

Similitudine e contiguità. Elementi di antropologia del contagio

Andrea Caprara

professor visitante presso l'Instituto de saúde coletiva, Universidade federal da Bahia, e presso la Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza

Introduzione

La diffusione del modello di sviluppo di tipo occidentale nella maggior parte delle cosiddette società "tradizionali" ha provocato profonde trasformazioni sul piano sociale, economico e culturale. Questo processo ha più specificamente prodotto, nel campo della salute, la comparsa e la coesistenza di pluralità di sistemi medici in diversi contesti sociali. Una malattia, ad esempio, può essere interpretata secondo diverse categorie di pensiero e conseguentemente le risposte terapeutiche possono differire a seconda che si utilizzi un sistema od un altro (oppure entrambi). Le contraddizioni, i contrasti, i paradossi, le incoerenze che possono emergere, sono il risultato dei processi di trasformazione che interessano queste società. Per ciò che riguarda il problema della salute e della malattia, ritengo siano proprio i concetti e le pratiche relative al contagio ad essere al centro di queste contraddizioni e paradossi. Se prendiamo infatti come esempio la storia del pensiero occidentale, sappiamo che la scoperta di Pasteur, e la presentazione della teoria dei germi nel 1878 all'Accademia di medicina, segna l'inizio di una rivoluzione concettuale nella storia delle scienze. Ma se la teoria dei germi permette di scoprire definitivamente la causa di numerose malattie e di modificare radicalmente la nosografia, i dibattiti che avevano accompagnato la sua scoperta continueranno per molti anni seguenti. Non si vuole con questo esempio comparare la storia del pensiero occidentale con i processi che si stanno producendo in altri contesti culturali, ma solo sottolineare che in ogni cultura, l'affermazione di nuovi modelli di pensiero provoca fenomeni di rottura. Nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo sono le malattie trasmissibili le forme di patologia di gran lunga più frequenti sia in termini di morbosità che come causa di mortalità ed è anche per questo che il concetto di contagio si situa al centro delle differenze di diversi modelli concettuali.

L'approccio che propongo cerca di rispondere ad una serie di domande di base: esiste il concetto di trasmissibilità in altre culture? Se sì, come si costruisce e in che modo si articola con altri elementi culturali e sociali? A queste questioni di fondo se ne aggiungono altre legate alla coesistenza di diversi paradigmi di pensiero in un determinato contesto.

Per quanto riguarda i progetti di sanità di base nei paesi in via di sviluppo alcune domande emergono da queste constatazioni: come si può pretendere di modificare i comportamenti di una popolazione riguardo alla prevenzione o all'igiene se ci troviamo di fronte a paradigmi esplicativi totalmente differenti? Quale è il senso ad esempio di un programma di costruzione di latrine in una popolazione in cui non esiste il concetto di trasmissione orofecale della malattia? È a partire da una serie di domande di questo tipo che la ricerca in antropologia medica dovrebbe proporsi di studiare le malattie trasmissibili attraverso una prospettiva del tutto nuova. In effetti, se queste malattie sono state analizzate attraverso approcci di tipo epidemiologico, storico, clinico, ecologico, mancano dati di come queste vengono interpretate dalla comunità, e quali siano le pratiche preventive e terapeutiche adottate dal gruppo. Sul piano applicativo vorrei dimostrare che una analisi delle forme di interpretazione e delle pratiche di prevenzione del contagio dovrebbe essere un passo previo alla realizzazione di programmi di prevenzione, educazione e controllo delle malattie.

Dopo una breve sintesi dei principali approcci antropologici al problema delle malattie infettive, mi soffermerò, con una analisi più dettagliata, su quelli che potremmo definire gli studi di antropologia medica applicata riguardanti in particolare le malattie trasmissibili. È in quest'ultimo decennio che si sono moltiplicati gli studi etnografici riguardanti alcune malattie infettive che presentano soprattutto alti tassi di mortalità, in particolare nei paesi in via di sviluppo. Mi riferisco a studi antropologici sulle malattie respiratorie acute e croniche come la tubercolosi, la diarrea infantile, le parassitosi intestinali.

Numerosi studi di antropologia medica, realizzati negli ultimi anni, hanno affrontato il problema delle malattie trasmissibili considerandole singolarmente, senza però cercare di analizzare il problema in modo più complessivo. Dopo averne delineato i tratti essenziali, cercherò di evidenziare i limiti di queste ricerche e proporrò in alternativa un approccio che analizza culturalmente le malattie infettive in forma più complessiva, ponendo l'accento non tanto su di un'analisi delle singole malattie quanto sul concetto e le pratiche riguardanti il contagio.

Dopo un'analisi dei principali studi di tipo antropologico riguardanti le malattie infettive, sulla base di dati etnografici raccolti presso gli Alladian

della Costa d'Avorio, mi propongo di esaminare come, in un contesto tradizionale, viene interpretata la trasmissione della malattia e come questa si articola con le pratiche preventive e terapeutiche. Cercherò di mostrare come venga espresso ed interpretato il concetto di trasmissibilità della malattia e come questo si collega, nella pratica quotidiana, con le concezioni riguardanti il corpo, l'individuo, l'organizzazione sociale. In effetti, non si tratta di una forma interpretativa strutturata su di una teoria specifica, essendo il contagio in realtà una categoria trasversale che lega tra loro diversi aspetti culturali e sociali. Questo aspetto, assieme ad altri fattori che menzionerò in seguito, ha impedito il sovvertimento delle regole tradizionali e la sostituzione con quelle occidentali, almeno nel contesto Alladian. Cercherò inoltre di mostrare le contraddizioni, le differenze, i paradossi che si producono in una società quando coesistono diversi paradigmi di pensiero, seguendo una prospettiva d'analisi attenta ai fenomeni di rottura e già percorsa da alcuni autori (FOUCAULT M. 1969 [1971]).

Gli studi di antropologia sulle malattie trasmissibili

La maggior parte degli studi pubblicati sulle malattie trasmissibili nei paesi in via di sviluppo, ha affrontato il problema a partire da alcuni approcci principali: sanità pubblica, medicina tropicale, epidemiologia, storia sociale, ecologia medica, storia delle malattie, storia della medicina coloniale. La ricerca antropologica ha preso in considerazione l'argomento solo in modo superficiale, nell'ambito di studi che hanno posto l'accento su altri aspetti: l'eziologia, la diagnosi, la terapia, il ruolo dei guaritori tradizionali, oppure focalizzando l'attenzione su singole malattie contagiose, nell'ambito di programmi di controllo e prevenzione sanitaria. Pochi studi hanno quindi cercato di riflettere sul problema del contagio all'interno di una comunità, focalizzando l'attenzione sulle interpretazioni e sulle pratiche collettive, sia di natura preventiva che terapeutica⁽¹⁾ adottate all'interno del gruppo.

