

SPAVENTO E SINDROMI *CULTURE-BOUND*. SINDROME?

Italo Signorini

Università di Roma "La Sapienza"

Questo lavoro riguarda lo spavento quale referente eziologico di uno stato di malattia (1) riconosciuto a un paziente: un collegamento che determina una precisa categoria diagnostica all'interno del quadro di riferimento concettuale di numerosi sistemi medici "tradizionali". A supporto di quanto verremo argomentando, saranno presi in esame i dati etnografici che ci provengono da due contesti culturali diversi e geograficamente lontani tra loro: quello rurale italiano del Frusinate (con costanti allargamenti al vicino Sannio) e quello messicano degli Huave dell'Istmo di Tehuantepec (2), dove appunto rispettivamente *paura* e *napakmbol* 'grande spavento' costituiscono una categoria diagnostica ben individuata. I due esempi non sono stati scelti casualmente ma per il fatto che, pur presentandosi le categorie come concettualmente omologhe, sono poi rilevabili tra di esse differenze importanti e significative.

Nel caso della *paura*, lo spavento è il referente eziologico di uno specifico, ben individuato quadro sintomatico, e la categoria funziona sia come categoria eziologica sia come categoria descrittiva, cioè come categoria capace sia di dare senso all'esperienza del male sofferto, sia invece di associarsi a una sindrome clinica (3). Un'associazione, quest'ultima, che va incontro al desiderio di tutto quel filone di studiosi che si propongono come obiettivo conoscitivo la correlazione tra manifestazioni clinico/sintomatiche e «elementi semantici del discorso medico» (Good & Del Vecchio Good 1982: 144), in un approccio che si ricollega a quello della «teoria empiricista del linguaggio» (ibidem: 143) (4), a cui anche la cosiddetta etnoscienza si connette. Una linea teorica che i due studiosi contestano in nome di un approccio che sia invece «meaning centered», persegua cioè da un lato l'analisi della «specifica griglia semantica che ogni malessere condensa in una cultura» - definen-

do in tal modo quali siano i punti focali del discorso medico relativi al malessere - e dall'altro consenta anche di comprendere quali processi interpretativi vengano seguiti in quella specifica cultura per giungere al suo riconoscimento, così come a quello di stato di malattia, e darne spiegazione.

Per quanto concerne il *napakmbol* degli Huave, esso rientra invece in una categoria di tipo eziologico che prescinde da ogni riferimento a uno specifico complesso di sintomi, tenendo solo in conto il riferimento alla manifestazione della malattia, la gravità delle condizioni del paziente o il perdurare dello stato di malessere. Vedremo più avanti come tali valutazioni vengano fatte in concreto.

L'esame delle due diverse situazioni ha un duplice intento: 1) da un lato infatti esse sollevano il problema della eventuale collocazione dei malesseri, che le due culture classificano come indotti da uno spavento, all'interno di quella categoria di disturbi che una serie di studiosi hanno ritenuto poter stabilire in base al presunto riconoscimento di un complesso di sintomi specifici riscontrabili soltanto in una definita area geografico-culturale, e perciò sono stati chiamati sindromi «culture-bound» o «culture-specific» (Yap 1967), e consentendo corollariamente addirittura di discutere se essi possano essere considerati delle sindromi; 2) dall'altro lato consentono di mostrare come il procedimento logico-analitico seguito dagli assertori dell'esistenza di una tale classe di sindromi possa essere viziato, per lo meno quando sia legata a uno spavento, da un errore di prospettiva, dovuto al fatto che essa è stata costruita dai suoi fondatori, e poi per lungo tempo seguita acriticamente da molti altri, su realtà etnografiche più o meno profondamente toccate dal processo di acculturazione al modello occidentale. Realtà nelle quali il contatto e lo sfruttamento del sistema medico scientifico avevano già indotto scarti e notevoli riduzioni di campo dell'originale sistema medico tradizionale. Si era cioè verificata - lo si potrà ben apprezzare nel quadro offerto dalla *paura* in Ciociaria - quella particolare situazione acculturativa per la quale un sistema concettuale tradizionale, o consistenti parti di esso, riesce a mantenersi operante in un certo, seppur ridotto, settore sul quale interviene con i propri strumenti interpretativi e le proprie prassi, diversi e anche oppositivi rispetto al nuovo sistema concettuale impostosi negli altri settori, e senza che ciò susciti il benché minimo conflitto di logica nei suoi utenti. Se quel settore ridotto è soltanto quello dei disordini psichici, è logico che le categorie indigene appariranno sindromi legate a quei disordini.

Riguardo al primo intento, ci si può porre una serie di interrogativi: ci troviamo realmente di fronte ad una sindrome "specifica di una cultura"? E prima ancora, tali sindromi esistono? L'osservazione etnografica ci mostra che la credenza negli effetti morbiferi di una improvvisa, forte emozione o di un prolungato, costante stato emozionale è largamente diffusa nel mondo e che tra le emozioni un posto di assoluto rilievo è dato a quella derivante da uno spavento. Troviamo tale credenza presente, senza soluzione di continuità, in tutta l'America Latina, con estensione agli Stati Uniti per influenza chicana, e nel bacino del Mediterraneo e aree adiacenti.

I nomi con cui questa categoria diagnostica è meglio conosciuta sono quelli di *susto* o *espanto*, per la universale diffusione che essa ha nel mondo ispano-parlante. Ma naturalmente esiste una miriade di nomi locali corrispondenti a ciascun idioma parlato dai distinti gruppi amerindi disposti tra il Messico e l'imbutto australe; e lo stesso si verifica per l'area del Mediterraneo e per le zone circvicine (vedi ad esempio il *naharati* azero). In Italia compaiono i termini di *assustu* in Sardegna, *scantu* in Sicilia, *paura* appunto nelle regioni centrali.

L'idea base che informa la credenza è quella di una "perdita" di forze spirituali, causa prima della malattia che ne consegue. Questa idea di perdita viene variamente espressa, a seconda del contesto ideologico in cui si trova ad operare: là dove esiste la credenza in più anime o spiriti lo spavento – sia indotto da cause magiche, quali ad esempio l'azione malevola di uno spirito, sia invece, meccanicamente, da un evento naturale – determina il distacco di una di esse. Vedremo in seguito come questo tratto venga concepito in Ciociaria.

La maggior parte degli studiosi che si sono occupati delle manifestazioni etichettate con il termine di spavento e suoi sinonimi, ne hanno parlato come di una sindrome del tipo, l'ho già ricordato, "specificamente culturale"; quelle cioè, citando le parole di Yap (1974: 74), che sono «reazioni psicogene di fatto non dipendenti dalla volontà, reazioni bio-psicologiche elementari, sensibili a stimoli culturalmente specifici, e ... modellate patoplasticamente da distinti sistemi di credenze collegati alla malattia e al disordine». Definizione che, come si vede, dà rilievo alle variazioni di significato dei modelli di disordine identificati. Ciò che ha colpito Yap e altri studiosi è stata infatti la presenza, emersa dalle inchieste etnografiche, di particolari e "curiose" manifestazioni comportamentali – etichettate nelle varie società con specifici termini locali

– che essi hanno collegato a condizioni di disordine neuropsicologico e psichiatrico. Nel caso del *susto*, che è la categoria che qui ci interessa, quelle manifestazioni basiche sarebbero l'anorexia, l'insonnia, l'astenia, l'ansietà, la depressione. In quanto alterazioni del comportamento, e riconosciute come costituenti una sindrome, sono state inizialmente trattate in chiave solo psichiatrica, così che *culture-bound syndrome* (o meglio, secondo la definizione di Yap [1962: 163], *culture-bound reactive syndrome*) ha avuto subito l'implicito significato di *culture-bound psychiatric syndrome*.

