

RAPPRESENTAZIONI COGNITIVE E GESTIONE SOCIALE DELLE MALATTIE TRA GLI JÍVARO-ACHUAR

Patrizio Warren

Istituto Superiore di Sanità-Roma

La forte influenza esercitata dalle correnti "mentalistiche" dell'antropologia contemporanea (Harris 1971, 1984) sulla ricerca medico-antropologica degli anni '60 e '70 sembra per molti versi avere spinto il senso comune disciplinare a considerare la gestione culturale della malattia come il risultato della trasposizione diretta, sul piano dei comportamenti, di opzioni che sono prevalentemente (se non esclusivamente) prese su quello delle rappresentazioni cognitive. Rifacendomi alle osservazioni circa la rilevanza e la specificità dei processi di socializzazione della malattia ("anthropology of sickness"), avanzate alcuni anni or sono da Allan Young (1982), in questo articolo vorrei mostrare come presso gli Jívaro-Achuar – tra i quali ho lavorato tra il 1982 ed il 1985, nel quadro di un programma applicativo (1) – questa dinamica possa più adeguatamente ed utilmente essere descritta nei termini di una scrupolosa mediazione tra ciò che in astratto è suggerito dalle teorie indigene della malattia e il concreto impatto sociale di ciascuna delle possibili alternative diagnostico-terapeutiche previste dal sistema medico. Questo approccio mi consentirà in conclusione di identificare alcuni dei criteri normativi che regolano la gestione sociale delle malattie tra gli Achuar e le modalità attraverso le quali questo processo retroalimenta la più complessiva organizzazione della società di cui è espressione.

1. Profilo etnografico

Gli Achuar sono un gruppo di lingua jívaro stanziato lungo l'attuale confine tra Ecuador e Perù, nella vasta regione di transizione tra la *montaña* ed il bassopiano amazzonico, solcata dai fiu-

mi Morona, Pastaza e Corrientes e dai loro affluenti. La loro popolazione totale è di circa 6-7.000 persone, delle quali secondo un recente censo (Uriarte 1981, 1985) 3.800 - 4.000 risiedono in territorio peruviano (2). Da questo lato della frontiera, fin dai primi decenni del secolo *patrones* e commercianti fluviali hanno stabilito contatti pacifici con alcuni settori di questa etnia, coinvolgendoli progressivamente in diverse attività estrattive (resine elastiche, pelli, legname). Gli Achuar hanno così ottenuto accesso diretto agli attrezzi di metallo, alle armi da fuoco e ad un insieme di beni manifatturati, che hanno in gran parte sostituito la tecnologia autoctona e sono oggi considerati indispensabili per la sussistenza e le attività domestiche. Negli ultimi venti anni, la crescita della domanda di legname sul mercato nazionale ed internazionale, la esplorazione e lo sfruttamento dei giacimenti di petrolio situati nel territorio indigeno (oggi attraversato da un importante oleodotto), il consolidamento della presenza militare lungo la frontiera e, segnatamente, le attività delle missioni e di alcune dipendenze dello Stato, hanno determinato l'inizio di un rapido processo di modernizzazione, nel quale la società achuar si trova oggi sempre più profondamente coinvolta. Caratteristiche salienti di questa dinamica sono la progressiva pacificazione delle relazioni inter- ed intra-etniche, la nucleazione della popolazione in villaggi stabili, la scolarizzazione delle giovani generazioni, la diffusione del bilinguismo, la crescente importanza delle attività economiche verso il mercato regionale e l'insorgenza di nuove forme di aggregazione politica, tese a garantire e difendere gli spazi di autonomia etnica concessi dalla vigente legislazione indigenista.

Aldilà di questi fermenti innovativi, ampi settori della società achuar presentano tuttavia ancora oggi un carattere prevalentemente tradizionale e offrono all'etnografo l'immagine viva di una tipica "cultura della foresta tropicale". L'economia è quasi ovunque ancora prevalentemente orientata alla sussistenza, basata sulla orticoltura "taglia e brucia" e la caccia-pesca-raccolta ed organizzata in base alla divisione sessuale del lavoro. L'unità produttiva e residenziale coincide con la famiglia nucleare spesso poligamica. Il sistema di parentela ha un orientamento cognatico ed è descritto da una terminologia di tipo dravidico (Colajanni 1977, 1982a; Taylor 1979, 1982). Priva di gruppi di discendenza e di qualsiasi altra forma di aggregazione corporata, l'organizzazione sociale si articola intorno ad una rete di parentadi egocentrici bilaterali, sovrapposti ed interrelati dal sistema di scambio indiretto delle alleanze matrimoniali. Le maglie di questa rete si infittiscono in fun-

zione della prossimità geografica, della intensità degli scambi reciproci di donne, beni e servizi, e della solidarietà politico-militare e rituale generata dalla emergenza di un "grande-uomo" (ach. *júun*) e/o di un potente sciamano (ach. *wishín*). Gli estesi parentadi di questi personaggi, per i quali Descola (1979, 1981, 1986) ha coniato il termine "area" o "nexus endogamo", costituiscono le unità politiche maggiori che si confrontano reciprocamente nel quadro di una permanente conflittualità che caratterizza la socialità extradomestica e che trae quasi sempre origine da differenti interpretazioni dei diritti e delle priorità relative agli scambi matrimoniali tra affini geograficamente e socialmente lontani (Colajanni 1977, 1982a; Descola & Lory 1982). Il conflitto è tuttavia sempre sostenuto ideologicamente dalle accuse di stregoneria che conseguono a tutte le morti per incidente o malattia di un membro del parentado.