Coloro che si sono soffermati sul problema della trasmissibilità delle malattie hanno analizzato l'argomento a partire da tre principali prospettive: a) l'antropologia storica che ha cercato, attraverso una analisi della storia europea e di altri paesi non occidentali, di capire come siano interpretate le malattie trasmissibili (epidemiche e non), quali siano state le reazioni della popolazione e i comportamenti per prevenirne la diffusione; b) l'antropologia medica, che ha analizzato l'esperienza della malattia, il vissuto del malato, attraverso una interpretazione di tipo fenomenologico; c) l'antropologia medica applicata a diversi programmi di controllo delle principali malattie trasmissibili.

a) *Antropologia storica e contagio*

Gli studi (purtroppo non molti) che hanno affrontato il problema della introduzione della medicina nel contesto africano, ci hanno aiutato a capire tre aspetti fondamentali: a) le pratiche di igiene, di prevenzione, imposte in modo autoritario a molte popolazioni africane hanno costituito una giustificazione importante del processo di colonizzazione; b) ci sono stati talora violenti processi di rivolta delle popolazioni africane contro le misure di prevenzione e di controllo imposte dai colonizzatori; c) esistevano presso diverse popolazioni, misure tradizionali di controllo delle malattie epidemiche, il cui ruolo, nell'effettivo controllo della diffusione delle malattie è stato costantemente ignorato dalla medicina ufficiale.

L'approccio storico-etnografico sulle malattie infettive nel contesto africano è stato affrontato recentemente nell'ambito delle scienze sociali (M'BOKOLO E. 1986 [1984]). Alcuni autori, all'inizio degli anni Sessanta, hanno cercato di analizzare il problema a partire da una prospettiva di ecologia medica e hanno mostrato gli effetti prodotti dai progetti di sviluppo sull'ambiente e sulla distribuzione delle malattie. Charles Hughes e John Hunter hanno illustrato, attraverso una serie di esempi, i gravi effetti prodotti principalmente dai progetti di sviluppo sull'incidenza delle malattie infettive (HUGHES C. - HUNTER J.M. 1970). Questi autori dimostrano che la prevalenza di tre malattie (schistosomiasi, malattia del sonno e malaria) è aumentata in modo considerevole in numerose regioni dell'Africa in conseguenza delle modificazioni prodotte sull'ambiente da alcuni progetti di sviluppo. L'articolo mostra l'estrema fragilità di un sistema ecologico retto da una rete complessa di fattori in equilibrio. La perdita, il cambiamento o la rottura di certe regole porta ad una serie di conseguenze nefaste. L'equilibrio si rompe sotto l'effetto di cambiamenti prodotti da nuovi sistemi di irrigazione, la costruzione di strade, l'abbattimento di foreste. Un altro autore, Stephen L. Wiesenfeld ha d'altro canto mostrato come l'introduzione del *Malaysian agricultural complex* in Africa abbia prodotto un aumento di prevalenza della malaria (WIESENFELD S.L. 1967). Alcuni autori hanno esaminato, secondo diverse prospettive, l'impatto della colonizzazione e dei cambiamenti di natura economica e politica sui problemi di salute nel contesto africano (TURSHEN M. 1977, M'BOKOLO E. 1986 [1984], JANZEN J.M. 1978, FORD J. 1979). L'equilibrio in questo caso si rompe con la colonizzazione, l'introduzione delle colture di mercato, la vendita di forza lavoro o la migrazione forzata, che hanno come effetto la diffusione di certe malattie.

Altri autori hanno posto l'accento sulle pratiche preventive e di controllo che queste popolazioni adottavano per prevenire la diffusione di certe

malattie epidemiche, ma anche sulle forme di resistenza delle popolazioni africane all'introduzione della medicina occidentale. Come sottolineato ad esempio da Janzen, la diffusione di pratiche di igiene e di controllo delle malattie ha giustificato in larga misura il fenomeno di conquista di numerosi paesi africani. Le attività sanitarie venivano imposte alle popolazioni locali e quindi non sorprende il fatto che, con l'indipendenza, molte popolazioni abbiano continuato a manifestare attitudini di rifiuto o di opposizione alla introduzione di metodi di prevenzione basati su concetti di tipo occidentale (JANZEN J.M. 1978: 43). Maryinez Lyons ha mostrato come, l'applicazione di alcune misure di controllo delle epidemie quali l'isolamento dei malati, nel caso di controllo della malattia del sonno nel Congo belga, aveva prodotto la creazione di vere e proprie prigioni nelle quali i malati venivano internati (LYONS M. 1985). Questi non potevano più vedere nessuno e venivano quindi "incarcerati" sotto stretta sorveglianza (LYONS M. 1985: 82). Le condizioni miserabili di vita nei lazzaretti avevano prodotto numerosi atti di rivolta. Maynard Swanson, che si è interessato alla realtà urbana, mostra in un altro articolo come l'applicazione di cordoni sanitari per impedire la diffusione di malattie sia diventato all'inizio della colonizzazione una giustificazione importante per l'affermazione della segregazione razziale e la creazione dell'apartheid urbano (SWANSON M.W. 1977: 387).

Le malattie infettive e le misure di sanità pubblica giustificavano, da un punto di vista ideologico, la segregazione razziale soprattutto nelle aree urbane. Altri autori hanno mostrato le diverse forme di ribellione delle popolazioni africane alle misure igienico-sanitarie adottate: Marc Dawson e altri autori hanno descritto le forme di resistenza attuate dalle popolazioni africane nei confronti delle campagne di vaccinazione (DAWSON M.H. 1979: 248, DARMON P. 1986). Anche in Costa d'Avorio, numerosi documenti attestano la presenza di forme di resistenza e di rifiuto delle popolazioni nei riguardi dell'introduzione delle attività di medicina coloniale. In particolare vanno ricordate le fughe dei malati dal lebbrosario costruito sull'isola Désirée, nella laguna *ebrié* presso Bingerville, il rifiuto e la resistenza delle popolazioni nei riguardi delle campagne di vaccinazione, così come ormai documentato da alcuni autori (DOMERGUE-CLOAREC D. 1986, FAYE J. 1979).

Infine, è necessario considerare che numerose popolazioni africane già adottavano nei confronti della diffusione delle malattie misure preventive come l'isolamento dei malati. Nel caso del vaiolo, ad esempio, Mead ha mostrato che gli Ottentotti del Sudafrica, nel XVII secolo adottavano misure di quarantena per impedire la diffusione della malattia (MEAD R. 1747: 6-7 citato da DARMON P. 1986: 34). È necessario sottolineare inoltre che la variazione costituiva un'altra pratica molto diffusa (HERBERT E.W. 1975).

Altri esempi di prevenzione del vaiolo e della tubercolosi sono documentati nell'articolo di Oladele Ajose (AJOSE O.A. 1957).

b) Antropologia medica, malattie infettive ed esperienza narrativa

Nell'ultimo decennio, alcune nuove forme interpretative nel campo dell'antropologia medica si sono sviluppate analizzando la malattia attraverso il vissuto del malato (*illness*) espresso sotto forma di racconto. Secondo questa prospettiva il vissuto della malattia, raccontata attraverso le storie di vita, gli studi di caso, le interviste e i dialoghi con malati o con medici, costituisce una forma di espressione narrativa che aiuta a capire il significato della malattia. Attraverso la narrazione si dà un senso al succedersi degli eventi, delle azioni e secondo Cheryl Mattingly e Linda Garro, il racconto, la narrazione, la vita vissuta, nel continuo equilibrio tra salute e malattia ci spingono ad interrogarci su alcune questioni di fondo: Che tipo di rappresentazione della malattia o della cura offre la narrazione? In che modo differisce da altri modi di rappresentazione della malattia e di comprensione dei fenomeni di cura? Vediamo la malattia in modo diverso quando ascoltiamo le storie dei malati? (MATTINGLY C. - GARRO L.C. 1994).

