

Articoli/Articles

UNO STUDIO ETNOGRAFICO DELLE PRATICHE E DEI
SAPERI MEDICI NEL CONTESTO NAHUA
(NAUPAN, PUEBLA, MESSICO)*

SILVIA IORIO

Università degli Studi dell'Insubria, Milano, I

SUMMARY

*AN ETHNOGRAPHIC STUDY OF MEDICAL PRACTICES AND
KNOWLEDGE IN THE NAHUA CONTEST (NAUPAN, PUEBLA, MEXICO)*

In the last thirty years, the improvement of biomedical acculturate had influenced the medical tradition of Nauha, in souther-eastern Mexico. The study analyses how the constituent elements of biomedical tradition are incorporated into new rhetorical, diagnostic and therapeutic strategies, mixed with languages and symbols typical of local tradition.

Introduzione

Nel contesto messicano, denotato da un'importante composizione pluralistica, i saperi e le pratiche mediche tradizionali sono il risultato di secolari processi di ibridazione che oggi, nel confronto con il modello biomedico capillarmente diffuso anche nelle zone rurali del paese, sono stimolati da continui scambi reciproci tra i portatori delle diverse risorse terapeutiche.

Indagando sul tipo di dialogo instauratosi tra l'istituzione sanitaria nazionale e la popolazione nelle diverse aree disagiate del Messico, può risultare utile soffermarsi sui fraintendimenti generati a causa della persistenza del profondo iato tra il paradigma biomedico e

Key words: Nahua – Diagnostic categories – Biomedical acculturation

quello della medicina tradizionale, la quale, proprio in queste zone, continua a mantenere la sua autorevolezza e funzionalità, forte di un linguaggio storicamente e socialmente ben radicato tra i nativi.

Proprio per questo, divergendo in molti casi la concezione medica della visione patologica locale da quella inerente al paradigma bio-medico, ne deriva che il sistema sanitario pubblico nazionale incontra notevoli difficoltà a integrarsi con una popolazione che a esso affianca l'assistenza di specialisti nella pratica di rimedi tradizionali, sia per ragioni strutturali, sia ricercando repertori cognitivi localmente e culturalmente condivisi per poter affrontare uno stato percepito come patologico. Le interpretazioni locali delle malattie saranno qui considerate quale prodotto di significati e comportamenti dotati di una profonda storicità, fornendo così le basi per porre in rapporto fra loro le rappresentazioni degli stati patologici con un contesto condizionato dalla sofferenza sociale¹. Si tratterà, dunque, di analizzare i processi che implicano l'uso sociale della malattia come dinamica necessaria per stabilire ordini di classificazione del mondo naturale e sociale.

Situato a un'altitudine di 1600 metri s.l.m., nella parte più settentrionale della Sierra Norte di Puebla, Naupan è un comunità quasi esclusivamente di etnia nahua, omogenea dal punto di vista della composizione socio-culturale. Nonostante gran parte dei nativi (in particolar modo l'ultima generazione) conosca almeno a livello basilare lo spagnolo, l'idioma corrente è il nahuatl. L'isolamento geografico ha da sempre caratterizzato le zone montuose della Sierra come spazio di rifugio², contribuendo ad alimentare l'emarginazione economica e sociale che ancora oggi caratterizza questa come molte altre zone rurali del Messico. Se da un lato, nonostante la recente costruzione di nuove vie di comunicazione, Naupan rimane tuttora parzialmente impermeabile ai processi di modernizzazione che interessano il paese, come è reso ben evidente dalla carenza di infrastrutture in cui versa il Municipio, d'altro canto è invece estremamente viva una dinamica di fusione, inclusione e conflitto fra orizzonti culturali

diversi. Nell'ambito medico, infatti, il pluralismo dei concetti, delle categorie diagnostiche e delle scelte terapeutiche si è dimostrato, durante l'osservazione, un campo dinamico, in cui gli attori sociali producono costantemente nuove strategie adattive per affrontare gli stati localmente considerati come patologici. E così, dinnanzi alla domanda di cura o di guarigione del sofferente, si apre un'eterogenea rete di risposte: dall'assetto regolato dell'istituzione sanitaria biomedica, che conferisce a specifici operatori l'autorità di eseguire azioni di cura e prevenzione, ai differenti specialisti terapeutici tradizionali; dai sacerdoti cattolici, che tramite gli strumenti religiosi del battesimo e dell'esorcismo si adoperano in importanti processi di guarigione, fino ai venditori ambulanti di rimedi erboristici; dalle entità immateriali nel culto dei santi o nei pellegrinaggi cattolici ai mezzi multimediali, in particolar modo la televisione, attraverso cui vengono rappresentate molte delle diverse forme terapeutiche possibili (da quelle religiose a quelle biomediche). Queste sono tutte le diverse "risposte" terapeutiche che, intersecandosi le une con le altre, determinano quel carattere *dialettico* e di negoziazione che caratterizza il sistema medico di Naupan. Di fatto, però, il campo delle terapie è attraversato da due forze dominanti: la biomedicina e la medicina tradizionale (ben integrata all'interno del modello religioso cristiano). La biomedicina, forte della sua autorevolezza sul piano nazionale e del riconoscimento conquistato nella sua azione di contenimento delle malattie infettive ed epidemiche, è fonte di complesse limitazioni allo spazio di attività e di intervento della medicina tradizionale. Ciò si evince dalla strutturazione dei diversi percorsi terapeutici in cui l'individuo affianca costantemente alle cure tradizionali quelle biomediche anche nei casi in cui l'interpretazione del male comporta l'individuazione di patologie non riconosciute dalla biomedicina. Per di più, in tali percorsi, gli specialisti tradizionali non vengono neppure consultati: è frequente il ricorso a nuove tipologie di terapeuti non specialisti o a forme di autocura come gestione

esclusiva del malessere. Paradossalmente, però, l'offerta biomedica sul territorio presenta una carenza di strutture, apparecchiature, personale e farmaci, mostrandosi dunque incapace di garantire una piena funzionalità. Nello specifico, le strutture sanitarie presenti nel Municipio di Naupan dal 1985 a oggi comprendono solamente unità di salute di primo livello, ovvero i *Centros de Salud* e altre strutture, quali le *Casas de Salud*, che propriamente non offrono assistenza sanitaria, ma rappresentano per le comunità più isolate punti di riferimento nei quali discutere temi riguardanti la salute e la prevenzione e dove, soprattutto, vengono distribuiti alcuni farmaci basilari.

Dunque, ciò che generalmente determina la scelta di una o più risorse mediche negli itinerari terapeutici o – come ancor più spesso accade – la scelta simultanea di più risorse diverse tra loro, sono sia ragioni economiche e strutturali, di per sé imprescindibili per un efficace dialogo operativo intorno a ogni singolo disturbo, sia, svolgendo un ruolo altrettanto eminente, le concezioni inerenti la definizione di salute e di malattia, come d'altronde le rappresentazioni del corpo, della persona, della società nel suo insieme e del mondo umano ed extraumano. Pertanto, è necessario guardare alle dinamiche di cambiamento dei saperi medici locali partendo dalla consapevolezza di stare osservando un panorama plurale, all'interno del quale coesistono e competono diverse tradizioni e forme di sapere. Nel sistema medico di Naupan, tale pluralità ha stimolato la produzione di continui scambi reciproci intessuti nei rapporti di forza in cui si strutturano le relazioni tra i portatori e gli utenti delle diverse tradizioni mediche, così dando luogo alle importanti dinamiche sincretiche che interessano la sfera della salute e della malattia.