Al pari di altre società amazzoniche, gli Achuar organizzano l'universo intorno a tre piani cosmici – la volta celeste, la superficie terrestre e l'ipogeo –, ciascuno dei quali è associato a differenti aspetti e modalità di conoscenza del reale (rispettivamente, i miti cosmogonici, l'esperienza quotidiana e la magia) (3). Divenuto inaccessibile in seguito alle vicende che hanno posto fine al tempo del mito, il cielo è attualmente sede delle entità che fondarono il mondo e che, senza più prendere parte alle sue vicende, ne scandiscono il divenire con i movimenti ciclici degli astri nei quali esse si sono trasformate. La superficie terrestre è invece, per definizione, il mondo dell'esperienza quotidiana, di quanto cioè è percepito nel normale stato di veglia e può essere comunicato per mezzo del linguaggio ordinario. A questo ordine di realtà pertiene in modo pressoché esclusivo un'ampia categoria di oggetti ed eventi "banali" (ach. *nángkami* 'invano') e "manifesti" (ach. *nekásmínii* 'ciò di cui ci si può rendere conto') che si risolvono interamente sul piano empirico. Un approccio esclusivamente orientato in tale senso non è tuttavia considerato adeguato per descrivere la collocazione cosmica e la condizione ontologica dell'uomo e degli altri esseri (fondamentalmente, molte piante coltivate, i grandi alberi della foresta e gli animali maggiori terrestri ed acquatici) ai quali è attribuito il possesso di un'anima (ach. *wakán*) e dei quali si dice esplicitamente che sono «come persone umane» (ach. *áints núnisan*). Per queste entità "animate" (vale a dire – qui e altrove nel testo – «dotate di *wakán*»), le cause apparenti del mondo empirico non sono che un epifenomeno rilevante, ma non esaustivo, che sottende e cela una causalità "occulta" (ach. *nekáchmínii* 'ciò di cui non

ci si può rendere conto'), alla quale vanno riferiti i processi che ne determinano la vita, lo sviluppo e la morte. Questa dimensione nascosta dell'esistenza è epistemologicamente identificata con gli stati di coscienza non ordinari – il sogno (ach. *karár*) e i vissuti indotti dagli allucinogeni (ach. *nampék*) – e cosmologicamente associata col mondo, anch'esso occulto e misterioso, che si stende sotto la superficie della terra e delle acque.

Così come la terra è il luogo dell'esperienza umana, l'ipogeo è per definizione il mondo degli *iwiánch*, un eterogeneo insieme di entità che come madri della selvaggina (ach. *kuntinia nukuri*) e delle piante coltivate (ach. *núngkui*) signori della foresta (ach. *ikiámnumia iwiánchri*) e delle acque (ach. *tsúngki*), spiriti tutelari della vita sociale e della guerra (ach. *arútama iwiánchri*), servitori degli sciamani (ach. *wishinia iniátiri*) e ricettacoli del loro potere (ach. *tsentsáka iwiánchri* 'spiriti della freccia') esercitano dalle loro dimore sotterranee e nel corso di sporadiche visite alla superficie un controllo indiretto sui processi fondamentali di produzione, riproduzione ed estinzione della vita individuale e sociale. Descritti come un'umanità parallela e "lontana" e animata da un'intenzionalità ambivalente, quando non fracamente ostile, gli *iwiánch* possono essere sedotti dalla parola e dalle manipolazioni rituali ed essere così conquistati ad un'alleanza la cui intensità costituisce per il punto di vista indigeno la misura del potere simbolico e del successo nelle attività domestiche e pubbliche, che a questo consegue. La comunicazione con queste entità è resa possibile all'individuo dalla partecipazione a tre distinti complessi rituali: la magia domestica, associata alle attività produttive ed alla vita familiare (praticata da entrambi i sessi, anche se con finalità e modalità diverse); la ricerca della visione e la conquista della tutela di uno spirito *arútam*, orientata ad assicurare il successo nella vita pubblica e in guerra (e quindi prevalentemente anche se non esclusivamente maschile); e lo sciamanismo, che costituisce una componente importante del sistema medico, sul quale avrò modo di tornare più diffusamente tra breve.

2. Il sistema medico

Le credenze e le pratiche mediche sono uno degli aspetti meno conosciuti della etnografia achuar e dei gruppi jívaro in generale. Una sintesi dei risultati (in gran parte ancora non pubblicati) della ricerca da me svolta su questo tema è dunque necessaria per

introdurre gli argomenti specifici che verranno discussi nei successivi paragrafi.

In termini generali, la malattia è per gli Achuar la conseguenza dell'invasione dello spazio interno da parte di un principio patogeno esterno, la cui natura e origine è oggetto delle discriminazioni nosografiche implicitamente comportate da ogni asserzione e giudizio in materia. In effetti, in assenza di un termine generico, le voci lessicali maggiormente comprensive usate nel linguaggio quotidiano in riferimento agli eventi patologici umani corrispondono alle tre categorie *játa*, *mímgkau* e *sungkúr*, nelle quali si articola la classificazione indigena delle malattie.

Come attesta la stessa etimologia del termine *játa* (da *jástin* 'morire'), la prima di queste categorie comprende tutte le condizioni patologiche che gli Achuar considerano gravi e in grado di indurre il peculiare vissuto a sfondo depressivo che nella loro cultura prelude al decesso. Tali sono in prima istanza le malattie attribuite alle aggressioni stregonistiche da parte di sciamani umani e di spiriti sciamani (classe *wáwek*). Sono inoltre considerate *játa*, le condizioni patologiche provocate dallo spavento conseguente all'incontro improvviso con un qualche spirito *íwianch* (classe *pá-ju*); dal contagio magico inintenzionale da parte di persone previamente portatrici della malattia, attivato in conseguenza di un forte sentimento di vergogna, nel corso di certe particolari situazioni stereotipe dell'interazione sociale (classe *nápin*); e da un intenso ed incontrollabile desiderio nei confronti di un oggetto, un cibo, una preda o – sessualmente parlando – una persona (classe *sut-mármau*).