Questo approccio nasce da un'esigenza sempre più sentita tra coloro che si sono occupati di analizzare il rapporto tra salute e malattia da un punto di vista sociale e culturale: la sola spiegazione bio-medica della malattia non basta, esistono spazi di senso che restano nell'ombra se non si avvicinano da angolature diverse. L'emergere sempre più diffuso, quindi, di studi che cercano di comprendere l'esperienza della malattia a partire dal vissuto del malato, viene proprio da questo approccio critico che evidenzia le vistose lacune di una sola analisi delle tipologie mediche (CORIN E. 1993, GOOD B. - DELVECCHIO GOOD M.-J. 1981, 1993).

È certo però che il rinnovato interesse verso nuove forme di espressione è da ricollegare, all'interno dell'antropologia, all'analisi critica della struttura narrativa degli studi antropologici, fenomeno sviluppatosi soprattutto all'inizio degli anni '80, e che oggi si situa nella intersezione tra antropologia e il movimento così definito dei *Cultural Studies* (CLIFFORD J., MARCUS G.E. cur. 1986, MARCUS G.E. cur. 1992). Un'attenzione sempre maggiore è conferita all'analisi della retorica, delle figure di stile, utilizzate nelle monografie e negli studi etnografici. La critica si dirige proprio nei riguardi del modello utilizzato dagli antropologi, di tipo classificatorio piuttosto che narrativo (THORNTON R. 1992).

È necessario chiedersi se questi nuovi strumenti di analisi del racconto che provengono principalmente dalla critica letteraria, siano sufficienti a farci comprendere il polimorfismo, la multivocalità di senso legato alla esperienza della malattia. Ellen Corin e Gilles Bibeau ci propongono, in un testo recentemente pubblicato (BIBEAU G. - CORIN E. cur. 1995), una nuova strada che dovrebbe permettere di uscire dai limiti prodotti da questa eccessiva polarizzazione sulle nozioni di testo, discorso, racconto (CORIN E. - BIBEAU G. - UCHÔA E. 1993). Nel volume dal titolo *Beyond textuality* (1995), questi autori propongono appunto un approccio che combini gli elementi chiave della antropologia critica e interpretativa. Da una parte il racconto è visto come manifestazione dei rapporti di potere all'interno di una comunità, dall'altro l'esperienza della malattia manifesta un senso nel momento in cui l'esperienza individuale è ancorata ai valori culturali e agli elementi storici e contestuali.

La diffusione della pandemia dell'Aids ha prodotto il proliferarsi di "formazioni discorsive" su questo argomento che toccano aspetti politici, etici, tecnico-scientifici, sociali, di comunicazione. L'aspetto totalmente nuovo di questa malattia, sottolineato da Gilles Bibeau, è che per la prima volta, nella storia del rapporto tra popoli e malattie, ci sono molti, tanti malati, che raccontano il proprio vissuto, rompendo il silenzio, demistificando la malattia (BIBEAU G. 1994: 40). L'Aids diventa per Bibeau la malattia simbolo della post-modernità così come le neoplasie lo sono state per la modernità, in quanto si situa tra la trasgressione e la permissione, il lecito e ciò che è proibito, tra le libertà individuali e i rapporti collettivi, in un mondo in cui sempre più la libertà viene simboleggiata dalla trasgressione delle regole (BIBEAU G., MURBACH R. cur. 1991). Come suggerisce questo autore quindi, l'Aids ha fatto riemergere categorie interpretative ed elementi simbolici comuni e appartenenti al nostro passato, testo e dramma della sofferenza umana. Questi elementi emergono dai racconti dei malati che mostrano il progressivo e lento mutare dei rapporti sociali, lo stigma, l'esclusione sociale, e poi ancora la fragilità psicologica, l'estrema vulnerabilità dell'individuo sul piano psicologico e sociale. I malati sono diventati persino "maestri per i loro psicoterapeuti" portandoli a confrontarsi con se stessi, con le proprie paure, mettendo in discussione il proprio vissuto (MICHAUD G. 1994). Questa rimessa in discussione del proprio ruolo e della propria professionalità è avvenuta anche all'interno di una parte del corpo medico e infermieristico. Mai si è scritto tanto ed in prima persona su di una malattia, ed è certo che la lunga lista di libri di narrativa scritti dai malati ha aperto una porta nuova nel dibattito sull'esperienza e il vissuto individuale.

c) Antropologia medica applicata

La scelta di sviluppare, in anni relativamente recenti (fine anni Settanta), soprattutto programmi di tipo selettivo con interventi mirati a controllare alcune principali malattie, ha portato molti antropologi impegnati su questi argomenti ad analizzare gli aspetti culturali e sociali di singole malattie, in particolare le percezioni e i comportamenti riguardanti le malattie infettive. I temi principalmente sviluppati in campo antropologico riguardano ad esempio, le malattie controllabili con le immunizzazioni (HEGGENHOUGHEN H.K. - CLEMENTS J. 1987), le diarree (COREIL J. - MULL J.D. *curr.* 1988, KENDALL C. 1989), le malattie respiratorie acute, la tubercolosi (NICTER M. 1994), l'Aids⁽²⁾. La maggior parte di questi studi sono inscrivibili in quel filone di ricerca di antropologia medica applicata a programmi di sanità internazionale. Dal '75 ad oggi vi è stato infatti un forte incremento dell'apporto antropologico in programmi di sviluppo basati sulla strategia di assistenza sanitaria di base (*Primary Health Care*) (COREIL J. - MULL J.D. *curr.* 1990).

In questo filone di studi si è sviluppato un dibattito interessante che mostra come avvengono certi processi di trasformazione all'interno di alcune società tradizionali. Questo dibattito coinvolge oggi soprattutto coloro che si occupano non solo di adeguamento culturale dei programmi sanitari, ma di una loro vera integrazione nel tessuto culturale di un determinato contesto. Da una parte, tra gli operatori coinvolti in programmi di sviluppo, si afferma che per realizzare un programma non sia necessario spiegare alla popolazione qual'è il significato dell'intervento. Si sostiene in pratica che l'importante è che la gente accetti un programma di vaccinazioni, che introduca in campo nutrizionale nuovi prodotti, che faccia uso di farmaci appropriati per combattere certe malattie senza che necessariamente conosca, comprenda il significato delle azioni, interpretando di conseguenza l'atto secondo i propri paradigmi di pensiero. In questo senso non è strettamente necessario capire come una comunità interpreta certe malattie e che tipo di pratiche attui per prevenirle. In effetti, così come mostrato nell'esempio successivo, è possibile che una cultura adotti nuove pratiche senza modificare radicalmente il modello cognitivo tradizionale (MULL D. - ANDERSON J.W. - MULL D. 1990).

Il problema è però quello di capire che cosa avvenga realmente all'interno della comunità, altri autori infatti, in contrapposizione con i primi, sostengono la necessità di elaborare processi educativi che coinvolgano le popolazioni e creino un *meaningful community involvement* attraverso un processo di "coscientizzazione". Il passo previo è quello di capire i significati che si "nascondono" dietro alle azioni di una comunità per poter realizzare pro-

grammi sanitari che abbiano un senso, che rispondano alle idee espresse ad Alma-Ata, che adeguino i programmi al contesto culturale locale (NICTER M. 1990). Abbiamo bisogno non tanto di *social marketing* di prodotti, ma di conoscenza riguardo a quei prodotti (*ibidem*: 218).