In questo lavoro, dunque, attraverso l'analisi delle categorie diagnostiche native – in particolar modo quelle di emozionali – verranno messi in luce alcuni dei risvolti derivanti dal processo di penetrazione e di reinterpretazione del paradigma biomedico all'interno della tradizione medica nahua di Naupan.

Categorie biomediche e criteri eziologici locali

Se si vuole offrire una spiegazione generica di come venga concepito lo stato di salute a Naupan, questo può essere definito come una condizione di equilibrio tra la persona e gli aspetti fisiologici, morali, sociali, cosmologici e ambientali. Di conseguenza, analizzare le categorie diagnostiche comporta confrontarsi con l'alto grado di indeterminazione di per sé caratteristico delle nosologie tradizionali³, da cui peraltro non sono esenti neppure i concetti biomedici recentemente incorporati nelle categorie locali. In tal senso è utile costatare quanto, tra i Nahua di Naupan, i criteri di spiegazione della malattia siano relazionati principalmente all'infermo e non allo stato patologico. Va da sé che la definizione stessa di ciò che è malattia sia pertanto basata su una modalità soggettiva culturalmente e socialmente determinata di affrontare e concepire l'alterazione del normale stato di salute. Il sapere medico degli specialisti locali non fa eccezione e, anziché essere organizzato in rigide categorie tassonomiche, si rivela come un insieme di conoscenze messe in atto con grande flessibilità nella pratica terapeutica. La condizione di ammalato viene di volta in volta interpretata in base a fatti, sentimenti e azioni nei quali il malato è coinvolto e che, insieme, contribuiscono a creare la catena causale di cui la malattia è l'ultima manifestazione. D'altronde, sono gli stessi terapeuti a rilevare la singolarità sia delle diverse forme di malessere⁴ sia delle cure a essi rivolte:

Ognuno è diverso, ognuno ha un suo organismo differente. [...] Non solo uomini e donne sono diversi, anche tra persone dello stesso sesso ogni malattia capita in maniera differente, [così come] ogni guaritore ha il suo modo di curare (intervista a D.P., 21/02/2010).

Nonostante ciò, seguendo il criterio generico di classificazione locale delle malattie fondato sui principi di causazione, queste vengono distinte in due grandi categorie nosologiche: *kokolistle maldad*

e *kokolistle Dios*. Guardando più da vicino tali categorie, nel caso delle *kokolistle maldad* (lett. “malattie da fattura”), come indica la denominazione stessa, il riferimento è a stati patologici particolarmente gravi, prodotti da un’agentività umana o extraumana sia volontaria sia involontaria; mentre le *kokolistle Dios* (lett. “malattie di Dio”), anche denominate *kokolistle natural* (lett. “malattie naturali”), includono in particolare quel genere di malesseri la cui conoscenza è stata trasmessa dalla nosologia biomedica. A Naupan è invalsa l’opinione secondo cui la biomedicina può curare con successo esclusivamente le “malattie di Dio”, mentre gli specialisti tradizionali rivendicano la loro capacità di intervento per entrambi le classi di malattie, con particolare efficacia per “le malattie da fattura”. Nonostante ciò, non è raro incontrare nella sala di attesa di un centro di salute un paziente con un forte attacco di dolori addominali che egli ritiene curabili con i medicinali prescritti dal *doctor*, ma la cui causa attribuisce allo stesso tempo a una caduta provocata da un *espíritu*, che avrebbe causato uno spostamento degli organi alla radice del disturbo. Già molti studiosi, tra cui Andras Zempléni - Nicole Sindzingre (1981) e Gilles Bibeau (1982), hanno dimostrato come spesso, nell’universo della malattia e nell’operazione di ricerca di *senso* che caratterizza i momenti delle crisi vitali, si combinino insieme cause empiriche (il “come” ci si ammala) con la dimensione morale e simbolica (il “chi” ci ha inviato il malanno e il “perché” si subisce un determinato male). Poiché, infatti, i percorsi terapeutici contemplano anche frequenti insuccessi, questi generano sovente nuovi orientamenti e reinterpretazioni dello stato patologico che portano a un continuo slittamento delle diverse categorie diagnostiche, includendo nell’azione terapeutica una pluralità di criteri eziologici; dimodoché a una categoria nosologica biomedica può corrispondere una cura che poggia su forti basi mistiche e rituali, o viceversa. Oltre al criterio eziologico, i fattori che nella pratica quotidiana determinano la classificazione delle forme di malessere non

dipenderà, dunque, dalla tipologia di malattia in sé, ma piuttosto da fattori quali la gravità e la violenza dell'attacco patologico, la sua durata, la sua resistenza ai farmaci biomedici e la valutazione soggettiva circa la propria condizione esistenziale, attraverso cui dare *sensu* al malessere. Come sarà chiarito di seguito, per il caso specifico delle categorie diagnostiche emozionali, la persistenza e la resistenza della malattia possono indurre l'infermo a estendere la ricerca di senso ai diversi livelli di causazione in cui, oltre ad attribuire la causa del male ad attacchi persecutori (umani ed extraumani) o alla casuale perdita di forze ed equilibrio come effetto del disfacimento delle normali condizioni di vita, si può arrivare a considerare nella genesi della malattia anche la responsabilità personale, senza incorrere, per questo, in alcun tipo di contraddizione. Prendendo come esempio la categoria nosologica biomedica dell'influenza, anche considerando come fattore causale l'esposizione ad *aires*, correnti eteree nocive, la "causa iniziale"⁵ del malessere può comunque essere ricondotta a responsabilità personali rintracciabili in un lontano passato. Pertanto, come contribuisce a indicare la terminologia della macrocategoria diagnostica delle *kokolistle Dios*, anche le categorie nosologiche di derivazione biomedica che vi rientrano sono soggette alla complessa rete causale che contempla l'azione imperscrutabile di Dio, tramite cui è stabilita la salute o la malattia, la guarigione o la morte di un individuo. In tal modo è possibile rintracciare errori e colpe compiuti dal singolo secondo il complesso dei valori collettivi, smentendo da un punto di vista *emico* la pretesa di obiettività rivendicata dalla biomedicina. Dunque, nonostante riguardo a molte patologie i Nahua di Naupan abbiano ormai fatto proprie le classificazioni e le denominazioni offerte dalla biomedicina, si vedrà ora fino a che punto tali acquisizioni finiscano per essere integrate nel paradigma concettuale della propria tradizione tramite una notevole alterazione del significato dei diversi stati di malattia e delle pratiche terapeutiche a essi connesse.