La convinzione più diffusa tra gli studiosi disposti su questa interpretazione è che non si tratti in realtà di sindromi clinicamente distinte, ma le stesse già note alla nostra nosologia, conformate però e orientate ciascuna in modo differente dalle singole culture, che verrebbero così a dar loro quell'aspetto esotico che le contraddistingue. Troviamo pertanto Lehmann (1980) che le definisce «sindromi psichiatriche ristrette a ambienti culturali specifici» e Hughes (1985: 3), «almeno a livello fenomenologico, modi non familiari di essere "pazzi"». Da questo punto di vista, sono esempi di devianza «deviante». Devereux (1978: 58) parla a sua volta di «disturbi etnici ...radicati non nell'inconscio etnico, ma in traumi idiosincratici sufficientemente diffusi in una data cultura per costringerla a prenderne coscienza allorquando la loro frequenza o la loro intensità supera una certa soglia»; e Kiev (1968: 170), relativamente al solo *susto*, lo qualifica quale «forma di ansietà fobica per lo più espressa con sintomi di depressione, ansietà e ritiro dalle normali attività e responsabilità sociali».

Questo filone interpretativo resta oggi rigoglioso, né modifica in modo sostanziale il fatto che per mettere bene in luce il peso delle componenti culturali nel processo di formazione della sindrome, e quindi nel determinare le «variazioni di significato all'interno di un certo modello» (Low 1985: 187), si abbia voluto modificare la etichetta di *culture-bound syndrome* in quella di *culturally interpreted syndrome* (ibidem). Prendendo le mosse da Carr (1982: 77) che propone per l'*amok* – la manifestazione *culture-bound* da lui studiata – l'interpretazione che essa è «una delle molte risposte alternative a condizioni avverse o stressanti, rappresentando la risposta specifica, il sentiero comune finale di molteplici determinanti eziologiche: ambientali, biologiche, psicologiche, cognitive, socio-culturali... fenomeno che è quindi una variante culturalmente determinata non di una forma universale di psicologia, ma di una risposta a universali antecedenti condizioni di stress

di vita o di eventi avversi», la Low (1985: 88) propone appunto la espressione *culturally interpreted* in quanto ritiene che meglio si presti alla descrizione delle pressioni culturali a cui lo stato di malattia è sottoposto. L'interpretazione della malattia e del malessere si articola per essa su tre livelli: un primo, nel quale i sintomi sono espressi attraverso il corpo quale sistema di simboli; un secondo, in cui questi sono ricevuti, assortiti e identificati all'interno della teoria della malattia e delle sue cause; un terzo, nel quale ai simboli sono dati significati basati sui valori e sul sistema sociale.

Resta il fatto che ancora nel recente volume tutto dedicato alle *culture-bound syndromes* e curato da Hughes e Simons (1985), l'ultimo capitolo, in cui è collocata la discussione anche del *susto* – pur introdotto da Simons, in opposizione rispetto a Hughes per quanto riguarda le correlazioni psichiatriche tra categorie folk e categorie cliniche – rivela con la “prudenza” e l'insolita lunghezza del titolo tutte le ambiguità e incertezze che tuttora regnano in materia: «Malattie folk usualmente classificate come sindromi psichiatriche legate a una specifica cultura e che probabilmente non dovrebbero essere più considerate tali»!

Ma anche quando, sempre più spesso, questa identificazione con un preciso livello o tipo di disordine psichico viene messa in questione, le componenti psicologiche restano sempre parte essenziale e qualificante di ogni interpretazione del *susto*, dalle più antiche alle più recenti, «inclusioniste» (5) come le chiama Hahn (1985: 167-168). Nei suoi primi lavori Rubel (1960: 808; 1964: 280) parla per il *susto* di risposta a «relazioni interpersonali stressanti» e di «meccanismo di adattamento a proprie inadeguatezze sul piano sociale», Fitzsimmons (s.d.) di «adattamento patologico all'ansietà» e Foster e Anderson (1978: 97), dando valore anche ai sintomi legati alla sfera organica, di «sindrome psicogena collegata a un disordine fisiologico». Sulla linea «inclusionista» sta l'ultimo lavoro di Rubel, in collaborazione con O'Neil e Collado (1984), rivolto all'esame del *susto* presso tre gruppi messicani con diverso livello di acculturazione al modello nazionale. In esso gli autori, pur rivedendo alcune loro precedenti affermazioni sulla scorta della diversa impostazione data al problema delle malattie folk da Kleinman (1973, 1980) e Fabrega e Silver (1973) in particolare (la cui attenzione si è principalmente rivolta all'esame dei modi in cui le differenti popolazioni “comprendono” la malattia) e pur rifiutando la tesi della semplice assimilazione dei malesseri folk a specifiche sindromi psichiatriche già note alla nostra nosologia, rifiutano però anche la tesi che esse possano essere soltanto un'etichetta

sotto cui, nei singoli contesti culturali che le esprimono, vengano compresi le malalattie e i malesseri più diversi. Partendo dall'assunto che la differenza tra sani e ammalati di *susto* debba essere localizzata «in uno o più dei tre sistemi del sé – sociale, psicologico, organico – e che uno stress che colpisce l'uno può essere in tutto o in parte trasmesso agli altri» (p. 10), insistono sul fatto che il *susto* si determinerà «solo in situazioni sociali che le vittime percepiscono come stressanti» (p. 11) e che «gli stress sociali riflessi nel *susto* sono intraculturali e intrasocietari per loro natura» (p. 11), ponendo sempre il sentimento di inadeguatezza sociale a precedere la manifestazione della malattia, organica o psichica che sia (p. 119). Per essi il *susto* «è» una malattia a se stante anche se non classificabile «come *disease entity* secondo i criteri seguiti dalla biomedicina» (p. 110), non potendosi rapportare a una specifica eziologia o a una particolare fisiopatologia, ma presentandosi come «una condizione che attacca i pazienti in modo diffuso e generalizzato, alla quale l'individuo risponde con sintomi non specifici indicanti una cattiva situazione organica e psicoemozionale ... che aumenta i rischi di morte del paziente per aver esacerbato le conseguenze delle malattie organiche endemiche in quelle aree rurali» (p. 111). L'aspetto «culturale» *emic* della sua diagnosi starebbe nel trovare un evento terrifico del passato che le dia il richiesto appoggio eziologico. Ma a questo evento gli Autori sembrano poi dare lo stesso peso che ad esso danno gli indigeni – prendendo ad esempio il tempo che da esso è intercorso come parametro della gravità degli altri insulti che la condizione di *asustado* sollecita – in un curioso intrecciarsi di *emic* e *etic*.

Anche in queste interpretazioni resta però il fatto che si ritiene la manifestazione caratterizzata da un complesso omogeneo di sintomi che le darebbero unità. Ma è questa la realtà? Sul fatto che il *susto* non sia da considerarsi affatto una sindrome si sono schierati alcuni studiosi (tra cui io stesso) in base alla considerazione del fatto che i sintomi che il *susto* presenta – sia all'interno di una data cultura o sub-cultura, sia in una comparazione tra culture – possono corrispondere ai più differenti stati di malessere, tanto fisici quanto mentali. Come giustamente osserva Tousignant (1979: 354), il *susto* non ha sintomi fissi, e la diagnosi non verte peranto sulla loro ricorrente presenza: un sogno tipico, una depressione, una irritazione della pelle sono tutti elementi che possono condurre a quella diagnosi, ciascuno essendo di per sé sufficiente. È ciò che ho potuto io stesso osservare nelle due diverse e tra loro lontane comunità messicane presso le quali ho svolto lavoro di campo

(cfr. Signorini 1979, 1982; Signorini & Lupo 1989), dove il *susto* copre in effetti l'intero arco delle manifestazioni patologiche (6), sempre quando queste abbiano già raggiunto quel livello di intensità e di cronicità atti a farle riconoscere quali stati di malattia.

Lo stesso affermava già anni fa Seijas (1972), e i Good (1984) lo ribadiscono quando criticano il fatto che «venga spesso assunto negli studi cross-culturali fondati sul paradigma empiricista che le categorie dei malesseri folk sono malattie specifiche o quanto meno sono specifiche relativamente a sindromi di malesseri culturalmente plasmati». Nel loro caso si sente però ancora una certa esitazione nell'affermarlo quando aggiungono: «La nostra ricerca mette in dubbio *persino* (corsivo mio) questa ultima asserzione». Una timidezza che si rileva nell'inserimento di quell'innessario «persino», quasi una concessione alla tanta letteratura che si colloca sull'altro versante interpretativo e la cui crescita quantitativa sembra essere il prodotto di uno dei così frequenti casi di inerzia culturale che affliggono la nostra disciplina (e non la nostra soltanto).