È quindi certamente controverso il tema riguardante i processi di trasformazione all'interno di una cultura. Come dicevo, da una parte vi sono coloro che asseriscono che certi cambiamenti comportamentali sono possibili anche se in un determinato gruppo non vengono comprese le ragioni che stanno dietro quelle trasformazioni, altri invece affermano che è necessario creare un processo di comprensione dei significati nascosti nelle azioni, che coinvolga la popolazione sia a livello cognitivo che comportamentale. Citeremo due esempi che mostrano gli aspetti contrapposti del problema.

Dorothy Mull ed altri autori hanno recentemente presentato un caso certamente emblematico che riafferma la prima tesi: le comunità montane della parte nord-occidentale del Pakistan sono solite cospargere i neonati con sterco secco di mucca utilizzato in modo simile al talco; al tempo stesso fanno frequente uso di sale di roccia, aggiunto nel tè o negli alimenti (MULL D. - ANDERSON J.W. - MULL D. 1990). Queste due pratiche, considerate dalla popolazione salutari e benefiche, in realtà producono alcuni gravi problemi sanitari: nel primo caso, episodi di tetano neonatale, nel secondo frequenti casi di gozzo endemico da carenza di iodio. Gli Autori sottolineano che la popolazione ha accettato di modificare queste pratiche nonostante il modello biomedico del tetano e del gozzo non fosse capito e si continuasse a interpretare queste patologie secondo criteri tradizionali. Certi comportamenti sono quindi stati modificati senza che vi sia stata una trasformazione anche a livello cognitivo. Gli Autori ritengono che ciò sia stato prodotto grazie ad un fattore contestuale importante: le popolazioni sono di religione mussulmana ismailita ed entrambe le pratiche sono state modificate nell'ambito di un programma di prevenzione promosso da operatori sanitari ismailiti. Pur non essendo stato modificato il modello concettuale, le modifiche sul piano comportamentale si sono prodotte grazie a fattori legati al contesto religioso.

In un esempio che suffraga la seconda tesi e che riguarda le attività di vaccinazione in un contesto indiano, Nichter sostiene che quando alla comunità si fornisce una limitata informazione circa l'azione delle vaccinazioni, nascono incomprensioni, false aspettative, paure, che a loro volta influenzano negativamente l'efficacia e l'appropriatezza delle attività di immunizzazione (NICTER M. 1990). In questo senso, la *compliance* alle immunizzazioni si ottiene attraverso precise relazioni di potere, e non per una vera comprensione di come le vaccinazioni funzionino e quali siano le ragioni del loro utilizzo (*ibidem*). È necessario dare alla popolazione un ruolo di responsabilità

nella realizzazione dei programmi di immunizzazione sviluppando un modello di comunicazione "convergente" piuttosto che di persuasione (KINCALD citato da NICTER M. 1990: 213). Bisogna trasformare una accettazione passiva in una domanda esplicita e questo processo richiede una appropriata concettualizzazione di cosa le immunizzazioni siano e a che cosa servano (NICTER M. 1990: 213). Questo autore suggerisce che l'uso di strumenti educativi che utilizzino la analogia come processo cognitivo di riferimento, permettono di sviluppare azioni fondate su modelli culturali organizzati su alcune metafore centrali rilevanti per la comunità (NICTER M. 1989).

Nella maggior parte dei Paesi in via di sviluppo, l'introduzione di metodi occidentali di prevenzione, di controllo e di terapia delle malattie trasmissibili si è imposta in sostituzione di un altro modello di pensiero, tradizionale, legato al contesto di origine. È certo che se un modello mostra una qualche efficacia a corto termine può più facilmente essere accettato da una comunità, ma affinché questo si integri effettivamente deve anche essere compreso. Sappiamo come le pratiche occidentali siano concepite in funzione di un modello concettuale basato su una serie di elementi fondamentali, infatti in un precedente articolo, avevo sostenuto che una integrazione delle pratiche preventive occidentali è possibile solo se il modello concettuale di sostegno è compreso e accettato (CAPRARA A. 1991). Per esempio, affinché i metodi di prevenzione dell'Aids possano essere adottati, è necessario che i concetti fondamentali legati alla trasmissibilità della malattia risultino chiari e accettati dall'insieme della comunità. Questa constatazione, apparentemente semplice, mostra la sua complessità nel momento in cui si analizzano le categorie sulle quali si struttura il concetto di trasmissibilità di una malattia in un contesto tradizionale. Se pensiamo ad esempio ai programmi di educazione e prevenzione dell'Aids nel contesto africano, e ai tentativi di modificare i comportamenti delle popolazioni, le reazioni di queste hanno fatto riflettere su come le malattie trasmissibili sono interpretate e quali pratiche tradizionali vengono adottate per impedirne la trasmissione. In un articolo pubblicato sull'argomento, abbiamo cercato di mostrare come le interpretazioni dell'Aids tra due popolazioni della Costa d'Avorio, i Beté e i Baulé, si strutturano sia a partire dalle categorie tradizionali di interpretazione delle malattie, sia sulla base di categorie occidentali (CAPRARA A. *et al.* 1993). Ma quello che mi preme sottolineare è la necessità di affrontare l'argomento nella sua complessità, cercando di capire le regole, le strategie e le pratiche tradizionali non tanto sulle singole malattie, ma sul problema della trasmissibilità, del contagio nella sua globalità. Solo in una fase successiva, a mio avviso, possono essere analizzate le categorie tradizionali legate alle singole malattie, ma che in questo senso vengono comprese all'interno di uno schema più complessivo.

Una nuova proposta: la ricerca sul contagio presso gli Alladian

Ritengo che l'approccio culturale alle malattie infettive debba essere affrontato in futuro in modo più ampio, uscendo dal vincolo interpretativo legato alla singola malattia, cercando invece di capire gli elementi cognitivi e le pratiche più generali legate al contagio. Questo tema dovrebbe essere al centro dell'attenzione degli studi riguardanti i processi di trasformazione, rielaborazione, cambiamento che avvengono in molte società tradizionali, in merito a problemi riguardanti la salute e la malattia. Il discorso sulla contagiosità delle malattie, delle pratiche tradizionali di prevenzione e controllo permette infatti di spostare l'attenzione sui problemi cognitivi e pratici che si producono in una cultura quando coesistono diverse categorie mediche. Porta ad un'analisi più attenta del rapporto tra pensiero empirico e analogico, dell'organizzazione sociale e dei valori culturali, delle concezioni del corpo e dell'individuo.

In uno studio realizzato presso gli Alladian della Costa d'Avorio, ho cercato di metter in luce questi aspetti, mostrando come le rappresentazioni e le pratiche di prevenzione del contagio abbiano un fondamento sociale e culturale e non appartengano ad una teoria causale specifica e "svincolata" dai valori culturali della comunità (CAPRARA A. 1994).