Ammalarsi con le emozioni

L'accettazione del modello biomedico, anche se assorbito in modo parziale, ha sicuramente comportato una maggiore attenzione ai connotati sempre più "naturalisti" della malattia, come conseguenza della ormai diffusa e invasiva ottica organicista, frutto della maggiore familiarità con il sapere biomedico. In tal senso, spesso, durante la ricerca sul campo, i colloqui con i nativi partivano dall'analisi di disfunzioni corporee (conseguenti per esempio allo spostamento o al danneggiamento degli organi), in cui gli interlocutori omettevano tutti quei particolari che potessero segnalare un chiaro nesso con le patologie determinate da forti stati emotivi. Numerosi studi, ad esempio, hanno dimostrato quanto il concetto di "caduta" (dal nahuatl *ohuetz*, lett. "è caduto") fosse spesso coinvolto in patologie causate da forti emozioni e, a tal proposito, quanto fosse radicato all'interno delle concezioni mediche nahua, sia se relazionato alla "perdita", in conseguenza di un forte spavento, di una delle componenti animiche che costituiscono l'individuo⁶, sia in riferimento agli "effetti secondari" dello spavento, quali per esempio la distorsione dell'ugola o degli intestini⁷, fattori, questi ultimi, più facilmente riconducibili alle disfunzioni organiche della malattia. A Naupan, infatti, quando i dialoghi partivano da narrazioni che utilizzassero categorie diagnostiche emozionali come spiegazione della malattia, era possibile, anche se più di rado, giungere a identificare lo spavento (quindi l'eziologia emotiva) come causa dello spostamento o dell'ingrossamento di alcune parti del corpo, mostrando così quanto le alterazioni anatomico-funzionali e animiche siano ritenute strettamente correlate alle emozioni. È questo il caso di una donna di età avanzata che attribuiva a una brusca caduta e al conseguente stato emotivo dello spavento provato (nel cadere), la causa dell'insorgere contemporaneo di due patologie biomediche: la prima, il diabete, era considerata come la conseguenza più grave degli stress emotivi provati dagli adulti ("Dunque, a me il diabete mi è venuto per uno

spavento”), mentre la seconda, consisteva invece nel rigonfiamento dell’intestino all’altezza dell’ombelico, da lei autodiagnosticato come “ernia”:

L’ombelico comanda tutti gli intestini, da lì esce l’ernia. Io avevo un’ernia qui [indica l’ombelico], così, una piccola pallina di intestino. [...] Tempo fa, sono caduta lì, sulla curva della strada, ho dei fichi d’india lì... e sono caduta, ho urtato e mi sono spaventata e da lì a me è venuto il diabete. (intervista a C.V., 20/12/2009)

Se da un lato può essere evidente la coesistenza di due cause distinte – lo “spavento” provato durante la caduta come causa del diabete e la “caduta” o l’urto dell’addome come causa dell’ernia – dall’altro, proseguendo nel dialogo con la donna, sembra emergere un terzo fattore che unifica le due diverse eziologie, rendendo plausibile il nesso tra lo “spavento” e la “caduta” delle componenti vitali, sia animiche sia organiche :

C.V.: Dunque, l’ombelico comanda tutti gli intestini, è utile per vivere.

S.: E il cuore?

C.V.: Sì, è per vivere, anche l’ombelico è per vivere. È quello che comanda gli intestini.

S.: Non capisco, se qualcuno cade urtando l’ombelico, può morire?

C.V.: No, ma da lì [dall’ombelico] spunta l’ernia, così, una pallina di intestino. Ti spiego: l’ombelico è molto importante, è qui che si trova il tonal, nell’ombelico, perché... per esempio i guaritori che devono curare uno spavento, mettono le erbe all’interno dell’ombelico per far sì che il tonal ritorni. Il tonal lo abbiamo qui [indica la pancia all’altezza dell’ombelico], senti come salta! [...] È il tonal, e quando non salta è a causa di uno spavento. Ora a me salta! [esclama con entusiasmo] Senti! (intervista a C.V., 20/12/2009)

Il *tonal* è la componente animica direttamente implicata nei casi di spavento (*moukayotl*). Tale componente, che viene identificata con le pulsazioni, da cui deriva la denominazione spagnola di *pulso*, è generalmente localizzata all’altezza dei polsi. Nel caso sopra ripor-

tato, l'interlocutrice situa il *tonal* anche all'altezza dell'ombelico, in corrispondenza delle pulsazioni addominali e cioè nel punto che lei stessa indica per l'insorgenza dell'ernia, "una pallina di intestino". Interpretando questo singolo caso di malessere, sembra che si riduca il discrimine tra ernia e perdita del *tonal* e che quindi le diverse categorie diagnostiche (spavento, diabete, ernia) si intersechino l'una con l'altra. L'attenzione degli intervistati verso la dimensione sintomatica e organicistica della malattia, che nel caso dell'interlocutrice C.V. porta a citare solo indirettamente la perdita della componente animica del *tonal* come conseguenza di uno spavento e causa del diabete, va esaminata alla luce delle dinamiche di modernizzazione e di istituzionalizzazione della biomedicina, che nondimeno non hanno intaccato il procedimento di diagnosi, ancora fortemente basato su sintomatologie soggettive e sul quadro simbolico della visione del mondo nativa. Questo caso etnografico consente di introdurre una questione più complessa, riguardante le patologie generate da forti stress emotivi, ricondotte quasi esclusivamente alla categoria diagnostica del *susto*, e a cui oggi si integrano alcune delle patologie biomediche. A Naupan come altrove la categoria del *susto* denominata *moukayotl* (lett. "spavento") è saldamente ancorata al concetto di perdita di una delle componenti animiche. Quando l'evento traumatico causa della malattia viene considerato "casuale" (nel senso dell'assenza di un'agentività diretta intenzionalmente verso l'individuo), la malattia rientra nella macrocategoria delle "malattie di Dio", mentre lo stesso *moujkayotl* è classificato come "malattia da fattura" se il danneggiamento dell'entità animica (*tonal*) è relazionato al coinvolgimento del mondo extraumano come causa effettiva del male. Riguardo a quest'ultimo caso, la risposta terapeutica e tutto l'impianto concettuale che ruota attorno all'idea di perdita animica e di negoziazione con le forze extraumane che trattengono il *tonal* al di fuori del corpo costituiscono un sistema stabile e strutturato che possiede forza e coerenza interna.

Nonostante a Naupan persistano complesse pratiche terapeutiche che contemplano, per la risoluzione dello spavento, articolate azioni rituali come preghiere, offerte e l'impiego della farmacopea erboristica, accade che, sempre più spesso, tali pratiche siano relegate solo a particolari tipologie di individui. Come affermava un'anziana specialista rituale, la perdita o meglio la fuoriuscita del *tonal* dall'involucro corporeo era la principale caratteristica dello spavento nei bambini, mentre, diversamente, negli adulti tale componente animica tendeva a spostarsi all'interno del corpo senza però mai fuoriuscire. Per tale ragione, l'azione terapeutica che ne seguiva non richiedeva necessariamente l'aiuto di un officiante rituale specializzato, indispensabile invece nel caso di perdita del *tonal*. In questo caso era lo spostamento, la "caduta" interna dell'entità, e non la sua perdita a generare la malattia: "il *tonal* si spaventa, scappa dal polso e se ne va fino all'avambraccio, e fino al cuore" (intervista a P.O., 20/12/2009). Sicuramente anche per gli adulti la localizzazione del *tonal* all'interno del corpo rimane comunque un fattore di primaria importanza: il suo spostamento, indebolimento e le eventuali lesioni, causati da attacchi extraumani, volontari o involontari e da forti emozioni o impressioni, sono il segno inequivocabile di una grave patologia. La sua cura, però, è affidata a terapeuti non specialisti o addirittura all'assunzione di farmaci allopatrici nell'ambito domestico dell'autocura. È su questo punto, nel momento in cui l'istituzione terapeutica tradizionale perde la sua funzione di insostituibile interlocutore per la guarigione, che si innestano – senza incorrere in alcun conflitto con la categoria del *susto* – altre diverse categorie derivanti dalla nosologia biomedica, connesse, sia sul piano sintomatologico che su quello eziologico, alle diverse condizioni emotive considerate critiche. A Naupan gli interpellati hanno omogeneamente affermato che la causa del diabete risiede nello spavento, sostenendo parimenti che lo stato patologico da esso derivante comporti il decadimento delle condizioni fisiche senza riguardare il piano spirituale, animico.