La categoria *mímgkau* comprende per definizione tutti gli eventi patologici gravi riguardanti i lattanti, dalla nascita allo svezzamento. Queste malattie sono attribuite al contagio magico di un oggetto, un evento o un animale, conseguente alla violazione da parte dei genitori di una delle innumerevoli proscrizioni rituali del puerperio e dell'allattamento. L'elenco di queste proibizioni include l'assunzione di certi cibi, la manipolazione di certi oggetti ed il contatto ravvicinato con alcuni animali carnivori e/o non commestibili. Da ciò deriva la tripartizione della categoria nelle classi *yuruámu* ('avendo mangiato'), *takásamu* ('avendo manipolato') e *tapimú* (da *tapiktin*, verbo che indica la respirazione affannosa che è al tempo stesso considerata propria dei felini e sintomo elettivo di questa modalità di *mímgkau*).

Il termine *sungkúr* si riferisce infine a tutti gli eventi patologici "minori" che gli Achuar attribuiscono a cause pertinenti l'ordi-

ne delle cose “banali” e “manifeste”. In questa categoria rientrano le piccole lesioni, i disturbi sintomatici non debilitanti e certe sindromi, prive di eziologia specifica, considerate come costitutive di certi momenti del ciclo della vita. Sono inoltre classificate come *sungkúr* tutte le malattie epidemiche (influenza, morbillo, pertosse, ecc.), la cui trasmissione è attribuita a entità invisibili (ach. *sungkúra nukurí* ‘madri del *sungkúr*’), ma comunque prive di *wákán*; e un ridotto insieme di condizioni patologiche causate dalla incidentale esposizione del corpo del malato alle esalazioni procedenti da un oggetto empirico contaminante.

La Tavola 1 evidenzia come ognuna delle 10 classi nosografiche ora sommariamente descritte sia definita dalla combinazione di due fattori inerenti il processo eziologico: la natura e l’origine del principio patogeno e le modalità attraverso le quali questo ha invaso il corpo del paziente. Una certa ridondanza cognitiva (che pure, come vedremo, ha una sua precisa funzione) non dovrebbe comunque trarre in inganno. A ben vedere le dieci teorie eziologiche riportate nella Tavola 1 possono infatti essere ridotte a tre modelli ideali: l’introduzione nel corpo della vittima degli spiriti-freccia, che costituiscono il ricettacolo del potere sciamanico (classe *wáwek*); una qualche forma di compartecipazione mistica tra il malato e un oggetto o evento del mondo esterno, provocata da una forte emozione patogena (classi *páju*, *nápin* e *sutmármau*, della categoria *játa*), o associata a uno statuto esistenziale ancora precario e indefinito (le tre classi della categoria *mímgekau*); e l’invasione dello spazio interno da parte di oggetti empirici o entità “inanimate” (le tre classi di *sungkúr*, prive di un termine di riferimento specifico). Nonostante si discosti in più di un punto dall’impianto cognitivo formale della nosografia, questa interpretazione è in effetti alquanto significativa dal punto di vista pratico. Essa trova infatti riscontro nell’organizzazione del sub-sistema terapeutico che appunto prevede tre strategie di cura differenti, mutuamente esclusive e non contemporaneamente cumulabili: (i) i trattamenti sciamanici, volti a estrarre lo spirito-freccia dal corpo del malato, indicati nei casi di stregoneria; (ii) le terapie rituali “subsciamaniche” (4) eseguite per espellere dal corpo gli influssi patogeni mistici che negli adulti causano i *páju*, i *napín* ed i *sutmármau*, e, nei lattanti, le tre classi di *mímgekau*; e (iii) le cure domestiche, basate su misure di ordine empirico o sull’autosomministrazione di piante medicinali o farmaci commerciali, elettivamente praticate nei casi di *sungkúr*. Uno sguardo d’insieme a queste tre modalità di gestione della malattia permetterà di identificare il sen-

Tav. 1 – Definizione etiologica delle classi nosografiche nel sistema medico achuar.

Categoria	Classe nosografica	Natura e origine del principio patogeno	Modalità della introiezione
Játa	<i>Wáwek</i>	spirito-freccia o simili controllato da uno sciamano umano o da uno spirito-sciamano	introduzione intenzionale dell'oggetto patogeno nel corpo della vittima
	<i>Páju</i>	influsso mistico (<i>paju</i>) procedente da un <i>iwianch</i>	spavento (<i>páju</i>) conseguente all'incontro improprio con lo spirito
	<i>Nápin</i>	influsso mistico (<i>inidpin</i>) procedente da una persona portatrice della malattia	vergogna (<i>nassamar</i>) conseguente al riconoscimento pubblico di un comportamento sveniente o lievemente trasgressivo.
	<i>Sutmármau</i>	influsso mistico (<i>sumdrin</i>) procedente da un oggetto eccessivamente desiderato	desiderio intenso (<i>sútká</i>) frustrato dalle circostanze
	<i>Mímgkau Yurúmu</i>	influsso mistico procedente da determinati tipi di carne o pesce e attivato dal loro consumo da parte dei genitori	assimilazione di certe caratteristiche della specie consumata (<i>yurúmu imímgkatín</i>)
	<i>Tapimú</i>	influsso mistico procedente da alcuni animali carnivori o velenosi e attivato in un contro incidentale tra uno dei genitori e un esemplare di queste specie.	assimilazione di certe caratteristiche della specie incontrato (<i>tapimú imímgkatín</i>)
Sungkur	<i>Takássamu</i>	influsso mistico procedente da determinati oggetti attivato dalla loro manipolazione da parte di uno dei genitori	assimilazione di certe caratteristiche dello oggetto manipolato (<i>takássamu imímgkatín</i>)
	<i>Sungkúr I</i>	azioni empiriche accidentali	ingestione, inspirazione, penetrazione attraverso lesioni superficiali
	<i>Sungkúr II</i>	entità "manifeste" e "inanimate" di piccole dimensioni (<i>sungkúra nukurl</i>)	inspirazione, penetrazione attraverso gli orifizi e le mucose, contatto
	<i>Sungkúr III</i>	esalazioni di un oggetto contaminante	inspirazione, ingestione, contatto.

so e le funzioni di questa implicita classificazione operativa degli eventi patologici umani.