Gli Alladian vivono in 14 villaggi sulla costa atlantica della Costa d'Avorio ad una cinquantina di chilometri a sudovest rispetto alla città di Abidjan. La lingua di terra di una sessantina di chilometri nella quale vivono, si situa tra il mare e la laguna Ebrié. Un tempo si dedicavano alla pesca che però oggi ha perso il ruolo chiave nella economia familiare, sostituita in larga misura dalla coltivazione delle noci di cocco. Gli Alladian sono organizzati socialmente in una struttura di parentela di tipo matrilineare a residenza patrilocale. Diversi matrilineaggi, *ecoko*, uniti da legami di parentela formano un matriclan, *eme* (AUGÉ M. 1969). Altro elemento costitutivo importante della organizzazione sociale è l'*esuba*, la classe d'età, che raggruppa gli individui in gruppi d'età, indipendentemente dalla loro appartenenza ai diversi lignaggi.

Le idee sul contagio attraversano trasversalmente la società mettendo in gioco cinque rapporti principali: 1) il pensiero empirico e il pensiero analogico; 2) gli elementi simbolici (le categorie di puro e impuro) e l'organizzazione sociale; 3) le concezioni legate alla persona e gli elementi corporei; 4) i poteri naturali e soprannaturali; 5) infine i fattori individuali e contestuali.

Permettetemi di partire proprio da questo ultimo punto; ciò che deve esse-

re sottolineato riguarda proprio il fatto che elementi individuali e contestuali permettono di stravolgere le regole stabilite. Ciò significa che la predisposizione individuale, la volontà di commettere un'infrazione, la paura dell'individuo di fronte alla malattia, sono tutti elementi che intervengono in modo determinante nel modificare le regole. Prendiamo ad esempio il caso della malattia *akra-kra*, considerata da molti come simile al vaiolo anche se una stretta corrispondenza tra nosografia occidentale e tradizionale non può essere fatta⁽³⁾. È necessario innanzitutto notare che il termine *akra-kra* significa malattia benevola. In realtà, proprio gli Alladian hanno sempre temuto questa malattia che spesso in passato ha mietuto molte vittime propagandosi in ripetuti episodi epidemici. La temono tanto che, proprio come gli Alladian suggeriscono, il termine di malattia benevola acquista un valore importante nel diminuire il pericolo della malattia, permette di ridurre il suo potere malefico, di mostrare che non si ha paura. Questo atteggiamento nei confronti della malattia vale anche a livello individuale: se per esempio una persona teme di visitare un malato affetto da questa malattia, la paura può essere una ragione sufficiente perché questa persona si ammali. Se quindi sul piano empirico, l'esperienza insegna che queste malattie contagiose possono trasmettersi per contatto diretto con i malati e quindi si adottano comportamenti atti a prevenire il diffondersi delle malattie, al tempo stesso, questo comportamento può essere considerato come una manifestazione di timore nei confronti della malattia e quindi causa sufficiente per la sua comparsa. L'individuo si trova quindi imprigionato tra due interpretazioni che conducono ad agire in modo contrapposto. Siamo in pieno paradosso interpretativo.

Poi c'è tutto il problema della trasgressione individuale alle regole, il sovvertimento dell'ordine stabilito, tema centrale soprattutto nelle dinamiche familiari, nei rapporti tra padre e figlio, tra moglie e marito, ma anche, ad esempio, tra diverse generazioni, ponendo in contrasto il rapporto e la struttura delle classi d'età. Un esempio è quello della malattia *niambure*, prodotta da un atto incestuoso tra due persone appartenenti allo stesso lignaggio materno, un uomo con la sorella o la cugina matrilaterale. Affinché la malattia si verifichi è necessaria la volontarietà nel commettere l'infrazione; i due devono trasgredire una regola sapendo di farlo e quindi non compare in un rapporto tra due persone che non sapevano di avere un legame di parentela. Siamo quindi ancora in un legame incestuoso di primo tipo e non di secondo come ben descritto da Françoise Héritier (HÉRITIER F. 1994), ma la particolarità sta proprio nel fatto che per ammalarsi è necessaria la trasgressione volontaria delle regole.

In un altro caso, ad esempio, un adulterio può provocare la malattia *pisa*, che presenta manifestazioni simili alla tubercolosi. Compare nel marito dopo che la moglie ha commesso un adulterio con un altro uomo, e chiama in causa le norme che regolano la sessualità e i comportamenti sociali. Ciò che è importante notare è che la malattia può poi trasmettersi ad altre persone, attraverso altre forme di contagio che mettono in gioco il rapporto tra puro e impuro, le concezioni del corpo, dell'individuo, il rapporto tra uomini e donne. L'estrema variabilità eziologica impone quindi di contestualizzare di volta in volta le forme di trasmissione della malattia.

Ciò che è emerso dal confronto dei dati raccolti attraverso le interviste con persone chiave della comunità e dalle storie di caso, riguarda proprio il modo con cui gli Alladian interpretano la possibile causa della malattia. Se ad esempio la malattia compare in un individuo dopo che questi è stato in contatto con un altro malato, l'interpretazione è di tipo empirico e fa riferimento al passaggio diretto della malattia da un individuo ad un altro. Se invece non si presenta questa situazione, la definizione della causa si basa su altre forme interpretative. È quindi innanzitutto un pensiero concreto, basato sull'esperienza quotidiana che permette di comprendere la causa e la trasmissione della malattia. Questa struttura interpretativa concreta è accompagnata da un'altra forma di comprensione della realtà che è caratterizzata dall'utilizzo del pensiero analogico. I dati mostrano come spesso la trasmissibilità sia interpretata attraverso categorie tra loro legate dalla similitudine di forma, colore, sostanza o dalla contiguità tra diversi elementi. Ad esempio, una delle malattie contagiose meglio conosciute si chiama *ebrouakpe*, termine che designa sia le vene e i nervi della struttura corporea che le radici degli alberi. Un rapporto analogico già insito nella semantica del termine lega alcuni elementi del corpo umano e del mondo vegetale. Molti altri esempi permettono di sottolineare l'importanza di questa forma interpretativa nella comprensione della realtà come documentato precedentemente sia nella cultura occidentale (FOUCAULT M. 1966 [1967], FRAZER J.G. 1973 [1922]) sia in altre culture (BIBEAU G. 1981, 1992, NICTER M. 1989).

L'analisi di diversi casi di malati affetti da malattie trasmissibili in territorio alladian, mi ha permesso di capire non solo le regole tradizionali di interpretazione della malattia, ma anche di analizzare come questa si articoli con la medicina occidentale che sin dagli inizi di questo secolo è stata introdotta nel territorio. Ora ciò che mi preme sottolineare è che la cultura tradizionale è stata ben poco influenzata dal modello occidentale, al contrario, direi che i servizi di salute di tipo occidentale vengono utilizzati a partire da una rielaborazione del modello medico. Il fatto che questa

cultura, da lunga data in contatto con quella occidentale, non abbia radicalmente mutato le proprie regole interpretative sulle malattie contagiose, ma abbia al contrario rielaborato e trasformato le pratiche mediche occidentali a partire dai propri modelli, è dovuto a tre ragioni principali: la prima è riferita a ciò che menzionavo prima, e cioè il fatto che le interpretazioni tradizionali sono talmente articolate con i valori e i comportamenti sociali della comunità (non appartengono quindi ad una teoria specifica e unitaria) che la loro messa in discussione significherebbe il sovvertimento di molte regole sociali; il secondo motivo è di tipo storico: un'analisi attenta dei documenti d'archivio riguardanti l'introduzione della medicina occidentale, principalmente a partire dal 1903 e negli anni successivi, mostra che questo processo è avvenuto senza produrre profonde trasformazioni nella società tradizionale. Si è trattato di realizzare nei primi anni campagne di vaccinazione, brevi missioni mediche con il compito di curare i malati gravi e organizzare sotto forma di *corvées* imposte alle popolazioni locali, lavori di miglioramento delle condizioni igieniche dei villaggi. Ancora oggi, nei territori alladian, la medicina occidentale si occupa essenzialmente degli aspetti curativi, realizzati nell'ospedale di Jacquerville e in alcuni consultori, senza un vero e proprio coinvolgimento della popolazione attraverso programmi di educazione sanitaria, promozione e prevenzione.