La localizzazione di questa tipologia di malattia è interna all'individuo e coinvolge in genere gli organi del cuore, della cistifellea, del fegato, oppure la testa e il sangue. Dunque si tratta di un decadimento che concentra le sue manifestazioni soprattutto in uno squilibrio nel funzionamento degli organi. Di tali stati patologici (tra cui *diabetes*, *hipertensión*, *vesícula*, *dolor de corazón*) si vuole ora mostrare come vengano associati a una circoscritta dimensione patologica in conseguenza di una parziale accettazione, per molte forme di malessere, della spiegazione biomedica. Va nondimeno sottolineato che per questo tipo di categorie diagnostiche è del tutto assente una logica di causa-effetto che relazioni un "a priori" dell'individuazione della causa strumentale con un "a posteriori" del suo insorgere: manca una rigida corrispondenza tra categorie diagnostiche e tipologia sintomatica.

Susto, *diabetes*, *hipertensión*, *vesícula*, *dolor de corazón* sono tutte sottocategorie diagnostiche emozionali, inestricabilmente intersecate nella macrocategoria denominata emicamente *uajkakokolistle*. Tale espressione può essere tradotta letteralmente come "malattia dell'essiccamento", rievocando, tramite il principio classificatorio della rappresentazione⁸, un'idea di perdita di forze vitali. Con l'aggettivo *uajki* (lett. "secco"), infatti, si fa spesso riferimento a persone emaciate. Più precisamente, si tratta del debilitamento interno all'individuo, indipendentemente dal suo aspetto esteriore, a partire dalla compromissione degli organi e delle sostanze vitali considerati fondamentali per il mantenimento dello stato di salute della persona. Come già accennato, le parti del corpo coinvolte nelle "malattie dell'essiccamento" sono ben circoscritte e, non a caso, presentano una notevole connessione con le entità animiche (*yolo*, *tonal*, *sehualle*)⁹, contribuendo a formare il concetto di persona come aggregato instabile e in continua trasformazione. Adottando la definizione di "centri animici" proposta da López Austin, tali organi comprendono la parte dell'organismo umano "in cui si suppone esista un'alta

concentrazione di forze animiche di sostanze vitali, e in cui vengono prodotti gli impulsi basilari di direzione dei processi vitali che generano vita e movimento nell'organismo e permettono la realizzazione delle funzioni psichiche"¹⁰. Si inizia qui a delineare una prospettiva che rileva il nesso esistente tra le categorie diagnostiche emozionali e le componenti della persona, non solo in relazione alle entità animiche di materia "sottile"¹¹ (come è reso noto da molta della letteratura antropologica), ma anche rispetto a quelle che oggi a Naupan sono considerate le componenti più "pesanti" e materiali della persona. Queste ultime cuore, testa e fegato (in nahuatl rispettivamente *tsonteko*, *yolo*, *ieltapach*), sono organi fortemente connessi fra loro, tanto da venire spesso implicati e danneggiati tutti insieme da una medesima causa emotiva:

Se qualcuno si ammala di tristezza, di ira, e di spavento, si danneggiano il cuore, il fegato. [Tristezza e ira] vanno a finire nelle vene e da lì arrivano fino alla testa: mi fa male la testa, sento la nausea, vedo scuro, mi sale la pressione... per le preoccupazioni. (intervista a P.O., 20/12/2009)

La testa ("*tsonteko*") riceve le più diverse attribuzioni: in essa gli antichi Nahua ritenevano risiedesse l'entità animica detta *tonal*, così dimostrando la concezione secondo cui il piano fisiologico e funzionale è pienamente integrato con quello morale e simbolico. Ciò è reso con maggiore chiarezza dalla rappresentazione locale che porta ad attribuire ad un altro organo, il cuore (*yolo*) l'agentività, la coscienza e i sentimenti della persona. Tant'è che lo *yolo* (sia "cuore" che "anima"), essendo il motore dell'essere umano sia dal punto di vista fisiologico che animico (è in esso che viene accolta l'anima immortale), determina la forza caratteriale dell'individuo tramite cui vengono orientate le sue azioni e la sua volontà. A Naupan, nel linguaggio corrente, lo *yolo* viene metaforicamente paragonato alla durezza e alla solidità della pietra¹², qualità associata a sua volta al tipo di personalità che caratterizza l'individuo. Lo spiega concisamente

la narrazione di una interlocutrice che argomenta le caratteristiche della sua malattia attraverso la relazione tra persona e *yolo*:

Quando il cuore è molto duro, [le persone] non si ammalano mai, perché non hanno pensieri, né per sé stessi né per la loro famiglia e... secondo me il mio cuore è molto debole, è molto sensibile il mio cuore. [...] Dunque, quelli che hanno il cuore molto forte, molto duro, sono malvagi e altri hanno il cuore tenero, tenero. Per esempio io, se posso aiutare qualcuno, lo faccio perché il mio cuore è molto delicato, mentre chi ha il cuore molto duro si nega per qualsiasi cosa... ha il cuore di pietra. (intervista a R.V., 17/11/2009)

Situato nella parte centrale del torace, lo *yolo* rappresenta localmente il principio da cui si sprigiona la forza vitale dell'individuo: "il cuore è il motore della vita" e, attraverso di lui, si determina la qualità della persona, che sarà forte e resistente alle sventure della vita se possiede lo *yolchicaual* (lett. "cuore forte")¹³, oppure debole se particolarmente suscettibile ad assorbire tali forze nocive – e dunque facilmente soggetto ad ammalarsi – a causa del suo *yolpatchil* (lett. "cuore debole"). Il cuore debole, "tenero", oltre a rimandare a un'ideale morale ("io, se posso aiutare qualcuno, lo faccio perché il mio cuore è molto delicato"), è destinato a essere estremamente "permeabile" e, perciò, risulta essere facilmente compromesso: "Di per sé la gente ti critica, ti odia, ti invidia fino a quando... a me il dolore mi arrivò fino al fondo del cuore... e mi faceva male il cuore" (intervista a R. V., 17/11/2009). L'ostilità subita dagli altri, la tristezza per la morte improvvisa di qualche caro, uno spavento provato nell'assistere a una rissa sono alcuni dei motivi che comportano la malattia denominata *nechkokua noyolo* (lett. "mi fa male il cuore"), che prende il nome dalla parte del corpo colpita, attraverso il principio della localizzazione. Tale patologia è compresa all'interno della categoria delle "malattie dell'essiccamento" insieme a quella denominata *nechkokua nokualan* (lett. "mi fa male la bile"), che, simile nell'eziologia e nei sintomi, riguarda sia il fegato sia la cistifellea,