Il potere sciamanico consiste per gli Achuar nella facoltà di determinare la vita e la morte delle persone che per una qualsiasi ragione si trovino ad essere coinvolte nei disegni stregoneschi e contro-stregoneschi perseguiti da chi abbia conseguito (grazie a

un lungo, costoso ed estenuante apprendistato) il controllo sugli spiriti-freccia (ach. *tsentsaka iwiánchri*) che ne costituiscono la fonte e il ricettacolo. Secondo l'escatologia indigena, infatti, non esistono morti naturali e tutti i decessi per malattia o incidente (con la sola eccezione di quelli di lattanti) sono invariabilmente attribuiti alle aggressioni mistiche di sciamani ostili. Di regola, questi ultimi appartengono a gruppi territorialmente lontani e contestualmente nemici di quello della vittima; non è tuttavia raro che della stregoneria sia accusato uno sciamano membro del parentado o anche lo stesso terapeuta cui il paziente era stato affidato. Agli spiriti-freccia è infatti attribuita una intenzionalità autonoma, malevola e omicida, che può in certe circostanze prendere il sopravvento sulla volontà del loro possessore e spingerlo ad un comportamento irragionevolmente aggressivo e anti-sociale. Per questa ragione le attitudini della gente comune nei confronti degli sciamani sono ambivalenti: da un lato si riconosce che la loro attività è all'origine non solo dei lutti che si abbattano sul parentado e delle faide che ne scaturiscono, ma anche, in ultima analisi, del destino mortale degli uomini; dall'altro, si ammette che essi costituiscono pur sempre l'unica difesa sulla quale consanguinei e affini possono contare per contrastare le aggressioni mistiche dei nemici.

Dal canto loro gli sciamani traggono da questo stato di cose vantaggi materiali e sociali non indifferenti. Essi praticano infatti la poliginia in misura più ampia del normale e, grazie agli esosi onorari richiesti per le terapie condotte a buon fine, contano su una disponibilità di denaro o articoli di scambio di gran lunga superiore alla norma. Anche per questa ragione e nonostante l'alto rischio comportato dall'esercizio della professione, il ruolo sciamanico esercita una grande attrazione sugli uomini achuar: anche se gli sciamani a pieno titolo (ach. *nekás wishín* 'vero sciamano') sono relativamente pochi, circa un terzo degli adulti si è sottoposto in gioventù ad una qualche forma di apprendistato e vanta il potere di diagnosticare e curare le malattie indotte dalla stregoneria "minore" degli spiriti-sciamani. Come vedremo, molto spesso queste figure, situate alla base della gerarchia sciamanica e definite *júumchik wishín nékawai* ('colui che sa un poco di sciamanismo'), svolgono un'importante funzione di filtro della casistica di competenza propriamente sciamanica (5).

Come si è detto, le terapie sciamaniche sono indicate solo per questo tipo di malattie. Accertata la natura stregonistica del caso, lo sciamano è considerato libero di accettare o respingere il paziente, in base alla valutazione previa della natura e dell'origine

dello spirito-freccia e della sua capacità di assumere il controllo (6). Una volta preso l'impegno egli è tuttavia tenuto a prodigarsi con tutte le sue forze per sconfiggere lo stregone. La seduta terapeutica ha luogo di notte, quasi sempre nella casa dello sciamano, e consiste basicamente nell'esecuzione di una lunga serie di canti, volti ad ammaliare lo spirito-freccia e di una sequenza di azioni – la sventagliatura ed il massaggio rituale (detti *japímu* 'lo spazzare') e la suzione (ach. *mukunámu*) – che simulano la sua estrazione. Il trattamento dei casi di stregoneria umana richiede più sedute, che possono talvolta essere eseguite nell'arco di due o tre settimane. La terapia delle malattie causate dalla stregoneria degli spiritisciamani, effettuata da «coloro che sanno un poco di sciamanismo» si risolve per contro in una o al massimo due sedute.

In entrambi i casi, la guarigione è segnata dal superamento della fase acuta della malattia e dalla remissione dei sintomi comportamentali che come vedremo l'accompagnano. Eventuali manifestazioni somatiche residue sono considerate alla stregua di effetti di una malattia *sungkúr* concomitante. Qualora i sintomi significativi rimangano o peggiorino, nonostante le rassicurazioni che lo sciamano è chiamato a dare, per via dell'impegno preso, i familiari possono decidere di condurre il proprio congiunto presso un altro terapeuta. Se nonostante tutto, il malato muore durante il trattamento, l'ultimo sciamano che l'ha avuto in cura, al fine di allontanare i sospetti dalla propria persona, è tenuto a rivelare l'identità dello stregone responsabile della morte. In entrambe queste eventualità, lo sciamano non percepisce alcun onorario per le sue prestazioni. In caso di successo egli ha per contro il diritto di esigere la retribuzione pattuita e di sottrarre il nome del suo antagonista, sottraendosi così al rischio comportato dalla formulazione di un'accusa personale.