Ma anche la più recente posizione di Rubel e O'Neill appare ambigua e in qualche modo pure contraddittoria sia nei confronti dell'uso del termine sindrome sia per quanto riguarda la costruzione della stessa quando riferita al *susto*. Essi infatti da un lato equiparano, in modo del tutto generico, malessere e sindromi di cui i membri di un particolare gruppo pretendono di soffrire (1984: 2), poi però affermano che per quanto riguarda il termine *susto* esso verrà da loro utilizzato solo quando si riferisce a un coerente insieme di caratteristiche ricorrente attraverso i gruppi (1984: 7). Sebbene riconoscano che il *susto* è espressione (lo abbiamo già accennato) di stress che possono agire tanto sul piano organico quanto su quello psicologico o sociale, e non essere quindi manifestazioni di un problema soltanto di natura psichiatrica, tuttavia al momento di indicare quale sia la condizione di *asustado* si rifanno – avvertendo che questo è il modo con cui paziente e suoi parenti descrivono la condizione – a quelle manifestazioni sistematiche, assolutamente generiche di ogni stato patologico, che i vari etnografi hanno riportato (depressione, astenia, inappetenza, sfinimento), relegando gli altri sintomi al di fuori di questo nucleo basico, quali manifestazioni da esso indotte e sequenzialmente secondarie (1984: 83).

Sulla stessa linea, ma in modo assai più ingenuo, si pone Logan (1979: 154) che contesta le critiche mosse da Seijas (1972: 177) alla ipotesi esplicativa dello stress come fattore predittivo dello

stato di *susto* formulata da Rubel e da O'Neil e Selby (1968), sulla base del fatto (non maggiormente commentato) che la nozione di *susto* tra i Sibundoy, dove Seijas ha lavorato, non è comparabile alla sindrome riportata da Rubel e O'Neil e Selby. Piuttosto che essere una componente definita del malessere, il termine *susto* sembra abbracciare, nella cultura medica sibundoy, un'ampia varietà di malesseri e di sintomi.

Ancora più scorretto dal punto di vista metodologico appare il procedimento seguito da Sol y Rosas (1958) il quale, per poter catalogare il *susto* tra i fatti clinici di disordine mentale, considera tutte le diagnosi di *susto* fatte dai guaritori della comunità da lui studiata come "errate" quando applicate a casi di malattia che la nostra nosologia dispone nella classe delle infermità organiche!

Mi fermo qui con l'introduzione di ordine teorico per passare ad una rapida descrizione delle concezioni relative allo spavento quale causa scatenante di malessere nelle due comunità prescelte in ragione delle due diverse situazioni culturali nelle quali lo spavento viene accettato come referente eziologico: San Mateo del Mar, dove il sistema tradizionale medico huave ha mantenuto – se non con minimi aggiustamenti dovuti al crescente uso, in parallelo, delle offerte della medicina moderna – tutta la propria coerenza e le proprie prassi, e Fumone in provincia di Frosinone dove invece il ricorso alle strutture pubbliche e private messe a disposizione del sistema medico moderno è generalizzato, ma quello tradizionale trova ancora un suo legittimo spazio in un ridotto ma preciso settore di mali.

Il napakmbol

Per gli Huave i malesseri si dispongono, per quanto riguarda le loro cause, in due grandi partizioni in base al fatto che vengano diagnosticate come "naturali" o invece "provocate". Nella prima partizione rientrano quegli stati patologici (*monandew Dios*) che si ritiene affliggano l'uomo per sua natura e costituzione, così come Dio le ha stabilite; mentre nella seconda sono raccolti, sempre secondo un criterio eziologico, i malesseri attribuiti alla volontà ostile, conscia e inconscia, di uomini o entità extraumane.

Questa seconda ripartizione si suddivide a sua volta in quattro classi diagnostiche che tutte indistintamente – al contrario di ciò che avviene con le "malattie di Dio" – non si costituiscono in base al riconoscimento di sintomi specifici (7): sono la *narangüch* /fatto/, i cui malesseri sono addebitati all'azione, al pensiero o alle

emozioni di un essere umano vivo o defunto; *niüng ahlüy* /dove sta/, ritenuto causato da un malanno che abbia colpito l'*alter ego* animale dell'individuo, al quale si è stretti da un vincolo di coesistenza; l'*oniühkan* /occhio/, che corrisponde al nostro malocchio; lo *iünd* /vento/, categoria di mali legati agli effetti della penetrazione di entità eteree.

La classe *narangüch* si suddivide ancora in sottoclassi, delle quali una è appunto il *napakmbol* /spavento/, termine che ricopre sia la sua causa sia il suo effetto, come d'altra parte ogni altra sottoclasse del *narangüch* e il *narangüch* stesso. Al trauma di uno spavento in cui si sia incorsi è pensato conseguire un grave stato di malessere che può assumere qualsiasi forma, dalla depressione alle allucinazioni, dai dolori interni alle piaghe. Il *cluster* di sintomi che Rubel e O'Neill considerano qualificante del *susto* e a cui è stato in precedenza fatto riferimento, è certamente anch'esso presente nelle descrizioni indigene dello stato di *asustado*, ma assieme a ogni altro sintomo specifico che l'informatore ricordi del suo proprio caso o di ulteriori di cui sia a conoscenza: la genericità di quei sintomi basici fa d'altronde sì che essi si ripetano per ogni altra sottoclasse del *narangüch* e per ogni caso "pesante" delle altre classi.

La diagnosi di *napakmbol* viene fatta da uno specialista, il *neandüy xiüt* /sapiente della vena/ (8), che la ottiene «ascoltando» il pulsare del sangue del paziente. Questo "ascolto" non si riferisce a come il polso si presenta – anche se ciò non è del tutto irrilevante, esaltando le capacità di intendere la causa della infermità – ma al messaggio che tramite il sangue si riceve per quel rapporto mistico con Dio e i Santi che ogni *neandüy xiüt* possiede al momento della sua "elezione".

Una prediagnosi può essere già fatta dal paziente o dai suoi familiari quando il malessere patito sia stato immediatamente preceduto da un evento che abbia appunto provocato spavento e che sia quindi, per logica deduzione, rapportabile allo stato di sofferenza. Ma perché ad esso venga dato ufficiale riconoscimento è necessaria la conferma da parte del *neandüy xiüt*, il quale può orientarsi in altra direzione. Non vi è però "obbligo" del paziente di prestar fede alla diagnosi che gli viene fornita, o perché ha già maturato un suo intimo convincimento, o perché non lo convince quanto il *neandüy xiüt* gli comunica circa i fatti che avrebbero scatenato il suo male.

Comunque, nessuna diagnosi è irreversibile: se la cura che verrà applicata non produrrà benefici, lo stesso o altro diagnostico

verranno interpellati e procederanno a un riesame che potrà confermare la diagnosi di *napakmbol*, eventualmente attribuendolo a un evento diverso da quello individuato in prima istanza, oppure passare a una differente diagnosi. Come si vede, sulla stessa base sintomatica non si ha alcuna difficoltà a imporre l'etichetta di una altra classe o sottoclasse: lo *shifting* dall'una all'altra e a altre ancora, con percorsi a volte assai sinuosi che possono comprendere anche il passaggio per la via "moderna", è prassi normale quando di un malessere non si riesca a venire a capo. Ecco qui un caso, tra i tanti, tratto dalle note di un campo.