La terza ragione è di natura più generale e riguarda i processi di trasformazione nel loro complesso. L'affermazione della teoria dei germi ha prodotto una rivoluzione concettuale nel mondo occidentale seguita da numerosi dibattiti, contraddizioni, conflitti anche perché si trattava di un fenomeno endogeno alla cultura occidentale. L'introduzione della medicina in Africa Occidentale è stato un processo in parte esogeno, estraneo ai concetti tradizionali, e solo in parte è stato rielaborato a partire dalle categorie tradizionali. Ad esempio, un caso di una persona ammalata di tubercolosi mostra bene questo fatto; il malato spiega le regole cosigliate dal personale sanitario per prevenire la diffusione della malattia e la reazione dei membri della famiglia:

«Quando ho avuto la tubercolosi mi avevano consigliato in ospedale, di mangiare da solo per non contaminare altre persone, ma quando sono tornato a casa, e ho spiegato ciò agli altri membri della mia famiglia, questi mi hanno detto che "sono cose di bianchi", che si trattava di una malattia curabile e che quindi dovevo mangiare insieme a loro».

I consigli suggeriti dal personale sanitario restano una "cosa per bianchi", non appartengono alla cultura tradizionale, costituiscono un aspetto estraneo ai valori della comunità.

Conclusioni

Ho cercato di presentare, in questo articolo, alcune idee riguardanti l'approccio antropologico alle malattie trasmissibili. Mi sembra che il problema del contagio si situi al centro delle differenze, contraddizioni, paradossi tra paradigma medico occidentale e forme tradizionali di interpretazione della malattia. Ho quindi presentato un'analisi critica di alcune ricerche di antropologia medica applicata che affrontano il problema attraverso un approccio, a mio modo di vedere, riduttivo perchè focalizzato su singole malattie. Ho presentato in alternativa una prospettiva più globale che tenta di articolare il problema del contagio nel suo complesso con i valori culturali, le regole sociali, le concezioni dell'individuo e del corpo. In un precedente lavoro, sulla base di dati di tipo storico-etnografico, ho cercato di capire come la medicina occidentale sia stata introdotta in un contesto tradizionale, mettendo in luce i processi di trasformazione che hanno portato alla coesistenza di diverse forme di interpretazione e trattamento (CAPRARA A. 1994). Sulla base di questi dati ho mostrato come, presso gli Alladian, vi sia un processo che ha permesso di rielaborare i concetti e le pratiche occidentali a partire dalle proprie categorie interne. Al tempo stesso la trasmissibilità delle malattie viene interpretata non tanto sulla base di una teoria specifica e unitaria quanto piuttosto in riferimento alle concezioni riguardanti l'individuo, il corpo, l'organizzazione sociale. Il contagio può essere quindi considerato come una categoria trasversale che attraversa e lega tra loro aspetti sociali e culturali della comunità.

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare in particolare Gilles Bibeau: con lui ho discusso, in ripetute occasioni, molte delle idee espresse in questo articolo e in parté già pubblicate; un grazie inoltre agli Alladian di Jacqueville e Ahua che mi hanno aiutato nella raccolta dei dati, avvenuta durante il periodo che va dal 1990 al 1992.

Note

- (1) In letteratura sono stati pubblicati due articoli interessanti che si riferiscono a questo tema: quelli di Michel Perrin (PERRIN M. 1985) e di Marguerite Dupire (DUPIRE M. 1985). Va inoltre sottolineato un capitolo del libro di Marc Nichter (NICHTER M. 1989), e uno di Sylvie Fainzang (FAINZANG S. 1986).
- (2) Innumerevoli sono gli studi di carattere antropologico che riguardano l'Aids e sarebbe impossibile menzionarli in modo esaustivo in questo articolo.
- (3) In questa situazione ad esempio, proprio perché ne vengono ancora oggi diagnosticati diversi casi (sappiamo che il vaiolo è scomparso ufficialmente nel 1978), ci si riferisce presumibilmente ad alcune malattie esantematiche come la varicella.

Riferimenti bibliografici

- AJOSE Oladele A. (1957), *Preventive medicine and superstition in Nigeria*, "Africa", 27, 1957, pp. 268-274.
- AUGÉ Marc (1969), *Le rivaige alladian*, ORSTOM, Paris (Mémoires ORSTOM n. 34).
- AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori) (1986 [1984]), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, ediz. italiana a cura di Francesco MAIELLO, traduz. dal francese di Annick WOUTERS - Lietta FERRI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1984].
- BIBEAU Gilles (1981), *The circular semantic network in Ngbandi disease nosology*, "Social Science & Medicine", 15B, 1981, pp. 295-307.
- BIBEAU Gilles (1992), *Entre sens et sens commun. Exposé de présentation à l'Académie des lettres et des sciences humaines de la Société Royale du Canada*.
- BIBEAU Gilles (1994), *Une mémoire oubliée. Des traces arcaïques dans une épidémie post-moderne*, "Vice Versa" (Montréal), 40-43, maggio 1994.
- BIBEAU Gilles, MURBACH Ruth (curatore) (1991), *Présentation. Déconstruire l'univers du SIDA*, "Anthropologie et Sociétés", 15, 2-3, 1991, pp. 5-11.
- BIBEAU Gilles - CORIN Ellen (curatori) (1995), *Beyond Textuality. Ascetism and violence in anthropological interpretation*, Mouton - De Gruyter, Berlin - New York.
- CAPRARA Andrea (1991), *La contagion. Conceptions et pratiques dans la société alladian de Côte-d'Ivoire*, "Anthropologie et Sociétés", 15, 2-3, 1991, pp. 189-203.
- CAPRARA Andrea (1994), *Les interprétations de la contagion: représentations et pratiques chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, tesi di dottorato, Université de Montréal.
- CAPRARA Andrea - SÉRI Dedy - DE GREGORIO Giulio - PARENZI Alessandro - SALAZAR Carlos M. - GOZÉ Tapé (1993), *The perception of AIDS in the Bété and Baoulé of the Ivory Coast*, "Social Science & Medicine", 36, 9, 1993, pp. 1229-1235.
- CLIFFORD James, MARCUS George E. (curatore) (1986), *Writing culture*, University of California Press, Berkeley.