Strettamente affine alla magia domestica, il sub-sciamanismo è un'attività multiforme e diffusa, praticata in misura maggiore o minore da gran parte degli anziani e degli adulti dei due sessi. Il potere di curare le malattie da contagio magico delle categorie *játa* e *mímgkau* è infatti specifico e differenziato per ciascuna classe e in alcuni casi per ciascuna sindrome. Queste facoltà possono essere ottenute in dono o acquistate (classi *páju* e *sutmárman*), ricevute nel momento in cui avendo contratto la malattia se ne è stati guariti (ciascuna sindrome particolare della classe *nápin*), o anche semplicemente acquisite per via dell'esperienza o dell'età (classe *mímgkau*). Per questa ragione, anche se nel corso della loro vita certe persone accumulano la capacità di curare molte di queste

malattie, non esiste un ruolo sub-sciamanico unico e istituzionalizzato, ma piuttosto un insieme di figure socialmente poco definite. L'informalità dell'attività sub-sciamanica è evidenziata dal fatto che questi trattamenti sono quasi sempre gratuiti o al più retribuiti in base alla usuale reciprocità che regola gli scambi di beni e servizi dentro il parentado. Inoltre essi hanno quasi sempre luogo nel corso di una breve interruzione delle attività quotidiane e si svolgono in un'atmosfera esente da tensioni, fondamentalmente cooperativa, in alcuni casi benevola e scherzosa ed in altri quasi distratta e superficiale. Basati su certi incantesimi del soffio (ach. *ampún*), sulle "medicine" preparate attraverso di essi (ach. *ampuármau*) e su diverse modalità di pulizia rituale (ach. *japímu*), questi trattamenti sono considerati possedere un'efficacia certa ed immediata e permettere una guarigione rapida e completa. Quest'ultima caratteristica è ritenuta dagli Achuar sufficiente a superare la contraddizione tra l'iscrizione dei *páju*, dei *nápin* e dei *sut-mármau* alla categoria *játa* (effettuata in base alla facoltà loro attribuita di indurre il particolare stato psichico che prelude alla morte) e il fatto che in realtà a nessuna di queste malattie sia mai attribuito alcun decesso. Qualora il paziente non risponda immediatamente al trattamento sub-sciamanico si assume infatti che il contagio magico abbia costituito la causa strumentale (ach. *nájmak* 'ciò che è fatto', la fattura) attraverso la quale è stata messa a segno la stregoneria e si procede di conseguenza. Nel caso dei *mímgkau*, per contro, l'insuccesso terapeutico, anche se seguito dalla morte del paziente, è solitamente attribuito ad un errore nell'individuazione del comportamento parentale (tra i molti possibili) che in quel caso specifico ha causato la malattia nel lattante. Ciò nonostante, dato che la vita di un neonato è considerata costitutivamente labile e precaria, così come i genitori non sono ritenuti personalmente responsabili della trasgressione, l'errore diagnostico è considerato alla stregua di un incidente di percorso che, una volta esauriti il lutto e le esequie, può venire tranquillamente dimenticato.

Ancora meno istituzionalizzato e formalizzato del sub-sciamanismo, l'approccio empirico alla malattia si risolve in gran parte all'interno dell'unità domestica. Fino a due generazioni or sono, le donne ed in misura minore gli uomini anziani costituivano probabilmente i depositari di un insieme di pratiche diagnostiche e terapeutiche mirate al trattamento dei *sungkúr* tradizionalmente conosciuti dagli Achuar (ferite, malattie della pelle, infezioni e parassitosi intestinali ecc.). Negli ultimi trenta-quaranta anni,

tuttavia, sotto l'influsso combinato della nuova patologia introdotta in seguito all'intensificarsi dei contatti commerciali e delle pressioni acculturative, questo patrimonio è andato in gran parte destrutturandosi. Non solo temi cognitivi della medicina moderna e "di frontiera" si sono sovrapposti al sostrato autoctono, ma anche e soprattutto la limitata farmacopea occidentale e meticcia, ottenuta attraverso il commercio fluviale, ha quasi completamente sostituito l'erboristeria nativa come risorsa elettiva per il trattamento di queste malattie. Più spesso a torto che a ragione, una particolare conoscenza ed esperienza a tale proposito è attribuita dagli Achuar a quanti intrattengono rapporti più frequenti e assidui con commercianti e missionari, di modo che in termini generali il controllo di questa componente del sistema medico tende sempre più ad essere allocato negli strati più modernizzati della società indigena. Questa tendenza ha ricevuto negli ultimi anni una sorta di ratificazione formale in conseguenza dell'installazione, dapprima da parte di agenzie missionarie e statali e poi dello stesso organismo rappresentativo delle comunità legalmente riconosciute, di una rete di posti sanitari affidate in gestione ad un "promotor de salud" nativo, presso i quali è possibile ottenere una consulenza diagnostica più qualificata e acquistare a prezzi contenuti farmaci essenziali (7).

In conclusione a questa rassegna, dovrebbe dunque apparire chiaro come gli Achuar rappresentino e classifichino le malattie, oltre che sulla scorta della etiologia e della prognosi, in base all'ordine ed alla qualità delle relazioni sociali che la loro diagnosi e terapia chiamano in causa: quelle fundamentalmente conflittuali che intercorrono tra aree endogame diverse, di cui stregoneria e sciamanismo costituiscono la controparte simbolica; quelle cooperative che i membri del parentado intrattengono tra di loro ed entro le quali si risolvono il contagio magico ed il subsciamanismo; e quelle intrinsecamente solidali che vigono entro il micro-cosmo della famiglia domestica alle prese con le difficoltà, "manifeste" e "banali", ma non per questo meno cogenti, del quotidiano familiare, a cui i *sunγκúr* sono considerati appartenere. Nel funzionamento del sistema l'interazione tra queste due dimensioni clinica e sociale della malattia si realizza ogni qualvolta sia richiesta un'opzione diagnostica. Essa assume tuttavia particolare rilievo entro quel processo di elaborazione di un modello esplicativo e di una strategia di cura da parte dell'unità domestica del malato, che accompagna a distanza ravvicinata l'evoluzione di ogni singolo caso. Le successive sezioni dell'articolo sono dedicate

alla descrizione di alcune modalità cognitive e di alcune proprietà operative di questo processo, che propongo di chiamare pre-diagnosi.