S.Q., 63 anni, è da un anno afflitta da un male all'occhio sinistro, diagnosticato dal medico come cancro della cornea, che la ha progressivamente condotta alla totale cecità da quel lato, accompagnata da forti nevralgie e gonfiamento abnorme della regione bulbare. I dolori le impediscono di dormire la notte, fiaccando le sue resistenze e impossibilitandola a svolgere regolarmente le incombenze domestiche e in specie la sua intensa attività di tessitrice, che contribuiva in notevole misura al modesto bilancio familiare. Si lamenta in modo accorato del danno che tutto ciò provoca anche alla sua attività – comune a tutte le donne huave – di venditrice dei prodotti della pesca dell'anziano marito, e della derisione a cui per la sua deformità facciale è malignamente sottoposta dalle altre donne del mercato. La situazione generale è inoltre aggravata dal fatto di soffrire di violente coliche di fegato ai cui tormenti non riesce più a resistere come prima per lo stato di debolezza che i continui dolori all'occhio le provocano. Un senso di depressione e di frustrazione sono le conseguenze di questa sua condizione di disagio fisico e morale.

Dall'inizio dei suoi disturbi si è già fatta visitare da quattro diversi *mondüy xiüt* e da altrettanti medici, consultati in loco e nella vicina Juchitan. La prima diagnosi di *neandüy xiüt* si orientò su un *napakmbol* che venne individuato in un evento accaduto tre anni fa quando, chiamata da vicini, vide appeso a un palo dall'altro lato della strada il corpo esanime di un figlio, impiccatosi con i suoi pantaloni sotto effetto dell'alcool. Il non aver avuto, nonostante lo shock, ripercussioni immediate sulla salute la resero abbastanza scettica nei confronti di questa diagnosi, ma si sottopose comunque al trattamento rituale di un *neasomüy* (v. oltre), com'è prassi per tutti i casi di *narangüch*. Quando questo non dette i risultati desiderati in tempi relativamente brevi, S.Q., impaziente e convinta che le cure tradizionali, se applicate a un caso giustamente identificato, hanno pronto effetto, decise di

cambiare via e si rivolse a un oculista di Juchitan che, dopo aver sottolineato la necessità di un intervento chirurgico, le ha dato – così come hanno poi fatto gli altri medici da lei consultati – sintomatici anticongestionanti e calmanti.

Dopo qualche tempo, vedendo che la situazione stava peggiorando anziché migliorare, e per pressioni del marito tradizionalista, si è diretta a una *neandüy xiüt* che le ha diagnosticato questa volta un *ahküy /ira/* (altra classe del *narangüch*) ma senza che dall'anamnesi fatta venisse ad emergere un qualche evento particolare che la confermasse. Senza convinzione si sottomise a un nuovo trattamento rituale che, dimostratosi inefficace, la portò a rivolgersi a un'altra specialista che suggerì *wüx nearraar* /sopra il calore/ 'chiamata da parte di un morto' rifacendosi all'episodio della morte di un altro suo figlio ucciso anni fa in una rissa di ubriachi. La diagnosi venne da S.Q. rifiutata con ansiosa violenza, in quanto convinta di aver fatto tutto il necessario per «dimenticarlo» (9) e per consentirgli di riposare in pace. Con la *neandüy xiüt* cercarono di trovare un altro defunto che avesse potuto voler "chiamarla" a sé, ma senza che l'indagine desse frutti. Disperata, ricorse allora al rituale praticato quando non si riesca a determinare il luogo e le modalità della causa dell'evento scatenante; e allorché anche ciò non produsse alcun risultato si diresse per aiuto, piena di rimorso, a un *neandüy xiüt* con fama di fattucchiere che usando la "demoniaca" tecnica di divinazione con le carte, di recente importazione, le disse che era affetta da un *napakmonxing* /forte vergogna/ (altra sottoclasse del *narangüch*) causato da una sua relazione adulterina. Indignata per la diagnosi che considerava falsa e offensiva, rifiutò ogni ulteriore contatto con lui.

Appare oggi scossa nella sua fiducia, non tanto nel sistema tradizionale in sé, quanto nella capacità dei suoi operatori; un atteggiamento che però sembra esserle stato sempre proprio, a sentire il commento di una guaritrice sua amica, la quale ritiene che gli insuccessi della cura a cui si è di volta in volta sottoposta siano da attribuire essenzialmente a questo suo modo di affrontarle: «se non ha fiducia, come può guarire?». Ma lo stesso prova nei confronti dei medici, a cui non dà d'altro canto credito per quanto riguarda la possibilità di risolvere le "malattie indigene" che «non conoscono». Il suo convincimento, alla fine di un così travagliato percorso terapeutico è di essere senza rimedio condannata da una fattura (*narangüch mal*) inviatale da un misterioso qualcuno invidioso dei suoi successi di tessitrice e del buon livello economico raggiunto, anche se ormai nulla di tutto ciò esiste più.

Il caso presentato evidenzia come lo spavento, e poi via via le altre emozioni e sentimenti sui quali si cerca di incardinare il malessere, possano essere collocati in un lontano passato (a volte precedente la stessa esistenza del paziente) oppure il loro effetto essere eventualmente trasmesso da un parente lineare che li sperimenta, o anche essere subiti di "rimbalzo".

Se la diagnosi è quella di *napakmbol*, la cura verrà affidata, come ogni altro *narangüch*, al *neasomüy*, uno specialista che rientra tipologicamente nella categoria dei sacerdoti. La sua terapia, se così la si può chiamare, consiste in offerte, trasmissione della *konfession* del paziente alla Terra e una supplica ad essa perché rilasci il suo cuore (*omeaatsaran*), caduto al momento dell'evento traumatico e da lei catturato. Il *neasomüy* non dà medicinali (ciò è compito del *neadüy xiüt*) la cui somministrazione in questi casi è vista come un semplice sintomatico, incapace di risolvere il malessere, sanabile solo annullando la sua ragion prima, di ordine morale e sociale. Si ritiene infatti che l'evento a cui è attribuito l'insorgere del proprio stato patologico sia in qualche modo sempre, anche quando non se ne abbia certezza, il risultato di un comportamento o di una azione non conformi all'etica sociale e religiosa. Da qui discende che la cura consista nella trasmissione alla divinità di una confessione del malato, che chiude la causa prima, e di un rituale di "richiamo" dell'entità spirituale perduta, che risolve invece il fatto ultimo, meccanico, responsabile del castigo. Ogni insuccesso indicherà che la diagnosi del male era errata o che il paziente non ha rivelato integralmente la propria vita nella confessione.

La paura

Nel trattare di quella malattia folk che in Italia Centrale prende il nome di *paura*, bisogna distinguere tra quanto si riferisce, secondo il ricordo degli informatori, al quadro sintomatico ed eziologico con cui si presentava "un tempo", e quanto ad essa è attribuito nella situazione odierna.

I dati qui riportati e le interviste provengono dall'indagine di campo condotta da Ritarossi (1982), integrati da quanto personalmente raccolto nel Sannio. Lo stato di infermità è addebitato ad uno spavento sofferto per un qualche incidente in cui si sia incorsi – da un semplice improvviso violento rumore, a una caduta, alla vista di un serpente – oppure all'incontro con un fantasma, inten-

dendosi con questo lo spettro di un individuo morto di morte violenta.

Causa ed effetto erano e sono tra loro riuniti sotto lo stesso termine, come per il *napakmbol* huave; ma in passato uno spavento era considerato possibile occasione per l'insorgere di altre infermità, in qualche caso ancorate sul piano sintomatico a particolari manifestazioni che già rientravano nel più ampio e variegato quadro della *paura*: ad es. nel Sannio la *narcatura* – contrassegnata da anomalie nella crescita, spossatezza, clorosi, dolori alle gambe – e il *feluspersu* /fiele sparso/ a Fumone, inteso come la conseguenza della *paura* trascurata.