senza una vera distinzione *emica*: “il fegato è la cistifellea, quando abbiamo qualche problema alla cistifellea ci si infiamma il fegato”. *Kulantle*, il termine da cui deriva il nome di tale malattia è riferito allo stesso tempo al sintomo e alla causa della malattia, rispettivamente la bile e il sentimento della rabbia, entrambi ritenuti prodotti dal fegato o dalla cistifellea. Tali organi costituiscono il luogo di raccordo di sentimenti e passioni, in cui vengono equilibrate le contrapposizioni e le contraddizioni emotive provate dall’individuo. Sono dunque evidenti le connessioni, per quanto poco specifiche, tra gli stati emozionali e le diverse parti del corpo che, tramite il pensiero iconico, producono assi classificatori di ben diversa natura a seconda della tipologia di persona e delle circostanze in cui è coinvolta. Tali assi, congiunti tra loro e inglobando concetti di provenienza biomedica, giungono a costruire un complesso reticolo di possibilità e di incroci: “ogni simbolo ha più referenti possibili, che non si dispiegano necessariamente in un contesto particolare, ma sono nondimeno presenti come una ricchezza particolare da utilizzare al momento opportuno”¹⁴. Per l’appunto, come è già possibile intravedere da questa breve digressione riguardante alcune delle malattie incluse nella categoria delle *uajkakokolistle* e gli organi a esse associate, queste si presentano con delle caratteristiche che sono allo stesso tempo esclusive e comuni. Nessuna delle categorie diagnostiche emozionali, infatti, possiede dei referenti eziologici specifici e neppure una sintomatologia stabile che permetta di distinguere le categorie l’una dall’altra. Tutte, però, sono riconducibili allo stesso tempo a un molteplice e circoscritto numero di cause: lo spavento, l’ira, la tristezza, la preoccupazione.

Dunque, così a mio padre successe per il diabete: quando uno dei miei fratelli se ne andò [di casa] con una signora, mio padre per la rabbia che provò... così, si ammalò della cistifellea e del cuore. È la bile che gli prese a mio padre... ti raggiunge la bile, perché ti preoccupi, ti spaventi per qualche cosa. [A partire] dal fegato ti fa male la testa, ti fa male qui [indica il

cuore], si debilita il tuo corpo, [la malattia] ti raggiunge per tristezza, per preoccupazioni. (intervista a F.D., 07/12/2009)

Dolore alla testa, al cuore e al fegato e diabete sono intrecciati tra loro, così come anche le cause che ne determinano l'insorgere, tanto da non permettere, da un punto di vista *etico*, di distinguere i sintomi dalle diverse categorie diagnostiche. F. D., infatti, non esita a sommare tristezza, rabbia, preoccupazione e spavento come cause tutte ugualmente valide per diverse forme di malessere.

A tale riguardo la letteratura antropologica sulle diverse zone del Messico riporta varie testimonianze di casi in cui, per esempio, l'ira è considerata il referente eziologico di precise malattie, generalmente connesse al danneggiamento di organi come il fegato e la cistifellea. Nondimeno, isolare le diverse manifestazioni delle malattie comprese nella macrocategoria *ujkakokolistle* per postularle come oggetto autonomo finirebbe per svuotarle del loro contenuto e impedirebbe dunque di coglierne il senso, estraniandole dal contesto pragmatico e dalla causalità sociale che le determina. Una classificazione in rigide categorie delle malattie causate da disordini emotivi (come la collera, la paura, la tristezza) è un'operazione difficile da compiere, in quanto essa, anziché seguire una precisa tassonomia, obbedirebbe solo a una logica polisemica vicina al paradosso o alla sintesi disgiuntiva. Inoltre, la *ujkakokolistle* è una categoria diagnostica che, intrecciandone diverse altre, comprende malattie dall'andamento oscillatorio. Queste, infatti, comparendo in un determinato momento, possono scomparire per poi manifestarsi nuovamente in maniera più acuta o tramutarsi in una categoria affine, fino a divenire croniche. Oltretutto, sono malesseri che alternano attacchi improvvisi a prolungati periodi di latenza, venendo riattivate, spesso, dallo stimolo di nuovi eventi emotivi i quali, riaccendendo la dannosità della malattia sopita e accumulandosi nel tempo, possono manifestarsi con gradi di gravità di volta in volta sempre maggiori. Infatti,

gli eventi patogeni possono essere ricondotti dal malato anche al più lontano ricordo traumatico e di sofferenza dell'intero percorso di vita. Generalmente al primo di questi eventi si vanno assommando successivi traumi che arrivano a formare un articolato complesso di stress emotivi, che gradualmente aggravano lo stato di malattia di cui l'infermo già soffre. Molti interlocutori, nel raccontare di una vita di stenti, strutturano la propria storia di malattia connettendo tra loro eventi preoccupanti e rapporti familiari problematici secondo un ordine sequenziale, tramite il quale lo stato di malessere sembra seguire un percorso in crescendo. D'altronde, descrizioni che evidenziano tale caratteristica – per quel che concerne patologie emozionali – sono rintracciabili nei resoconti etnografici di diversi contesti riguardanti la categoria del *susto*. Lo stato del malessere peggiora quando l'individuo coinvolto nell'episodio terrifico trascura l'iniziale alterazione dello stato di salute, determinando così un aggravamento progressivo, capace poi di degenerare in disordini fisiologici che a loro volta propiziano l'aggressione di malattie mortali di varia natura. Così infatti, a tal proposito, Arthur Rubel (1960: 804) tratta della categoria dello "spavento passato" in uno studio svolto tra i Messicani emigrati negli Stati Uniti. Nel caso del *susto*, come nel caso delle "malattie dell'essiccamento" ("*uajkakokolistle*"), la malattia è già presente nell'individuo sin da quel primo turbamento emotivo, individuato dall'infermo o dal terapeuta come causa strumentale. Nello specifico, il *susto* è malattia di per sé fin dall'inizio, ma solo successivamente degenera e apre la strada ad altri stadi patologici.

Quando la malattia è solamente dello spirito, sì, c'è un rimedio, ma quando è fisica, no, perché [la persona] ha già la malattia del susto che poi peggiora e diventa il diabete, che viene per uno spavento, per un'arrabbiatura e così diventa difficile da curare, non si guarisce. Tutto unito è una malattia più grave. [...] Per esempio, se tu hai subito uno spavento per aver visto qualche cosa, perché hai un problema o qualche cosa del genere, è bene

che tu prenda un mejoralito per il tuo cuore, che ti riposi e, così, il giorno dopo ti sveglierai bene. Bisogna stare attenti con le emozioni. (intervista a R.C., 6/11/2009)