3. La pre-diagnosi come processo cognitivo

La multifocalità della nosografia e l'assenza di un ruolo diagnostico-terapeutico unificato fanno sì che entro il sistema medico achuar, il paziente e il suo gruppo di riferimento siano in prima persona chiamati a costruire un modello esplicativo della malattia, in base al quale decidere per l'una o per l'altra strategia di cura. Questi giudizi sono usualmente formulati prendendo in considerazione la fenomenologia dell'evento patogeno, la sua sintomatologia ed alcuni fattori collaterali come il sesso, l'età o i precedenti anamnestici riferiti dal paziente.

In termini formali, il primo livello di discriminazione concerne l'allocazione categoriale del caso. I criteri che permettono questo ordine di giudizio sono in parte contenuti nella stessa definizione delle categorie. Fatto salvo un ridotto numero di eccezioni (alle quali farò tra breve cenno), lo statuto esistenziale dei lattanti è come si è detto condizione necessaria e sufficiente per considerare *mímgkau* qualsiasi evento patologico "grave" – e le malattie neonatali lo sono o lo divengono spesso tra gli Achuar – riguardante questa classe di età. Meno univoche sono per contro le modalità della discriminazione *játa*, vs. *sungkúr*, le quali dipendono in gran parte dal vissuto del paziente e dal comportamento attraverso il quale questi rivela il proprio malessere a seconde persone.

Nei casi che il malato percepisce come lievi, questa comunicazione è generalmente esplicita e verbale. Mantenendo le attitudini stoiche prescritte dall'etichetta indigena, il paziente che intenda ottenere dai membri più esperti dell'unità domestica un qualche ragguaglio circa il proprio malessere introduce nella conversazione un'allusione ai sintomi avvertiti riferendosi ad essi con una voce del verbo *sungkúrmatin* ('essere affetti da un *sungkúr*'), chiarendo così dall'inizio l'allocazione categoriale del caso. Ottenute maggiori informazioni, i suoi interlocutori giungono sempre a formulare un qualche suggerimento rispetto alla natura del disturbo ed al tipo di rimedio (ach. *irimí*, spagnolismo che designa indifferentemente farmaci commerciali e piante medicinali) che lo può alleviare. La responsabilità di seguire le indicazioni è tuttavia in questo caso lasciata allo stesso malato (o se si tratta di un bambino, alla

madre), di modo che nei giorni successivi la questione non è oggetto di preoccupazioni più consistenti di quelle veicolate dalla reiterazione dell'abituale formula *péngkerak pujám?* ('bene stai?').

Una condizione patologica acuta che si instaura improvvisamente o in conseguenza del peggioramento di un disturbo lieve pre-esistente e che determina nel paziente la percezione di un intenso stato di malessere (ach. *te pasé pujámu*, "lo stare molto male") è per contro generalmente comunicata attraverso l'esecuzione della sequenza comportamentale che nella cultura achuar identifica inequivocabilmente il ruolo del malato. Come accennavo, indipendentemente dalle cause bio-mediche che possono determinarla, tale condizione presenta molte caratteristiche fenomenologiche e comportamentali di ciò che nella nostra cultura sarebbe psichiatricamente definito un quadro depressivo. La sua rappresentazione è nel pensiero indigeno strettamente associata all'idea della morte imminente, intesa non tanto come un'evenienza clinicamente possibile, ma come un atto intenzionale cui il *wakán* del paziente è spinto dalla malattia. Di un malato grave si dice infatti che «ormai vuole morire» (ach. *yáanchuk jakátasan wakérawai*), espressione che del resto è usata in fase terminale dallo stesso moribondo. Questo orientamento cognitivo è ritualmente confermato dalla pratica di dare inizio al lamento funebre, a partire dalle prime manifestazioni dell'agonia (8).

Così come l'esecuzione del ruolo del malato costituisce il criterio differenziale rispetto alla natura mistica o empirica della malattia, l'osservazione dei sintomi specifici e delle loro combinazioni permette di stabilire con maggiore precisione (anche se pur sempre tentativamente) la particolare unità nosografica cui esso va ascritto. Un'analisi sistematica delle correlazioni stabilite dagli Achuar tra sintomi e cause implicherebbe una discussione più dettagliata di quanto sia qui possibile, delle loro concezioni dell'organismo umano e della patogenesi. Alcuni esempi saranno tuttavia sufficienti a illustrare le modalità di questo processo.

Soprattutto nel caso delle sindromi delle classi *nápin* e *sut-mármau* e della categoria *mímgkau*, l'induzione delle cause è svolta sulla base della corrispondenza simpatica tra certe manifestazioni somatiche e gli oggetti da cui si sospetta il contagio magico possa procedere: così per esempio una dissenteria particolarmente maleodorante in un lattante verrà definita come *jákamu aínsa ijiármau* ('diarrea del cadavere') o *áuru ijiármau* ('diarrea putrefatta') e associata a un particolare tipo di *takásamu*, conseguente alla manipolazione delle spoglie del morto da parte dei genitori (o an-

che a qualsiasi contatto ravvicinato da questi intrattenuto con una terza persona che ha presenziato alle esequie). In altri casi, la relazione verte più specificatamente o sulle cause strumentali o intermedie. Così, in termini generali, le emorragie (ach. *númpa puwá-mu*) o la presenza di sangue negli *excreta* (dissenteria, eanuria, emottisi) sono considerate determinare una perdita di energia vitale che, specie se accompagnata da uno stato di deperimento (ach. *watsarú*), pallore (ach. *putsúmat*) o astenia (ach. *pimpíru*) e ad un dolore interno localizzato, indica univocamente la presenza di uno spirito-freccia intento, secondo la sua intrinseca vocazione, a nutrirsi del sangue della vittima.