Non vi è la credenza che il fatto provochi, come in Mesoamerica, la "perdita dell'anima". Per lunga, profonda ed esclusiva tradizione cristiana l'anima è una soltanto e non separabile dal corpo se non nel momento della morte del suo possessore. La temporanea unione voluta da Dio cessa allora per i differenti destini riservati a ciascuna delle due parti e che si compiono quando l'involucro corporeo, in qualche modo gravemente leso o usurato dal tempo, cessa nelle sue funzioni di ricettacolo, precipitando nella marcescenza, e «libera» l'anima, eterna e da esso ontologicamente diversa per costituzione. Ma l'idea che lo spavento faccia comunque "perdere" qualcosa risulta bene evidente nelle descrizioni che dei suoi effetti danno i più anziani informatori riferendosi ad un passato nel quale il malessere aveva dimensioni e diffusione più vaste di quelle attuali: perdita di forze (in particolare delle gambe), perdita di appetito e di sonno, perdita di colore, perdita dell'equilibrio nervoso, cessazione delle mestruazioni, crescita rallentata dei bambini. A ciò va aggiunto quanto immaginato: il mutamento dinamico e di composizione del sangue reso pallido, inconsistente e lento dopo l'arresto avuto al momento dello «scatto» dello spavento (10).

Nelle diagnosi attuali di *paura* la "perdita" riguarda sempre la tranquillità interiore, il controllo emotivo, ed è considerata fonte, con termini ormai alla moda, di esaurimento nervoso. Questo permane sempre però legato all'idea della diluizione e dell'arresto del sangue (di cui uno dei segni è l'amenorrea). Le mutate condizioni patologiche e l'accettazione della spiegazione "scientifica" di molte forme di malessere che si pensavano connesse alla *paura* hanno condotto a questa circoscritta dimensione patologica. Le interviste qui di seguito riportate, in cui gli informatori descrivono quelle forme e i loro sintomi specifici, si riferiscono sia al passato sia al presente.

«Se muore de paura perché il sangue diventa acqua, se ferma la circolazione» (Fumone)

«Resti impalata, te se ferma il sangue, i dottori te fanno pure le analisi, ma non te trovano niente e la persona non ce la fa più a camminà, il sangue te se ferma, non circola» (Fumone)

«Quando ci hai 'na paura te fa un arresto de vita; anche se te riprendi dopo, il sangue non circola più normale... tu vai a tutti i dottori ma non te possono fà niente, che fanno? Mio zio, chi je dava 'na cura in un modo, chi in un altro, eppure non ci hanno fatto proprio niente. I dottori non dicono che è paura perché non la capiscono» (Fumone)

«C'era una che aveva la figlia che aveva avuto paura, non ce credeva a questa gente che parava (11) ... la portò dal medico, dai professori e anche a Roma... a quella s'era incrinata persino la vista, guardava storta, era rimasta con la vista da una parte... il professore non aveva fatto niente, la portarono là da un guaritore a pararci. La prima volta cominciava già a capire qualcosa, la seconda si sentiva bene, la terza volta si è sentita bene del tutto. Per tre volte ci ha parato, è stata bene... quello l'ha rimessa al mondo ...era quasi morta... ma bisogna crederci... la paura te ferma il sangue... te fa pure mori» (Fumone)

«La paura te fa diventà giallo, non hai più forza, non mangi niente e cominci a deperi» (Fumone)

«La paura ogni tanto scatta, fa scattare così... pure quando dormi» (Fumone)

«Il bambino che ha paura, si vede dagli occhi, sono sfossati, ma lui articola... quando hanno paura si impazziscono quasi» (Fumone)

«...Eh, je cominciano a venì i nervi, sò nervosi, non se ne pò sapè lo che fanno» (Fumone)

«La paura se mette pure nella nerbatura» (Fumone)

«A me per la paura se ne sono andate le cose mie, però non lo so la paura che ho avuto. Me sento agitata, ci ho tutta la vita troncata... me sento solo de dormì, le gambe me fanno male... la paura va subito alla gambe, te senti tuta stramba, non me ne va di uscì, me sento sempre la capoccia tutta attonnata» (Fumone)

«Narcatura se intendeva quandu a unu se strungavano i ginocchie, se facevanu de mala culore» (San Marco dei Cavoti)

«Se 'ndebuliscunu tutti i nervi, se 'ngiallenisce... Questa narcatura addebulisce la vita: a vita soa sa troppu rilassa... Uno non cia fa a faticà, nun mangia» (San Marco dei Cavoti)

«Io allora portavo le mestruazioni, era un giorno solo, poi non mi sò mica venute più. Dal dottore non vi andai ... avevo una quarantina d'anni... è stata proprio la paura. Quando

perdi la vita che fai? Tu stai camminando e trovi 'na serpe... te s'arresta la vita. Lì per lì non me fici parà, dopo ch'è paia di misi me ce fici parà, ma si era lì per lì era mejo. Le gambe m'erano diventate come pietra. Da quel giorno so diventata più paurosa. Più ce ripensi e più ci hai paura... adesso me sento più paura della paura... Se non te fai parà alla paura, diventi tutta gialla» (Fumone)

«La paura può pure portà i vermi nella pancia ... Gianni ci soffre di vermi, non mangia tanto, si ingiallisce un pò di faccia, gli puzza l'alito» (Fumone)

«I faceva i svenimenti e diagnevenu, cu nente i facevanu i cose nervose (bambini con i vermi)» (San Marco dei Cavoti).

Interessante è il fatto che conseguenza tra le più caratteristiche e salienti di uno spavento vi fosse la *vermenara*, un'infestazione cioè da vermi, al presente rarissima nelle sue forme estreme, così comuni un tempo. Scomparso infatti l'anchilostoma e rari anche gli ascaridi, i casi si limitano ai più innocui oxiuri dei bambini. Si pensava che la *vermenara* (che poteva assumere l'aspetto di *gangaglia* quando i parassiti si stringevano in matassa) dipendesse dalla agitazione selvaggia e moltiplicazione abnorme di vermi fuoriusciti, per il trauma emotivo provato dalla persona, dall'apposito involucro che ciascuno di noi possiede nell'addome e nel cui chiuso essi svolgono invece una loro importante parte nel mantenere l'organismo in un equilibrato e armonioso stato di funzionamento. Un'idea, questa della relazione tra spavento e vermi "impazziti", che ha una vasta diffusione in Italia (cfr. Guggino 1986).

Comunque, pur rimanendo assai ampia la gamma delle infermità potenzialmente diagnosticabili come *paura* in base all'arco di manifestazioni che a tale malessere veniva attribuito, è certo che in essa si concentravano le elmintiasi e i disturbi nervosi quando questi ultimi non assumessero le forme drammatiche della follia. D'altro canto, va anche considerato che le elmintiasi sono a loro volta facile veicolo di disturbi nervosi. Non è mia intenzione, con queste considerazioni, reintrodurre, dopo averlo criticato, un approccio che privilegi la ricerca del collegamento tra malattie folk e categorie cliniche. Il richiamo a patologie per le quali la medicina moderna offre una completa conoscenza "scientifica" della loro genesi e sviluppo - a livello quindi di una causa immediata e di sintomatologia specifica - è fatto in quanto consente di meglio comprendere il perché del mantenimento della categoria folk a oggi, con le sue nuove modalità e ambiti di riferimento. Se infatti procediamo all'esame di quanto i malati di paura lamentano, lo stato

cioè di cui “soffrono” – prescindendo dagli eventuali “segni” indicatori dello stato stesso (un certo pallore, la presenza di parassiti) – vediamo che esso consiste in un senso di ansietà, di nervosismo, di spossatezza profonda. Quale che sia la ragione diretta o mediata da cui questo stato dipende (abbiamo ad esempio visto la “perdita” delle mestruazioni attribuita a uno spavento subito, ma sono i sentimenti di sconforto e di ansietà ad essa collegati che hanno determinato lo stato di *paura*) esso costituisce l’elemento di raccordo con quella categoria diagnostica.

Così era un tempo e così è ancora, ma con una importante differenza: mentre in passato lo stato assommava per convergenza gli effetti di cause diverse, tra cui quelle dovute a elmintiasi o a altri fattori organici e funzionali e quelle invece prodotte da stress o da alterazioni a carico della sfera psichica, quando oggi esso si determina viene riconosciuto come *paura* solo se non ricollegabile a cause di natura organica o funzionale che la medicina ufficiale, oltre che spiegare, curi anche con efficacia.