In questo stralcio di intervista, l'interlocutrice distingue, anche se solo apparentemente, tra malattie dell'anima (o dello "spirito") e malattie del corpo, riferendosi a queste ultime – nello specifico il diabete – come degenerazione dello spavento. Esso produce un aggravamento dello stato dell'infermo quando, oltre alle componenti animiche, arriva a colpire anche il corpo. È per tale ragione (per evitare la degenerazione dello spavento), che la donna dopo aver subito uno stress emotivo di qualsiasi genere consiglia l'assunzione di un farmaco allopatico come profilassi contro il diabete. In tale dinamica, oltre a essere evidente il riadattamento funzionale introdotto dai nativi rispetto agli strumenti biomedici (appunto il *Mejoral*, un farmaco a base di paracetamolo consigliato dalla donna per evitare il malessere che comporta uno stress emotivo), è riscontrabile un certo grado di gerarchizzazione tra le malattie emotive contenute nella macrocategoria delle "malattie dell'essiccamento". Infatti, come spiega R.C., "[la persona] ha già la malattia del *susto* che poi peggiora e diventa il diabete", perché il diabete, a differenza degli altri stati patologici ("spavento", "dolore al cuore", "dolore alla bile", "dolore alla testa") ha sempre mostrato, nelle ricostruzioni narrative registrate durante la ricerca, un'attribuzione di gravità maggiore rispetto agli altri: "prima viene il mal di cuore e se non si cura con le erbe, può venire il diabete. [...] Se hai il cuore debole, la malattia ti si accumula nel petto e, con il tempo, si trasforma in una infermità più grave" (intervista a J.V., 04/03/2010). Come per le altre categorie diagnostiche sopra descritte, nelle narrazioni degli interlocutori le due principali eziologie chiamate in causa per il diabete erano lo spavento e la rabbia, e nondimeno, nel corso dei resoconti di malattia, venivano denunciati anche stati di forte preoccupazione e di tri-

stezza: “tanto *onitlokox onecha sik in niuajkatik* (per tanta tristezza mi è venuto il diabete)” (intervista a Y.R., 03/03/2010). Un’analoga sovrapposizione di fattori diversi è riscontrabile anche per quanto riguarda i sintomi di tale patologia: sebbene la debilitazione del sangue sia il segno localmente riconosciuto come dominante, sono spesso implicati anche altri tipi di segni, tra cui il gonfiore al cuore, stati di nausea e vomito, dolore alla testa e al fegato. L’insorgere della malattia è dunque spesso connesso con la manifestazione di sintomi che possono riguardare singolarmente il cuore, la cistifellea, il fegato e la testa, e che solo in un secondo momento, generalmente con il passare degli anni, degenerano nella cronicità del diabete tramite il cambiamento nella natura del sangue: “*sí, nechkokua noyolo uan satepa ye inon mokuépa in diabetes* (sì, mi fa male il cuore, e poi questo è quello che si converte nel diabete)” (intervista a M.C., 19/01/2010). Solo quando uno spavento, una forte tristezza, un’arrabbiatura e i loro rispettivi disordini patologici (“dolore al cuore”, “dolore alla bile”, “dolore alla testa”) vengono trascurati essi si aggravano progressivamente determinando condizioni fisiologiche sfavorevoli che comportano l’annacquamento e l’addolcimento del sangue, reso privo della sua forza vitale, e propiziando infine l’insorgere del diabete: “tutto insieme è una malattia più grave” (intervista a R.V., 17/11/2009). Il sangue, oltre a essere riconosciuto dai nativi come il componente tramite cui nella diagnostica biomedica viene individuata la patologia del diabete, è considerato al contempo il ricettacolo del calore e dell’energia dell’individuo. Non a caso, infatti, come indicato sopra, il principio vitale del *tonal* è identificato con le parti del corpo in cui è percettibile la pulsazione sanguigna. Come indica Foster (1994), “forti esperienze emotive come *coraje* (rabbia), *susto* (paura), *celos* (gelosia), ed *envidia* (invidia) si ritiene che possano riscaldare il corpo producendo un aumento di bile (la cui qualità umorale è *irritante*) che trabocca dal fegato-cistifellea, nello stomaco e nel circolo ematico”¹⁵. È per questo che la diluizione

del sangue sembra essere fatta corrispondere allo stato di calore che le emozioni generano. Le diverse cure contemplano conseguentemente l'utilizzo di preparati erboristici, tra cui le erbe amare, utili per contrastare la "dolcezza del sangue"¹⁶ (che lo rende "come fosse acqua"), oppure farmaci biomedici considerati efficaci per "riscaldare" o "raffreddare" l'organismo in seguito allo squilibrio termico procurato dall'emozione. Infatti lo zucchero presente nel sangue e il sapore amaro dei farmaci erboristici che vengono somministrati per contrastare il diabete sono entrambi riconducibili alla classificazione che viene fatta delle sostanze in termini di maggiore o minor calore, a sua volta relazionata ad associazioni di ordine simbolico basate sulle opposizioni caldo/freddo, secco/acquoso, odore penetrante/tenuo e, appunto, sapore dolce/acido. L'"addolcimento" del sangue e il calore che ne è la causa, e che si sprigiona nel corpo in seguito ad una forte emozione, possono essere qui interpretati come le concause che procurano la diluizione dello stesso: "per esempio, se il sangue lo metti dentro un recipiente che sta bollendo, il sangue diventa dolce e si liquefa". Perciò, in seguito a un trauma emotivo, il decadimento fisiologico – o più propriamente l'"essiccamento" – si mostra inizialmente nel debilitamento dei differenti centri animici (per es. lo *yolo*), a cui sono connesse le diverse patologie. E se poi non si interviene con una cura adeguata, con il trascorrere del tempo viene gravemente compromessa la qualità del sangue che, perdendo vitalità, sbiadisce fino a prosciugarsi del tutto: "quando hai lo zucchero nel sangue, [questo] diventa come acqua"(intervista a R.C., 30/11/2009). In tal senso la denominazione nahuatl della malattia, *niuajkatik* (lett. "sono prosciugato"), è indicativa di questa idea di logoramento della persona affetta da diabete.

È dunque evidente come molti stati patologici svolgano, all'interno della categoria delle "malattie dell'essiccamento", una funzione "prodromica" per altre categorie diagnostiche: "una malattia derivata è dunque quando a livello diagnostico dipende dal suo avere un pro-

dromo specifico”, come nel caso del diabete, per il quale, però, “un certo prodromo è necessario ma non sufficiente”¹⁷. Generalmente, infatti, il diabete sorge dopo anni dall’evento emozionale individuato dall’infermo come momento compromettente la sua salute. E nell’arco di tempo che trascorre dall’esordio traumatico responsabile della malattia non mancano tentativi terapeutici mirati alla ricerca di rimedi utili sia per evitare che uno stato patologico degeneri, aprendo la strada al diabete, sia, in assenza di chiari segni di infermità, per non rischiare che il malessere si accumuli silenziosamente per poi sboccare direttamente nella cronicità: “è a causa di uno spavento, se non ti curi per lo spavento ti ammali e poi ti viene il diabete, il sangue diventa come acqua e... muori” (intervista a R.V., 17/11/2009).

Dal ‘susto’ al diabete

La popolazione *naupeña*, se è vero che non ha ancora fatto propria la concezione biomedica di predisposizione genetica alla malattia del diabete mellito, come dimostra la complessa rete causale che coinvolge gli articolati processi di insorgenza delle patologie emozionali esaminati sopra, ha invece assimilato, reinterpretandole, sia la nozione di cronicità, sia il tipo di alterazione ad essa attribuita (per esempio la natura del sangue). Nonostante l’insorgere del diabete - nella maggior parte dei casi da me incontrati - sia autodiagnosticato in ambito domestico e dunque privo di qualsiasi tipo di riscontro diagnostico clinico, la gravità che la popolazione gli riconosce è sicuramente determinata dalla sua cronicità: infatti tanto i terapeuti tradizionali quanto chiaramente quelli biomedici riconoscono la loro incapacità a guarire definitivamente i propri pazienti da tale malattia, che di per sé può solamente essere “controllata” nel suo corso (“*puro control*”) tramite la somministrazione di farmaci erboristici e biomedici, senza però poter mai essere debellata. Gli interventi terapeutici riguardanti le malattie emozionali sono infatti utili solo prima che si sia raggiunto lo stato di cronicità del malessere e quindi solo prima

che si affermi il diabete. Il fatto che tutti gli stati patologici generati dalle diverse emozioni siano prodromici rispetto a tale patologia è indicativo di come esso sia ritenuto il prodotto finale di un lungo processo di *accumulo della sofferenza*. Esemplicative a tale riguardo sono le pratiche di prevenzione del diabete che intervengono, oltre che sul piano fisiologico (per esempio con erbe amare o farmaci allopatrici), anche su quello etico-sociale. In tal caso il riferimento è a pratiche di individuazione della sofferenza o delle responsabilità individuali attraverso un processo che permette di “scaricare” le emozioni negative tramite lo strumento del racconto, della parola.