- COREIL J. - MULL J.D. (curatori) (1988), *Anthropological studies of diarrheal illness*, "Social Science & Medicine", 27, 1 (special issue), 1988.
- COREIL J. - MULL J.D. (curatori) (1990), *Anthropology and primary health care*, Westview Press, Boulder.
- CORIN Ellen (1993), *Présentation. Les détours de la raison. Repères sémiologiques pour une anthropologie de la folie*, pp. 5-20, in CORIN Ellen (curatore), *Folie / Espaces de sens*, "Anthropologie et Sociétés", vol. 17, n. 1-2, 1993, pp. 5-237.
- CORIN Ellen - BIBEAU Gilles - UCHÔA Elizabeth (1993), *Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali*, pp. 125-156, in CORIN Ellen (curatore), *Folie / Espaces de sens*, "Anthropologie et Sociétés", vol. 17, n. 1-2, 1993, pp. 5-237.
- DARMON Pierre (1986), *La longue traque de la variole*, Librairie Perrin, Paris.
- DAWSON Marc H. (1979), *Smallpox in Kenya, 1880-1920*, "Social Science & Medicine", 13B, 1979, pp. 245-250.
- DOMERGUE-CLOAREC Danielle (1986), *Politique coloniale française et réalités coloniales: la santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*, Association des Publications de l'Université de Toulouse - Le Mirail, Toulouse.
- DOUGLAS Mary (1979 [1970]), *I simboli naturali. Esplorazioni in cosmologia*, trad. dall'inglese di Primo LEVI, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Natural symbols*, Penguin Books, Harmondsworth (Middlesex), 1970, 1973].
- DOUGLAS Mary (1981 [1966]), *De la souillure*, trad. dall'inglese, François Maspero, Paris [ediz. orig.: *Purity and danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*, Penguin Books, Harmondsworth (Middlesex) 1966, ediz. italiana: *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, trad. dall'inglese di Alida VATTA, introduzione all'ediz. italiana di Guido FERRARO, Il Mulino, Bologna, 1975].
- DUPIRE Marguerite (1985), *Contagion, contamination, atavisme: trois concepts sevrer ndut (Sénégal)*, "L'Ethnographie", 96-97, 1985, pp. 123-139.
- FAINZANG Sylvie (1986), *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Éditions L'Harmattan, Paris.
- FAYE Joseph (1979), *Les épidémies de variole en Côte d'Ivoire (1900-1940)*, mémoire de maîtrise, Département d'Histoire, Université d'Abidjan.
- FORD John (1979), *Ideas which have influenced attempts to solve the problems of African trypanosomiasis*, "Social Science & Medicine", 13B, 1979, pp. 269-275.
- FOUCAULT Michel (1966 [1967]), *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Gallimard, Paris [ediz. italiana: *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*, con un saggio critico di Georges CANGUILHEM, trad. dal francese di Emilio PANAITESCU, Rizzoli, Milano, 1967].
- FOUCAULT Michel (1969 [1971]), *L'archéologie du savoir*, Gallimard, Paris [ediz. italiana: *L'archeologia del sapere*, trad. dal francese di Giovanni BOGLIOLO, Rizzoli, Milano, 1971].
- FRAZER James G. (1973 [1922]), *Il ramo d'oro*, trad. dall'inglese, Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *The golden bough. A study in magic and religion*, 1922].
- GOOD Byron J. - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1981), *The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice*, pp. 165-196, in EISENBERG L. - KLEINMAN A. (curatori), *The relevance of social science for medicine*, D. Reidel Publishing Co., Dordrecht.
- GOOD Byron - DELVECCHIO GOOD Mary-Jo (1993), *Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie en Turquie*, pp. 21-42, in CORIN Ellen (curatore), *Folie / Espaces de sens*, "Anthropologie et Sociétés", vol. 17, n. 1-2, 1993, pp. 5-237.
- HEGGENHOUGHEN H.K. - CLEMENTS J. (1987), *Acceptability of childhood immunization: social science per-*

spectives, Evaluation and Planning Centre for Health Care - London School of Hygiene and Tropical Medicine, London (EPC publication n. 14).

HERBERT Eugenia W. (1975), *Smallpox inoculation in Africa*, "Journal of African History", 16, 4, 1975, pp. 539-559.

HÉRITIER Françoise (1994), *Les deux sœurs et leur mère*, Éditions Odile Jacob, Paris.

HUGHES Charles - HUNTER John M. (1970), *Disease and development in Africa*, "Social Science & Medicine", 3, 4, 1970, pp. 443-493.

JANZEN John M. (1978), *The quest for therapy in lower Zaire*, University of California Press, Berkeley.

KENDALL Carol (1989), *The use and non-use of anthropology: the diarrheal disease control program in Honduras*, in VAN WILLIGEN J. - RYLKO-BAUER B. - McELROY A. (curatori), *Making our research useful*, Westview Press, San Francisco.

LYONS Maryinez (1985), *From "death camps" to "cordon sanitaire": the development of sleeping sickness policy in the Uele District of the Belgian Congo 1903-1914*, "Journal of African History", 26, 1985, pp. 69-91.

MARCUS George E. (curatore) (1992), *Rereading cultural anthropology*, Duke University Press, Durham - Londra.

MATTINGLY Cheryl - GARRO Linda C. (1994), *Introduction*, "Social Science & Medicine", 38, 6 (special issue on narrative and representations of illness and healing), 1994, pp. 771-774.

MICHAUD Ginette (1994), *La mort anticipée*, recensione del libro di Chantal SAINT-JARRE, *Du SIDA. L'anticipation imaginaire de la mort et sa mise en discours*, "Spirale" (Montréal), 134, aprile 1994.

M'BOKOLO E. (1986 [1984]), *Storia delle malattie, storia e malattia: l'Africa*, pp. 145-174, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, ediz. italiana a cura di Francesco MAIELLO, traduz. dal francese di Annick WOUTERS - Lietta FERRI, Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Histoire des maladies, histoire et maladie: l'Afrique*, in AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1984].

MULL D. - ANDERSON J.W. - MULL D. (1990), *Cow dung, rock salt, and medical innovation in the Hindu Kush of Pakistan: the cultural transformation of neonatal tetanus and iodine deficiency*, "Social Science & Medicine", 30, 6, 1990, pp. 675-691.

NICHTER Marc (1989), *Anthropology and international health. South Asian case studies*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

NICHTER Marc (1990), *Vaccinations in south Asia: false expectations and commanding metaphors*, in COREIL J. - MULL J.D. (curatori), *Anthropology and primary health care*, Westview Press, Boulder.

NICHTER Marc (1994), *Illness semantics and international health: the weak lungs/TB complex in the Philippines*, "Social Science & Medicine", 38, 5, 1994, pp. 649-663.

PERRIN Michel (1985), *Les fondaments d'une catégorie étiologique (la notion de contamination chez les Guajiro)*, "L'Ethnographie", 96-97, 1985, pp. 103-122.

SWANSON Maynard W. (1977), *The sanitation syndrome: bubonic plague and urban native policy in the Cape Colony, 1890-1909*, "Journal of African History", 18, 3, 1977, pp. 387-410.

THORNTON R. (1992), *The rhetoric of ethnographic holism*, in MARCUS George E. (curatore), *Rereading cultural anthropology*, Duke University, Durham - Londra.

TURSHEN Meredith (1977), *The impact of colonialism on health and health services in Tanzania*, "International Journal of Health Services", 7, 1, 1977, pp. 7-35.

WIESENFELD Stephen L. (1967), *Sickle-cell trait in human biological and cultural evolution*, "Science", 157, 1967, pp. 1134-1140.