Ridotto o non ridotto il suo ambito, la *paura*, esaminata in diacronia, trova dunque il suo riferimento sia nella sfera comportamentale sia in quella organica i cui variati sintomi, come ben rileva Ritarossi (1982: 309) «trovano espressione e risoluzione nei modelli precostituiti da una antica tradizione».

Chiunque può essere colpito dalla paura, ma logicamente, per il fatto che il suo insorgere è legato a uno spavento avuto, donne e bambini sono considerati come più facilmente soggetti ad essa in quanto più deboli e impressionabili.

Per quanto attiene la diagnosi, il malato può ricorrere al guaritore, come nel caso huave, convinto già del fatto che il suo male è *paura*: ad es., quando il malessere sia di poco preceduto dall’evento traumatico di uno spavento patito; oppure accusando un malessere generico che verrà poi dal guaritore attribuito a uno spavento da ricercarsi attraverso un procedimento di carattere anamnestic. A ciò il guaritore aggiunge la tecnica dell’“ascolto” dei battiti del polso e delle tempie del paziente, che quanto più lente tanto più denunceranno la gravità della malattia.

Lo specialista dà pochissima importanza ai sintomi accusati dal paziente (lo “scorrere” del sangue è quello più significativo per lui, quando è, guarda caso, al tempo il meno apprezzabile dal paziente), ma punta tutto sulle proprie capacità mistiche di “sentire” la malattia e collegarla a quel quadro concettuale magico-religioso tradizionale dal quale la sua diagnosi scaturisce in forme, certo, culturalmente obbligate.

La terapia è di natura magica, fondata su un trattamento a base di segni (croci) e di formule (creazioni) (12), a cui possono essere uniti massaggi. L'importante è che il rituale si svolga in connessione con le fasi lunari o con la posizione del sole. Sembra che anche qui, come nel caso siciliano discusso da Guggino (1986), il rituale terapeutico non debba svolgersi, pena l'insuccesso, nei momenti di maggiore attività e pericolosità dei vermi, quando attratti dal fulgore del sole (e della luna) allo zenit, si spingono verso l'alto dagli oscuri anfratti del corpo dove hanno dimora, soffocando il loro portatore.

Tutti ritengono che i risultati del rituale terapeutico specifico della *paura* non possono che essere sempre positivi. Se il malessere da cui si è afflitti non dovesse scomparire – si dovesse cioè verificare un suo perdurare o, ancor più, un suo peggioramento – ciò viene inteso come una chiara indicazione che le sue cause non sono quelle diagnosticate, ma altre, da ricercare nel campo della fattucchieria che va contrastata con mezzi e operatori differenti. Il livello della gravità della fattura è infatti considerato di gran lunga superiore a quello della *paura* e lo "scorrimento" della diagnosi da questa a quella – che condensa in sé tutta la pericolosità che le deriva dall'essere guidata dall'implacabile forza di maligni sentimenti umani – dà ragione della pervicacia o maggiore violenza del malessere.

Riflessioni conclusive

I due casi etnografici presentano due situazioni affatto differenti. Nel caso huave il *napakmbol* non si correla a alcuna sindrome particolare, esclusiva o, per lo meno, dominante; si può anzi dire che qualsiasi sindrome può essergli attribuita – non differenzialmente da ogni altro stato di "vera" malattia contemplato dalla tassonomia locale – e che pertanto sintomi diversi possono convergere nella stessa categoria diagnostica. Mi aiuterò nella discussione appoggiandomi allo schema epistemologico proposto da Sindzingre e Zempleni (1981: 280 segg.) i quali distinguono per i malesseri una «causa» (il "mezzo" o il "meccanismo": il "come"), un «agente» (la forza efficace: il "chi" o il "cosa"), un'«origine» (la "congiuntura" o l'"avvenimento": il perché) e distinguono anche quelli che sono gli enunciati *a priori* sulle connessioni esistenti tra sintomi o malattia e i tre livelli di cause, dalle elaborazioni *a posteriori* che emergono dal concreto e contingente manifestarsi del malessere e che rappresentano l'adeguamento degli enunciati

astratti «alle congiunture pragmatiche, soggettive e socio-simboliche conferenti loro un senso contestuale nello svolgimento problematico degli episodi di malessere».

Nel *napkmbol* è evidente la “causa” strumentale: uno spavento – come il lemma che identifica causa e effetto rivela immediatamente – con conseguente perdita dell’anima. Per quanto riguarda l’“origine”, la cosa è meno chiara, venendo origine e causa tra loro confuse dagli informatori, ma può essere inferita dal rituale terapeutico che prevede la “confessione” del malato: si tratta di un qualche fallo, comportamento improprio o peccato che abbia condotto l’individuo al tempo e al luogo in cui l’avvenimento traumatico si è verificato. Per quanto infine concerne l’“agente”, questo non è vivo e presente e animato da sentimenti maligni o da amorale coscienza professionale come in altro settore è il fattucchiere, ma è Dio che interviene lontano e misterioso nella catena causale che costituisce i prodromi dell’evento traumatico, e la Terra (suo aspetto particolare) che trattiene in sé l’“anima” dello spaventato.

Al contempo il referente eziologico costituito dallo spavento è un *a priori* che, proprio per l’assoluto sganciamento da un preciso complesso di sintomi, o anche da un solo sintomo specifico, può essere usato a spiegazione del malessere e a orientamento della terapia quanto e come la diagnosi mistica e concreti avvenimenti relazionabili alla categoria astratta consentono; così come non vi è difficoltà a escluderlo in qualsiasi momento a favore di un’altra categoria o sottocategoria diagnostica.

Nel caso invece della *paura* la situazione è più complessa. Se guardiamo a ciò che l’etichetta ricopriva, troviamo sia sintomi legati alla sfera dei disturbi nervosi sia invece sintomi legati alla sfera organica (volendo mantenere, per una critica delle teorie correnti, questa “storica” dicotomia del pensiero occidentale). Ma non tutto quello che apparteneva all’una o all’altra sfera vi rientrava: solo un abbastanza limitato numero di sintomi specifici generico. Rifacendoci per comodità alla nostra nosologia, l’herpes zoster o la malaria o la artrosi ad esempio non sarebbero mai state diagnosticate come *paura*, i loro sintomi specifici orientando la diagnosi in tutt’altra direzione; e neppure la follia, che aveva referenti eziologici diversi. Abbiamo visto però che i sintomi specifici attribuiti alla *paura* includono certamente in questa le elmintiasi, le epatiti e disturbi psicosomatici, in gran parte probabilmente connessi anche alle prime. La genericità degli altri sintomi consentiva però una diagnosi di *paura* pure per un ampio arco di altri mali. Oggi, eliminati o contrastati con efficacia dall’intervento della

medicina "moderna" alla quale "tutti" fanno ricorso, quei malesseri organici che un tempo sarebbero stati fatti rientrare in una *paura* (e che si ritengono ormai campo riservato al "dottore"), quella mantiene il posto che aveva nella visione popolare della malattia e della disgrazia, ma limitatamente ai soli disturbi psicosomatici, restando quelli psichici – ciò che "emicamente" è *paccia* – anch'essi fuori della competenza, e della comprensione, del medico, considerato incapace di afferrarne le cause, dovute alla malignità umana e all'incontro con insinuanti esseri eterei. La linea di discriminazione tra *paura* e *fattura* sta in conclusione nell'ampiezza, gravità e permanenza nel tempo dell'alterazione del comportamento.

Mi sembra che i due esempi di "malesseri da spavento" spingano comunque in direzione dell'esclusione del *susto* dalla categoria delle sindromi specificamente culturali, quale che sia l'opinione che si abbia sulla reale consistenza di una categoria di questo genere, in particolare se si considera che essa può esistere solo supponendo che ne esista un'altra libera invece da condizionamenti culturali. Non rientra infatti tra «le malattie folk che includono preminentemente alterazioni del comportamento e dell'esperienza nella loro sintomatologia», che è la distinzione che Simons (1985b: 26) considera caratterizzante della sindromi culturalmente specifiche. Inoltre mostrano che il *susto* non ricopre affatto forme comuni di malessere spartite da ogni sua espressione regionale (13). Ma ciò che più mi interessa è che oltre a non costituire un'unica sindrome, non per questo si scinde in più sindromi locali, ma che può non essere affatto una sindrome come nel precedente caso huave.

