO Ruiloba J. (1991), *Clasificación de los trastornos afectivos*, pp. 155-180, in VALLEJO Ruiloba J. - GASTÓ Ferrer C. (curatori), *Trastornos afectivos*, Salvat, Barcelona.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1976), *Esquizofrenia: un estudio multinacional*, Cuadernos de Salud Pública, Ginevra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1979), *Schizophrenia: an international follow-up study*, Wiley, New York.
- YOUNG Allan (1991), *Emil Kraepelin and the origins of American psychiatric diagnosis*, "Curare", special volume, vol. 7, 1991, pp. 175-181.
- YOUNG Allan (1995), *The harmony of illusions. An ethnographic account of Posttraumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.

Scheda sull'Autore

Ángel Martínez Hernáez 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", vol. 20, n. 1, 1993, pp. 34-42 / *Véinte 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", vol. XLIX, n. 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", vol. 40, n. 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 / *L’antropologia del sintomo. Fra ermeneutica e teoria critica*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 5-6, ottobre 1998, pp. 7-37 / *What’s behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding (Theory and practice in medical anthropology and international health)*, introduzione di Arthur M. Kleinman, Harwood Academic Publishers (part of the Gordon and Breach Publishing Group), Amsterdam, 2000. 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 Esteva Fabregat*, Ariel, Barcelona, 1996.

Riassunto

Rendere visibile l’invisibile. L’antropologia e la trasparenza del potere biomedico

Si può intendere la biomedicina come un sistema culturale che si caratterizza per il suo presentarsi come discorso e pratica aseptici, neutri e liberi da valori. Tale proposito di de-ideologizzazione può essere considerato, a sua volta, come un tratto culturale distintivo, come una strategia di occultamento delle dimensioni culturali e delle strutture sociopolitiche che caratterizzano la biomedicina e delle quali essa stessa costituisce un prodotto. Nell’articolo questa strategia di occultamento viene esplorata focalizzando l’attenzione sull’ambito psichiatrico e, più concretamente, su alcuni degli artifici che rendono possibile una certa invisibilità della condizione sociopolitica di questa disciplina: l’asocialità, l’universalità e la neutralità. Non si tratta dell’analisi delle determinazioni delle strutture sociopolitiche sulla biomedicina, bensì di come tali determinazioni vengano occultate all’interno del sistema medico. L’obiettivo è quello di rendere visibili alcuni degli artifici che permettono tale occultamento.

Résumé

Rendre visible l’invisible. L’anthropologie et la transparence du pouvoir biomédical

On peut considérer la biomédecine comme un système culturel qui se caractérise pour se présenter comme discours et pratique aseptiques, neutres et libres de valeurs. À son tour, ce propos de de-idéologisation peut être considéré une expression culturelle distinctive, ainsi qu’une stratégie de dissimulation des dimensions culturelles et des structures sociopolitiques qui enveloppent la biomédecine et que la produisent. Dans cet article on explore cette stratégie de dissimulation en focalisant notre attention sur

la psychiatrie biomédicale et, plus concrètement, sur certains artifices qui permettent une invisibilité de la condition sociopolitique de cette branche: l'asocialité, l'universalité et la neutralité. Il ne s'agit pas d'analyser les déterminations des structures sociopolitiques sur la biomédecine, mais plutôt la dissimulation de ces déterminations au sein du système médical. Le but c'est de rendre visibles quelques des artifices qui permettent cette dissimulation.

Resumen

Hacer visible lo invisible. La antropología y la transparencia del poder biomédico

La biomedicina puede entenderse como un sistema cultural de conocimiento que se caracteriza por su presentación como discurso y práctica aséptico, neutral y libre de valores. Este intento de desideologización puede considerarse, a su vez, como un rasgo cultural distintivo, así como una estrategia de encubrimiento de las dimensiones culturales y de las estructuras sociopolíticas que envuelven a la biomedicina y de las cuales ella es un producto. En este artículo exploramos esta estrategia de ocultación focalizando nuestra atención en la psiquiatría biomédica y, más concretamente, en algunos de los artificios que permiten una cierta invisibilidad de la condición sociopolítica de esta especialidad; a saber: la asocialidad, la universalidad y la neutralidad. No se trata de un análisis de las determinaciones de las estructuras sociopolíticas sobre la biomedicina, sino del silenciamiento de estas determinaciones en el interior de este sistema médico. El objetivo es hacer visible algunos artificios que permiten este silenciamiento.

Abstract

Making visible the invisible. Anthropology and the biomedical power

Biomedicine can be conceived as a cultural system characterized by presenting itself as a discourse and a practice aseptic, neutral and value free. This purpose of de-ideologization can be even considered as a distinctive cultural feature, as well as a strategy to hide the cultural dimensions and the socio-political structures which involve biomedicine and by which the biomedicine itself is produced. In this article, such an hiding strategy is explored by focusing the psychiatric sphere and, more concretely, some of the devices which enable a certain invisibility of the socio-political conditions of the discipline: asociality, universality and neutrality. The question is not the analysis of the socio-political structures' determinations on biomedicine, but the examination of how these determinations are hidden inside the medical system. The aim is to make visible some of the devices which allow this hiding.