Scheda sull'Autore

Andrea Caprara è nato a Novi (provincia di Modena) il 2 novembre 1955. Ha conseguito la laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli studi di Modena e il dottorato (Ph.D.) in antropologia presso l'Université de Montréal (Québec, Canada), con una tesi diretta da Gilles Bibeau. Dal 1989 al 1995 è stato docente di antropologia medica presso l'International course for PHC managers, Centro di collaborazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la formazione e la ricerca, presso l'Istituto superiore di sanità, Roma. È attualmente professor visitante presso l'Instituto de saúde coletiva, Universidade federal da Bahia, e presso la Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza, Brasile. In queste due istituzioni brasiliane è docente di antropologia medica, antropologia dei servizi sanitari, metodologia di ricerca, e si interessa di metodi educativi innovativi quali l'apprendimento per problemi (*problem based learning*).

I suoi principali interessi scientifici riguardano l'applicazione di metodi di ricerca di tipo qualitativo e quantitativo, gli aspetti socio-culturali riguardanti le malattie trasmissibili nei Paesi in via di sviluppo, incluso l'Aids, il rapporto tra medicine tradizionali e medicina occidentale in un contesto multietnico, l'esperienza e le rappresentazioni della malattia in antropologia medica, la pianificazione di attività sanitarie, gli aspetti sociali e culturali riguardanti l'organizzazione dei servizi sanitari nei Paesi in via di sviluppo, la storia della medicina in Europa e l'introduzione dei paradigmi scientifici occidentali in Africa e America Latina. Ha svolto attività professionale e di ricerca in Perù (1982-1985), Côte d'Ivoire (1990-1992), Indonesia (1994-1995) e attualmente a Salvador (Bahia) e Fortaleza (Ceará) in Brasile. Ha svolto diverse missioni all'estero con organismi di volontariato internazionale, MLAL e COOP (Bolivia, Messico, Uruguay, Brasile), e con il Ministero degli affari esteri (Temuco, Cile). È inoltre membro del Comitato di redazione di "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica".

Tra le principali pubblicazioni più specificamente connesse all'antropologia medica: (in collaborazione con Diana De Tomaso - Edoardo Chiesa), *Trabajo con parteras tradicionales en la provincia de Grau*, pp. 189-225, in L.M. Saravia - R. Sueiro Cabredo (curatori), *Experiencias de desarrollo en la medicina tradicional y moderna*, CAAAP - DESCO, Lima, 1985 / *La contagion: conceptions et pratiques dans la société Alladian*, "Anthropologie et Sociétés", 15, 2-3, 1991, pp. 189-203 / (in collaborazione con Yelibi Sibili - Paola Valenti - Claudio Volpe), *Socio-cultural aspects of AIDS in an urban peripheral area of Abidjan (Côte d'Ivoire)*, "AIDS Care", 5, 2, 1993, pp. 187-197 / (in collaborazione con Dedy Seri - Giulio De Gregorio - Alessandro Parenzi - Carlos Salazar - Tape Goze), *The perception of AIDS in the Bété and Baoulé of Côte d'Ivoire*, "Social Science & Medicine", 36, 9, 1993, pp. 1229-1235 / (in collaborazione con Agnese Ingegno - Miguel Kiassekoka - Dolly Mattosovich), *Stratégies et vulnérabilité des personnes séropositives et sidéennes à Abidjan*, "Santé Culture - Culture Health", 10, 1-2, 1993-1994, pp. 135-152 / *Interdisciplinarietà, participación, métodos de investigación. La experiencia del ICHM en el campo de la investigación acerca de la calidad de los servicios de salud*, pp. 50-58, in *El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Actas del Seminario internacional (Santa Cruz de la Sierra)*, SNS - OPS - OMS - COOP, Bolivia, 1995 / (in collaborazione con Barbara Castelli Gattinara - Jaime Ibacache - Carlos Terán Puente - Jolanda Giaconi), *Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo - Bolivia*, "Cadernos de Saúde Pública", 11, 3, 1995, pp. 425-438. Alla recente XX Reunião brasileira de antropologia - I Conferência "Relações étnicas e raciais na América latina e Caribe" (Salvador, Bahia, 14-18 aprile 1996) ha presentato due relazioni: *As interpretações do contágio e O médico ferido: Omolú e os labirintos da doença*.

Riassunto

Similitudine e contiguità. Elementi di antropologia del contagio

La prima parte dell'articolo propone una analisi di tre approcci di tipo antropologico riguardanti le malattie trasmissibili ed in particolare: a) l'antropologia storica; b) l'antropologia interpretativa; c) l'antropologia medica applicata. In una seconda parte, sulla base di dati etnografici raccolti presso gli Alladian della Costa d'Avorio, viene presentato come, in un contesto tradizionale, è interpretata la trasmissione della malattia e come questa si collega, nella pratica quotidiana, con le concezioni riguardanti il corpo, l'individuo, l'organizzazione sociale. In effetti, non si tratta di una forma interpretativa strutturata su di una teoria specifica, essendo il contagio una categoria trasversale che lega tra loro diversi aspetti culturali e sociali.

Sommaire

Similitude et contigüité. Éléments d'anthropologie de la contagion

L'article constitue une analyse de trois approches anthropologiques qui concernent les maladies infectieuses et en particulier: a) l'anthropologie historique; b) l'anthropologie interprétative; c) l'anthropologie médicale appliquée. Ensuite, sur la base de matériaux ethnographiques recueillis chez les Alladian de la Côte d'Ivoire, nous examinerons comment, dans un contexte traditionnelle, on interprète la transmission de la maladie et comment celle-ci soit liée aux conceptions du corps, de la personne, des rapports interpersonnels et à l'organisation sociale. La contagion acquiert donc un sens, à partir des codes interprétatifs qui structurent les dynamiques sociales, et pas du tout sur la base d'une théorie spécifique et unitaire. La contagion constitue une catégorie transversale qui lie la maladie à l'organisation sociale et aux valeurs culturelles d'une communauté particulière.

Resumen

Similitud y contigüidad. Elementos de antropología del contagio

En la primera parte del artículo se presenta un análisis de tres criterios antropológicos en relación con las enfermedades transmisibles, a saber: a) antropología histórica; b) antropología interpretativa; c) antropología médica aplicada. En la segunda parte, en base a los datos etnográficos recogidos entre los Alladian de la Costa de Marfil, se expone como, en un contexto tradicional, se interpreta la transmisión de la enfermedad y como ésta se relaciona, en la práctica de todos los días, con las concepciones que se refieren al cuerpo, al individuo, a la organización social. En realidad, no se trata de una forma de interpretación que se estructura en una teoría científica, siendo el contagio una categoría transversal que une entre sí diversos aspectos culturales y sociales.

Abstract

Similarity and contiguity. Some elements of an anthropology of contagion

This paper presents an analysis of three main anthropological approaches to transmissible diseases and in particular: a) historical anthropology; b) interpretive anthropology; c) applied medical anthropology. A description of the interpretations of disease transmission among Alladian of Ivory Coast, demonstrates how disease transmission is strictly connected with body and person concepts, interpersonal relationships and social organisations. Contagion is not interpreted on the basis of a specific theory but it constitutes a transversal category connecting social organisation and cultural values.