Analoghi criteri orientano le pre-diagnosi (che in questo caso sono spesso anche diagnosi) dei *sungkúr*, conferendo loro un notevole valore obiettivo. Per fare qualche esempio, il gonfiore del ventre (ach. *ampújramu*) associato con uno stato di deperimento, è in un bambino elettivamente indicativo di una comunissima parassitosi intestinale da ascaridi (ach. *námpich*); la dispnea, che nei lattanti indica una sindrome *tapimú*, tra i bambini svezzati e gli adulti è segno distintivo di una bronchite/asma (ach. *tapímiat*) usualmente riferita ad un *sungkúr* epidemico pre-esistente; le manifestazioni esantematiche (ach. *ungkuchík-ungkuchík*) permettono di riconoscere il morbillo (ach. *sarámpi*) e la varicella (ach. *jápa sarámpi*).

Vorrei inoltre ricordare come accanto all'analisi dei sintomi, il processo pre-diagnostico prenda spesso in considerazione fattori collaterali che definirei di ordine etno-epidemiologico. Come si è detto più volte, la grande maggioranza delle malattie dei neonati è interpretata come *mimgkau*. Durante le prime incursione nella foresta o lungo il fiume i bambini dei due sessi sono specialmente esposti alle sindromi *páju*. I *nápin* sono invece particolarmente comuni tra i *nátsa*, gli adolescenti che come indica lo stesso termine di riferimento sono facilmente travolti dalla vergogna (ach. *nat-sámar*) che ne attiva il contagio. In analogia con le nostre voglie, i *sutmármaw* colpiscono frequentemente le donne incinte, mentre la stregoneria dell'anaconda (ach. *pangkírmaw*) è specificatamente causata dall'avversione di questi serpenti-spirito per le mestruali. Come si è detto, alcuni *sungkúr* sono etiologicamente considerati costitutivi del ciclo della vita: così le parassitosi da ascaridi colpiscono prevalentemente i bambini; le piaghe *yúnchu* (unità nosografica omonima al suo sintomo distintivo e coincidente con l'ulcera tropicale o con la fase cutanea della leishmaniosi), gli adolescenti; e i reumatismi (ach. *ekétramu mícha* 'articolazioni fredde')

gli anziani. Gli Achuar ammettono inoltre correlazioni tra l'insorgenza di certi *sungkúr* e fattori ambientali come un viaggio in un villaggio meticcio o l'attraversamento di una zona particolarmente malarica.

La grande quantità e varietà degli elementi di giudizio presi in considerazione nel corso della pre-diagnosi sembra dunque confermare quanto dicevo poco sopra circa la tendenziale ridondanza cognitiva del sistema medico achuar e lascia intravedere di riflesso l'importanza che considerazioni di ordine pratico e sociale assumono ai fini della discriminazione tra i differenti possibili modelli esplicativi elaborati sul piano delle rappresentazioni per dare conto del singolo caso. L'analisi di questo aspetto del processo pre-diagnostico, mi consentirà, nella prossima sezione, di identificare con maggiore chiarezza e precisione i criteri che presiedono a queste operazioni e di mettere di conseguenza in luce alcune proprietà sociologiche del sistema.

4. La pre-diagnosi come processo di socializzazione della malattia

Nel designare come "pre-diagnostico" l'insieme dei giudizi cognitivi e delle scelte operative che vengono effettuate in relazione alla gestione di un evento patologico, non ho fin qui inteso riferirmi ad una priorità esclusivamente cronologica. È dunque ora opportuno chiarire che il processo in oggetto non si dà una volta per tutte all'insorgere della malattia, ma piuttosto ne segue gli sviluppi, riformulando se necessario le sue conclusioni provvisorie alla luce delle diagnosi specialistiche che precedono il trattamento o sulla scorta dei successi e degli insuccessi terapeutici. Salvo quando la prima pre-diagnosi è confermata nei fatti da una cura che soddisfa le aspettative di un rapido miglioramento nutritive nei confronti di ogni terapia, la storia clinica di una malattia achuar, specie se prolungata o cronica, si configura come una serie di successive ridefinizioni dell'allocazione nosografica del caso e come una sequenza di eterogenei interventi terapeutici da parte di sciamani, sub-sciamani e agenti della medicina moderna. Questa estensione temporale del processo pre-diagnostico implica altresì un allargamento del suo ambito sociale. Nelle conversazioni che si svolgono durante le visite, parenti e affini hanno infatti immancabilmente un qualche suggerimento da aggiungere alle opinioni sul caso dei familiari del malato.

Tuttavia, anche se membri vicini o relativamente lontani del parentado possono essere cooptati nelle scelte pre-diagnostiche e nelle azioni terapeutiche, l'onere economico e sociale di un evento patologico ricade totalmente sull'unità residenziale. La malattia benigna o maligna implica sempre una perturbazione delle attività quotidiane, un'alterazione delle usuali relazioni interpersonali e in definitiva una devianza da quelle *pax domestica*, cui contrariamente a certi stereotipi etnici gli Achuar sembrano aspirare sopra ogni altra cosa (Descola 1986). Il suo trattamento implica inoltre un qualche storno delle energie e delle risorse comuni. Per questa ragione, la malattia non solo va curata presto e bene, ma anche a ragion veduta e con parsimonia. Il costo economico e sociale di un evento patologico varia infatti sensibilmente in funzione dello statuto nosografico riconosciutogli dal gruppo di riferimento, vale a dire del risultato della pre-diagnosi.