Detto tutto ciò, ci si deve chiedere che cosa abbia spinto tanti studiosi a vedere in chiave di sindrome manifestazioni patologiche classificate emicamente, in ambiti culturali tradizionali diversi, come conseguenze di uno spavento.

Tousignant (1979) ritiene che ciò sia dovuto a una non corretta selezione dei casi presi in considerazione, o in ogni modo a una non sistematicità nella raccolta dei dati (soli casi straordinari; mancanza di controlli estesi al di là degli informatori privilegiati; ecc.). Ritengo che quanto dice sia giusto, ma che debba essere ulteriormente esteso. Ciò nel senso che la non corretta selezione e la asistematicità non riguardano soltanto l'indagine così come è stata condotta sul campione etnografico operativamente scelto, ma la stessa scelta del campione. I teorizzatori di una equazione tra "sindrome specificamente culturale" e stati di malattia "emozionale", *susto* nella fattispecie (sempre ricordando che esso è emozio-

nale dal punto di vista emico, non etico), hanno tutti lavorato su subculture incistate in società moderne oppure su culture in avanzato processo di acculturazione al modello moderno, traendo da queste le loro generalizzazioni: quindi là dove la medicina moderna aveva o ha avuto tempo di operare profondamente, facendo sì che il campo di applicazione della medicina tradizionale, e perciò, come ovvio, delle concezioni che la sottendono, perdesse enorme terreno.

È quanto suggerisce il nostro caso ciociaro, ma può anche essere colto nel riesame dell'etnografia dei malesseri da spavento offerti dalla letteratura e in particolare dagli esempi portati da Rubel, O'Neil e Collado a corredo delle loro tesi, dove tanto più il *susto* appare una sindrome legata ai disturbi psicosomatici quanto più il gruppo considerato è vicino sul piano acculturativo al modello nazionale "moderno" dominante.

La infermità "emozionale" subisce allora una profonda contrazione di ampiezza di spettro, nel senso che perde il collegamento che poteva avere in passato con quei mali la cui natura organica dà modo alla medicina moderna di esprimersi al meglio con le sue superiori capacità tecnico-scientifiche, che d'altro canto sono l'elemento che ha determinato la convinta accettazione del sistema concettuale che le sostiene; sopravvivendo per contro il sistema tradizionale, con le logiche diverse che lo informano, per il settore dei disordini psichici e funzionali, quelli cioè nei quali la medicina moderna subisce i maggiori scacchi, dipendenti anche dal particolare asettico tipo di rapporto medico-paziente che le è proprio, mentre al contrario la medicina tradizionale vi incontra i suoi più vistosi successi.

In conclusione, l'etichetta "spavento" (come d'altra parte ogni altra del tipo "emozionale", sia essa "invidia", "vergogna", "tristezza", ecc.) serve da interpretazione del malessere, ha «la funzione di collegare gli eventi della malattia ad altri livelli della realtà» (Tousignant 1979: 347): "può" infatti ricoprire presso molte culture, lo abbiamo visto, le più diverse manifestazioni patologiche, e pertanto raccoglie i sintomi più diversi. Quando ciò non avviene, è perché altre credenze, altri sistemi hanno chiuso le possibilità di attribuzione.

Note

1. La terminologia che qui userò risponde all'esigenza di adeguare l'italiano - attraverso delle scelte lessicali convenzionali - alla utile tripartizione dei

termini relativi a "infermità" che la letteratura specialistica anglosassone del settore etnomedico ha ormai imposto come strumento di chiarezza teorico e metodologico: impiegherò pertanto la parola "malattia", o "infermità", come corrispondente all'inglese *disease*, indicante il processo patologico; "malessere", per l'inglese *illness*, riferito al modo in cui il paziente è e si sente malato e comunica la propria sofferenza; "stato di malattia" (o di "infermità"), per l'inglese *sickness*, relativo al riconoscimento sociale del malessere patito da un individuo e, conseguentemente, di un suo status di infermo.

2. Nell'area del Frusinate hanno lavorato nel 1981, per la loro tesi di laurea, P. Ritarossi e S. Varroni. Tra gli Huave dell'Istituto di Tehuantepec ho compiuto personalmente l'indagine di campo nel quadro delle attività di ricerca della Missione Etnologica Italiana in Messico, di cui sono anche il direttore, tra il 1973 e il 1982. Per quanto attiene l'area del Sannio, anche in questo caso i dati provengono da una ricerca personale, tuttora in corso, iniziata nel 1984.

3. Good e Del Vecchio Good (p. 149) mettono in rilievo come in verità le espressioni del malessere (*illness realities*) vengano costruite in maniera del tutto analoga tanto nella clinica medica quanto nella medicina popolare: «the illness models have always a fundamental hermeneutic dimension».

4. Con questa espressione, mediata da Harrison (1972), Good e Del Vecchio Good (p. 143) intendono quella posizione per la quale «meaning attaches to basic utterances in language through a conventional association between a "language element" and a particular "world element" ...this paradigm holds that the "order of words" has meaning through an ostensive relationship to the "order of things"».

5. Hahn distingue le interpretazioni delle sindromi culturalmente specifiche in "esclusioniste" e "inclusioniste". Le prime pongono una netta dicotomia tra condizioni patogene che siano appunto *culture-bound* e altre che non lo sono: l'*amok* sarebbe *culture-bound*, il vaiolo invece "universale", libero da condizionamenti culturali. Riferendosi alla posizione di Carr (1978), ricorda come questo associ le sindromi *culture-bound* alla espressione del malessere che, distinto dalla malattia, è sempre culturalmente forgiato; ma che al contempo esse possono essere sollecitate dai più vari fattori eziologici, anche fisici o socioculturali. Questa apertura lo avvicina in un certo modo alle interpretazioni "inclusioniste" che sostengono che «tutti gli eventi umani, compresi quelli ritenuti *culture-bound*, hanno aspetti sia culturali sia cognitivi sia psicomodinamici».

6. Anche Fabrega - nonostante il suo approccio sia antropologicamente vicino al filone etnoscientifico, orientato all'analisi delle classificazioni indigene sulla base di un riscontro degli elementi visibili che nei diversi contesti culturali verrebbero a definire i confini delle varie categorie - deve ammettere che per i Tzotzil di Zinacantan, che attribuiscono gli stessi sintomi a più d'una della proprie categorie diagnostiche, non sono questi probabilmente gli elementi che servono a distinguere, ma invece la «consistent application of a set of values for illnesses dimensions regardless of what the patient experiences or manifests» (1963: 104), così che «the critical features of folk illnesses may refer to the social and moral characteristics of the person who is ill» (1970: 312).

7. In realtà non ogni legame con la "qualità" del sintomo è inesistente: il *narangüch* potrà essere diagnosticato soltanto a partire da una certa soglia di intensità della manifestazione patologica e quando il tempo trascorso dal suo inizio abbia raggiunto una certa ampiezza, il *niüing abliüy* tende a essere privilegiato nelle diagnosi quando il caso presenti una accezione parossistica; l'*oniüh-*

kan riguarda essenzialmente il settore infantile; lo *iünd* dal canto suo interpreta, ma non in esclusiva, stati di perturbamento mentale.

8. L'appellativo popolare spagnolo per questo tipo di specialista, largamente diffuso in tutta la Mesoamerica, mestiza e indigena, è quello di *pulsero*.

9. La regola huave è che per i defunti, dopo una serie di rituali svolti a scadenze fisse per un anno dopo la morte e culminanti nella cerimonia dell'*ahtep nichech* /far salire l'offerta/ che sigla il loro totale distacco dal mondo dei viventi e la collocazione nella sfera degli "antenati", non bisogna provare sentimenti di vivo rimpianto, capaci di suscitare in loro ricordi e desideri che li sollecitino a chiamare a sé il dolente.