Per fare uscire la tristezza, la rabbia, bisogna parlare, bisogna piangere, perché altrimenti la tristezza si accumula e poi viene il diabete. Ma con le parole... Ogni volta che io mi sento male per qualche cosa, io lo dico, se mio marito mi ha fatto arrabbiare, io il giorno dopo piango, anche se lui non mi vuole ascoltare, io devo parlare, io devo rispondere, perché altrimenti mi ammalo. Per esempio, come sto facendo con te, io ti racconto perché mi sentivo male, è così che escono le preoccupazioni! [...] Ci sono persone che non piangono, e tutto gli rimane dentro e poi così viene il diabete. Alla mia vicina così le è successo, chissà perché alcune persone non piangono, e ora è morta da qualche tempo. Ah... che cosa brutta e io non voglio morire, io parlo! (intervista a S. R., 03/12/2009)

Il meccanismo patogeno risiederebbe nel fatto che le sensazioni negative suscitate da un evento spiacevole restino trattenute all'interno della persona, senza che ciò venga compensato da un contatto verbale in grado di espellere la forza dannosa generatasi all'interno dell'individuo e che, allo stesso tempo, abbia la funzione di *denunciare* l'evento considerato infermante. La prevenzione della malattia, attuata tramite l'azione di “denuncia” dei torti subiti, acquista rilevanza soprattutto là dove, come a Naupan, la comunità è afflitta da povertà estrema, alcolismo, violenza e precarietà della vita. Le interpretazioni del fatto patologico e delle sue eziologie insieme alle pratiche di guarigione permettono all'individuo di riflettere sulle

proprie relazioni e sulle trasformazioni in atto nel campo sociale; lo stretto rapporto che esiste tra malattia e ordine sociale consente di allargare la prospettiva del sofferente verso l'affermazione e/o l'infrazione delle norme comunitarie di cui la malattia è il significato e il significante. Perciò riconoscere il nesso tra malattia e società può aprire il campo a una prospettiva antropologica ben più ampia, che permette di problematizzare il disordine psico-fisico di un individuo quale mezzo per mettere in questione l'ordine normativo all'interno di un determinato contesto sociale.

Per di più, spesso, tale pratica di prevenzione sembra assumere anche i connotati di una vera e propria "confessione", quando, oltre alla narrazione della propria sofferenza, viene espressa la responsabilità del soggetto nella genesi del malessere. In ogni singola biografia sono presenti illeciti compiuti o subiti in relazione all'ecosistema visibile (tra sé e la comunità) e invisibile (tra sé e le forze extraumane). Nella cultura nahua, infatti, la presenza di una componente morale, spesso dominante nella semantica sociale della malattia e della cura, contribuisce alla frequente sovrapposizione di concetti riferiti alla salvezza e alla salute, rendendo pertanto inestricabile l'intreccio tra ordine diagnostico e morale nella ricerca della causa e della cura di ogni determinata malattia. A tal proposito, esemplificativo è il caso dell'interlocutrice R. V., affetta da diabete e ormai a uno stadio terminale, che raccontava di essersi ammalata a causa del dolore provocato dalla condotta malevola dei figli, i quali, raggiunta la maturità, tentarono di privarla di tutti i beni posseduti e la abbandonarono. Allo stesso tempo, però, i suoi vicini indicavano la donna stessa come colpevole della sua malattia. Dunque, tentando ora di unificare queste due diverse formulazioni, è possibile individuare una "causa empirica" del malessere, che in questo caso risiederebbe nella sofferenza provata dalla donna per via del maltrattamento subito, e una "causa iniziale", rintracciabile in diverse infrazioni adulterine da lei commesse nella giovinezza e che la portarono ad avere ognuno dei

suoi sei figli da uomini diversi, venendo mal giudicata da tutta la comunità. La sua vicina di casa così raccontava:

Tutti la criticavano, la gente parlava di lei e così il male le è arrivato fino al cuore. [...] È andata da molti guaritori, ma nessuno è riuscito a curarla... Dunque le è arrivato il diabete. Ora che quasi muore, ha tanti figli ma nessuno sta con lei, sono arrabbiati perché li ha cresciuti con poco denaro, è stata una cattiva donna e Dio l'ha punita. Si è ammalata quando il figlio le ha detto che era una cattiva donna. Aveva tanti uomini e non aveva marito... Era sola e non poteva parlare con nessuno e se non parli tanta tristezza ti fa ammalare, ma se parli il cuore si mette a posto, esce la malattia. Poverina non mangiava e ora sta morendo di diabete. (intervista a Y.V., 04/01/2010)

In tale spiegazione emerge con chiarezza l'irregolarità morale all'origine della malattia, e non a caso è il cuore - simbolo delle qualità morali e dunque della personalità, della dignità e della forza dell'individuo - l'organo tramite cui si sarebbe innescato il processo patologico che ha poi portato al diabete. La parola giunge così ad assumere la funzione di rifondazione e rammemorazione delle norme e dei valori collettivi: anche se non istituzionalizzata, la confessione degli illeciti subiti o dei torti prodotti diviene parte del complesso terapeutico che porta a evitare la degenerazione di stati patologici minori, agendo sia sul piano meccanico-simbolico, tramite il processo di espulsione della sofferenza, sia su quello etico-sociale, tramite le dinamiche qui definite di "denuncia" e di "confessione" del sofferente. È evidente, allora, come la soluzione della malattia sia rivolta alla sintesi tra rapporti sociali, morali e fisici. Per il diabete i percorsi di guarigione comporteranno pertanto diverse azioni includenti sia il livello del corpo individuale, per esempio tramite le sostanze amare assunte per contrastare la "dolcezza", il "calore" e l'"annacquamento" del sangue, sia il livello sociale e simbolico, per esempio quando la parola e il pianto permettono al malato di "scaricare" la forza emotiva dannosa accumulata nell'individuo, così coinvolgendo una determinata rete sociale e le particolari azioni che plausibilmente conseguono all'esplicitazione delle cause del malessere.

Dunque, di fronte alla silenziosa opera di autolegittimazione del sapere medico nativo che si appropria di categorie e pratiche esogene al fine di mantenere ben salda la propria identità, il diabete, collocato e riplasmato all'interno delle categorie diagnostiche emozionali, diviene rappresentativo di un complesso reticolo di esperienze, sensazioni e discorsi, che concorrono a definire il significato sociale e individuale della sofferenza all'interno del particolare contesto culturale di Naupan.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

* L'indagine etnografica svolta nel Municipio di Naupan (da ottobre 2009 a marzo 2010), nell'ambito delle attività della Missione Etnologica Italiana in Messico, ha fruito del supporto dell'antropologa Lourdes Baez Cubero – *Curadora de la Sala Nahua del Museo Nacional de Antropología* – e del sostegno dell'Università di Roma “La Sapienza”.