10. In verità l'immaginario ha una sua qualche corrispondenza con la realtà, forse frutto di osservazioni empiriche. Nei casi di elmintiasi, in particolare di anchilostomiasi, da cui la popolazione era grandemente affetta un tempo, tra le manifestazioni cliniche possibili vi è anche quella della maggior fluidità del sangue che può determinare difficoltà di coagulazione.

11. *Parare* significa curare un male con i prescritti incantesimi, operazione magico-terapeutica affidata a specialisti.

12. Il termine è una distorsione di "orazione".

13. Non mi limito qui al riscontro – come fa Low (1985: 187) che parte invece dall'assunto di una comune sintomatologia causata da una malessere psicosociale – che ogni modello ha i suoi "significati" e la sua interpretazione.

Bibliografia

- Carr, E. 1982. Depression and the culture-bound syndromes: an ethnobehavioral view. *Paper presented at the 81st annual meeting of the American Anthropological Association, Washington, December 3-7, 1982.*
- Devereux, G. 1978. *Saggi di etnopsichiatria generale* Roma: Armando.
- Frabrega, H. 1970. On the specific of folk illnesses. *Southwestern Journal of Anthropology* 26: 305-314.
- Frabrega, H. & D. Silver. 1973. *Illness and shamanistic curing in Zinacantan. An ethnomedical analysis.* Stanford: Stanford University Press.
- Fitzsimmons, Ch. I. s.d. *A case study of susto in the Zapotec pueblo of Teotitla del Valle, Oaxaca, Mexico: a theoretical appraisal of folk illness as an adaptation to culturally induced psychological stress.* Unpublished ms.
- Foster, G. M. & G. A. Anderson. 1978. *Medical anthropology.* New York: John Wiley & Sons.
- Good, B. J. & M. Del Vecchio Good. 1984. "Toward a meaning-centered analysis of popular categories: 'fright illness' and 'heart distress' in Iran", in *Cultural conceptions of mental*

- health and therapy*, a cura di A. J. Marsella & G. M. White, pp. 141-166. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Guggino, E. 1986. *Un pezzo di terra di cielo*. Palermo: Sellerio.
- Hahn, R. 1985. Culture-bound syndromes unbound. *Social Science and Medicine* 21, 2: 165-171.
- Harrison, B. 1972. *Meaning and structure: an essay in the philosophy of language*. New York: Harper and Row.
- Hughes, Ch. 1985. "Culture-bound or construct-bound? The syndromes and DMS-III", in *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, a cura di R. C. Simons & Ch. Hughes, pp. 3-24. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Kiev, A. 1972. Curanderismo. Mexican American folk psychiatry. New York: The Free Press.
- Kleinman, A. 1973. Medicine's symbolic reality. *Inquiry* 16:206-213.
- — 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Lehmann, H. 1980. "Other psychiatric disorders", in *Comprehensive textbook of psychiatry III*, vol. 2, a cura di H. Kaplan, A. Freedman & B. Sadock, pp. 1986-2002. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Logan, M. H. 1979. Variations regarding susto causality among the Cakchiquel of Guatemala. *Culture, Medicine and Psychiatry* 3: 153-166.
- Low, S. 1985. Culturally interpreted symptoms or culture bound syndromes? A cross-cultural review of nerves. *Social Sciences and Medicine* 21, 2: 187-196.
- O'Neill, C. W. & H. A. Selby. 1968. Sex differences in the incidence of susto in two Zapotec pueblos: an analysis of the relationships between sex role expectation and a folk illness. *Ethnology* 7: 95-105.
- Ritarossi, P. 1982. *Classificazione delle infermità e relative terapie in un paese della Ciociaria: Fumone*. Tesi di laurea, Università di Roma.
- Rubel, A. J. 1960. Concept of disease in Mexican-American culture. *American Anthropologist* 62: 795-814.
- — 1964. The epidemiology of a folk illness: susto in Hispanic America. *Ethnology* 3: 268-283.
- Rubel J., C. W. O'Neill & R. Collado-Ardon. 1984. *Susto a folk illness*. Berkeley: University of California Press.
- Sal y Rosas, F. 1958. El Mito del Jani o Susto de la medicina Indí-

- gena del Peru. *Revista de la Sanidad de la Policía* 18: 167-210.
- Seijas, H. 1972. El Susto como categoría etiológica. *Científica venezolana* 23, supl. 3: 259-278.
- Signorini, I. 1979. *Gente di laguna. Ideologia e istituzioni sociali dei Huave di San Mateo del Mar*. Milano: Angeli.
- — 1982. Patterns of fright: multiple concepts of susto in a Nahua-Ladino community of the Sierra de Puebla (Mexico). *Ethnology* 21: 313-323.
- Signorini, I. & A. Lupo. 1979. *I tre cardini della vita. Anime, corpo e infermità tra i Nahua della Sierra de Puebla*. Palermo: Sellerio.
- Simons, R. C. 1985a. "Introduction: the fright illness taxon", in *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, a cura di R. C. Simons & Ch. Hughes, pp. 329-331. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- — 1985b. "Sorting the culture-bound syndromes", in *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatry and anthropological interest*, a cura di R. C. Simons & Ch. Hughes, pp. 25-38. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Simons, R. C. & Ch. Hughes 1985. *The culture bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Sindzingre N. & A. Zempleni. 1981. Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire. *Society, Science and Medicine* 15b: 279-93.
- Tousignant, M. 1979. Espanto: a dialogue with the gods. *Culture, medicine, and psychiatry* 3: 347-361.
- Yap, P. M. 1967. Classification of the culture-bound reactive syndromes. *Aust. New Zealand Journal of Psychiatry* 1: 172-179.
- — 1974. *Comparative psychiatry. A theoretical framework*. Toronto: University of Toronto Press.

Sommario

Per lungo tempo la letteratura etno-psichiatrica ha considerato la categoria diagnostica fondata sul referente eziologico "spavento" (*susto* in ispanoamericano) come una sindrome "specifica-

mente culturale". Sebbene forti critiche siano state di recente espresse contro tale attribuzione, non è stato da un lato – se non in modo assai ambiguo – messo in discussione il fatto che costituisca tuttavia una sindrome, e dall'altro che fattori psicologici e psicosomatici ne siano le componenti fondamentali e qualificanti. Partendo da una revisione critica delle tesi espresse a questo proposito, l'autore porta gli esempi di due diversi sistemi medici "tradizionali" nei quali lo spavento è considerato causa di malesseri: nell'uno però senza alcuna considerazione della sintomatologia con cui si esprime, nell'altro con sintomi invece legati a due sfere diverse di mali. Con il supporto di questi esempi l'autore sostiene la tesi che lo "spavento" non rappresenta necessariamente una sindrome (tanto meno "culturalmente specifica") e che il fatto che così spesso ricopra soltanto gli effetti di stress e di disturbi psicosomatici non è segno di una sua basica qualità intrinseca, ma rivela l'impatto avuto dai processi di acculturazione al modello moderno che hanno lasciato al sistema tradizionale il campo di questi disturbi, sottraendogliene altri.

Summary

Ethnopsychiatric literature has long considered the diagnostic category on the etiological referent "fright" (the Hispano-American *susto*) as a "culture specific" syndrome. Although there has recently been strong criticism of this ascription, what has not been brought into discussion, except in very ambiguous fashion, is the fact that it is still considered a syndrome and that psychological and psychosomatic factors are its fundamental and specific elements. Beginning with a critical review of the theories expressed in this regard, the author offers examples of two different "traditional" medical systems in which fright is considered a cause of illness: in one system, however, there is no consideration of the symptoms by which it is expressed; in the other system, symptoms are linked to two different spheres of illness. With the support of these examples, the author argues that "fright" does not necessarily represent a syndrome (much less a "culturally specific" syndrome), and that the fact that it so often covers only the effects of stress and psychosomatic disturbances is not a mark of some basic intrinsic quality but reveals the impact of processes of acculturation to the modern model of medicine, which have left the field of these disturbances to the traditional system and taken others away.