La metodologia adottata nel corso della ricerca include la combinazione di diversi strumenti antropologici fra cui l'osservazione partecipante e le interviste in profondità, strutturate e semi-strutturate, volte raccogliere il punto di vista dei diversi attori sociali. Si è scelto di collocare nel presente contributo gli stralci delle diverse interviste al fine di permettere la ricostruzione della cornice delle dinamiche sociali di cui l'indagine, insieme alle narrazioni degli interlocutori, è frutto. Ciò ha permesso di amalgamare lo studio sugli enunciati esplicativi dei singoli individui.

Bibliografia generale

AGUIRRE BELTÁN G., *Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizoamerica*. México, Instituto Indigenista Interamericano, 1967.

BAEZ CUBERO L., *Saberes prácticos y actos rituales. Nahuas de la Sierra Norte de Puebla*. Tesi di dottorato in Antropologia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2009.

BIBEAU G., *A System Approach to Ngbandi Medicine*. In YODER P. S., *African Health and Healing Systems: Proceedings of a Symposium*. Los Angeles, Crossroad Press 1982: 43-84.

FARMER P., *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*. In QUARANTA I., *Antropologia Medica*. Milano, Raffaello Cortina, 2003.

- FOSTER G. M., *Hippocrates Latin American Legacy. Umoral Medicine in the New World*. Amsterdam, Gordon and Breach Science Publishers, 1994.
- FRAKE C. O., *The Diagnosis of Disease Among the Subanun of Mindanao*. American Anthropologist 1961: 63: 113-132.
- GARCÍA DE LEÓN A., *El universo de lo sobrenatural entre los Nahuas de Pajapan*. Veracruz, Estudios de Cultura Náhuatl 1969: 8: 279-311.
- KLEINMAN A., DAS V., LOCK M., *Social Suffering*. Los Angeles, University of California Press, 1997.
- LEE R. P. L., *Comparative Studies of Health Care Systems*. Social, Science & Medicine 1982: 16: 629 – 642.
- LOCK M., *On Being Ethnic: The Politics of Identity Breaking and Making in Canada or Nevra on Sunday*. Culture - Medicine and Psychiatry 1990: 14: 237-254.
- LÓPEZ AUSTIN A., *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos Nahuas*. Universidad Nacional Autónoma de México, 1984.
- LOW S. M., *Embodied Metaphors: Nerves as Lived Experiences*. In CSORDAS T., *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994, pp. 139-162.
- POOL R., *Dialogue and interpretation of illness. Conversations in a Cameroon village*. Providence Berg Publishers, 1993.
- RUBEL A. J., *Concepts of disease in Mexican - American culture*. American Anthropologist 1960: 62: 268-283.
- SCHIRRIPA P., VULPIANI P., *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*. Lecce, Argo, 2000.
- SCHEPER-HUGES N., *Death without Weeping: Violence in Everydaylife in Brazil*. Berkeley, University of California Press, 1993.
- SIGNORINI I. *Spavento e sindromi culture-bound. Sindrome?*, L'Uomo, 1988, pp. 25-49.
- SIGNORINI I., LUPO A., *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahua della Sierra Norte de Puebla*. Palermo, Sellerio, 1989.
- SIGNORINI I., TRANFO L., *Le infermità: classificazioni e terapie*. In: SIGNORINI I., *Gente di laguna. Ideologia dei Huave di San Mateo del Mar*. Milano, Franco Angeli, 1979, pp.164-197.
- SINDZINGRE N., *La necessità del senso: la spiegazione della sventura presso i Senufo*. In AUGÉ M., HERZLICH C., *Il senso del male*. Milano, Il Saggiatore, 1993.
- SINDZINGRE N., ZEMPLÉNI A., *Modèles et pragmatique, activation et répétition. Réflexion sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire*.

Social Science & Medicine 1981: 3: 279-293.

1. KLEINMAN A., DAS V., LOCK M., *Social Suffering*. Los Angeles, University of California Press, 1997.
2. AGUIRRE BELTÁN G., *Regiones de refugio. El desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizoamerica*. México, Instituto Indigenista Interamericano, 1967.
3. POOL R. 1993, *Dialogue and Interpretation of Illness. Conversations in a Cameroon Village*. Providence Berg Publishers, 1993.
4. In conformità all'articolazione anglosassone del concetto di "malattia" in *disease, illness, sickness*, in questo lavoro verranno impiegati rispettivamente il termine "infermità" e "malattia" per indicare il processo patologico (*disease*); "malessere" in riferimento alla dimensione soggettiva della malattia (*illness*), ovvero come questa viene vissuta e percepita dal paziente e dal suo gruppo sociale; "stato di malattia" intendendo tutti quegli aspetti dello "stare male" relativi al riconoscimento sociale del malessere individuale (*sickness*).
5. La distinzione tra "causa iniziale" e "causa agente" riprende ed elabora concetti già espressi da SINDZINGRE N., ZEMPLÉNI A., *Modèles et pragmatique, activation et répétition. Réflexion sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire*. Social Science & Medicine 1981: 3: 279-293, che distinsero tra un "a priori" e un "a posteriori" in riferimento agli enunciati inerenti la causazione della malattia.
6. LÓPEZ AUSTIN A., *Cuerpo humano e ideología*. Las concepciones de los antiguos Nahuas. Universidad Nacional Autónoma de México 1984.
7. SIGNORINI I., LUPO A., *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahua della Sierra Norte de Puebla*. Palermo, Sellerio, 1989.
8. BIBEAU G., *A System Approach to Ngbandi Medicine*. In: YODER P. S., *African health and healing systems: proceedings of a symposium*. Los Angeles, Crossroad Press 1982: 43-84.
9. Cfr. BAEZ CUBERO L., *Saberes prácticos y actos rituales. Nahuas de la Sierra Norte de Puebla*. Tesi di dottorato in Antropologia, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2009.
10. LÓPEZ AUSTIN A., op. cit. nota 7, p. 219.
11. In tal caso il riferimento è al *tonal*, implicato nella già citata categoria diagnostica del *susto*.
12. A proposito di alcune importanti connessioni cosmologiche per quel che concerne il concetto di "*corazón de piedra*" si veda LÓPEZ AUSTIN, op. cit. nota 7, p. 373.

13. Il “cuore forte” permette di respingere le forze negative, soprattutto entità soprannaturali, che si abbattono continuamente contro l’individuo.
14. BIBEAU G., op. cit. nota 9, p. 143.
15. FOSTER G. M., *Hippocrates Latin American Legacy. Umoral Medicine in the New World*. Amsterdam, Gordon and Breach Science Publishers, 1994.
16. Il “sangue dolce” è una caratteristica localmente riscontrata come sintomo del diabete. Ormai nella comunità di Nuapan è diffusa la concezione bio-medica che attribuisce al diabete mellito l’eccessiva permanenza di glucosio (causata da una ridotta secrezione di insulina da parte del pancreas) riscontrabile sia nel sangue che nelle urine.
17. FRAKE C. O., *The Diagnosis of Disease Among the Subanun of Mindanao*. *American Anthropologist* 1961: 63: 113-132.

Correspondence should be addressed to:

Silvia Iorio, silvia.iorio@gmail.com