Per il loro carattere privato, i casi di *sungkúr* non richiedono generalmente alcuna mobilitazione sociale e implicano per l'unità domestica solo la minima perdita di efficienza produttiva derivante dall'eventuale astensione del malato dalle attività quotidiane. Il costo monetario delle terapie empiriche prescritte in questa evenienza è praticamente nullo (quando si impieghino piante medicinali) o modesto (se come tendenzialmente avviene, si ricorra ai farmaci commerciali). Le malattie oggetto di trattamento sub-sciamanico hanno spesso un maggiore impatto sociale. Qualora nessun membro dell'unità familiare sia in grado di eseguire il competente rituale, la loro intrinseca gravità costringe a rintracciare urgentemente un parente non coresidente che conti su quello specifico potere terapeutico. D'altro canto, se la prediagnosi risulta *a posteriori* esatta, il malato recupera rapidamente la piena salute ed il terapeuta viene ricompensato nei termini dell'usuale reciprocità con un dono.

Per quanto concerne la stregoneria, nella prospettiva che qui ci interessa, è necessario distinguere tra i casi relativamente benigni attribuiti alla malevolenza diffusa degli spiriti-sciamani e quelli "a prognosi riservata", conseguenti alle aggressioni mistiche intenzionali di sciamani umani (9). Nella prima eventualità, la diagnosi e la terapia sono affidati, come si è detto, a un membro del parentado che «sa un poco di sciamanismo» e che, sollecitato a tale riguardo accorre prontamente alla casa del malato per eseguire il competente trattamento o comunque vedere come può rendersi utile. La mobilitazione richiesta in questi casi è dunque forse solo lievemente superiore a quella delle malattie sub-sciamaniche, men-

tre – dati il decorso più lungo e il periodo di convalescenza che segue ogni tipo di terapia sciamanica – sensibilmente maggiore è l'incidenza sulle attività produttive. Inoltre gli interventi di «coloro che sanno un poco di sciamanismo» sono regolarmente retribuiti in beni o in denaro, in termini che esulano dall'usuale reciprocità, tali cioè da generare un reale profitto dall'esercizio dell'attività terapeutica (10).

L'attribuzione di un caso di *játa* alla stregoneria umana costituisce l'ultima spiaggia cui il processo pre-diagnostico spesso approda solo dopo che «colui che sa un poco di sciamanismo», avendo esaminato misticamente il paziente dichiara la propria incompetenza a riguardo. Senza indugio i familiari responsabili devono allora condurre il malato alla casa di un «vero sciamano», situata a volte a più giorni di navigazione o cammino dal luogo di residenza, nella speranza che questi accetti di trattare il loro congiunto. Veri e propri luoghi di cura, le case fortificate di questi temuti personaggi accolgono malati e visitanti procedenti da ogni dove e spesso è difficile ottenere che il loro titolare presti attenzione al nuovo arrivato con l'urgenza richiesta dalle circostanze. Qualora poi si giunga ad un accordo prima che il malato muoia e lo sciamano accetti il caso, la terapia può protrarsi per diverse settimane. Durante questo periodo, gli accompagnatori oltre a dover provvedere ai bisogni del paziente e della cura, sono regolarmente ingaggiati dallo sciamano in lavori di varia natura o comunque pagano un tributo in selvaggina o pesce alla sua unità domestica. Infine se la terapia dà il risultato sperato occorre saldare un onorario il cui prezzo standard era fissato ai tempi del lavoro di campo in un fucile a retrocarica o equivalenti in beni o denaro (nella zona, un valore pari a cento dollari); una somma evidentemente enorme per gli Achuar e che tuttavia, se pure in forma ampiamente dilazionata, occorre assolutamente pagare, per timore delle sempre possibili ritorsioni del potente creditore. Il costo sociale ed economico di una pre-diagnosi di stregoneria umana è dunque altissimo e, unitamente al rischio di trovarsi poi coinvolti in una sequela di accuse e sospetti, costituisce un deterrente piuttosto efficace nel limitare la ratificazione collettiva di un fantasma che si affaccia alla coscienza di tutti coloro che «ormai vogliono morire».

Queste osservazioni sul costo delle differenti strategie di cura previste dal sistema medico sono riassunte nella Tavola 2 in un *ranking*, basato su una quantificazione per giudizio esterno. Ciò consente di avanzare l'ipotesi che nel processo pre-diagnostico le considerazioni di ordine clinico-cognitivo si combinano con un

Tav. 2 – Quantificazione per giudizio esterno del costo economico e sociale delle differenti categorie operative di giudizi prediagnostici.

Categoria operativa	Perdita di efficienza produttiva	Mobilitazione sociale richiesta	Costo monetario della terapia	Totale
<i>sungkür</i>	O - +	O	O - +	0 - 2
<i>mimgkau/ jata</i> subsc.	+ - ++	+	O - +	2 - 4
stregoneria spiriti	++	++	++	6
stregoneria umana	+++	+++	+++	9

Criteri in base ai quali é stato attribuito il punteggio:

Perdita di efficienza produttiva : nessuna perdita = 0; astensione dalle attività quotidiane del malato = +; astensione dalle attività quotidiane del malato e di un assistente = ++; astensione dalle attività quotidiane del malato e più assistenti = +++.

Mobilitazione sociale richiesta: nessuna mobilitazione = 0; mobilitazione interna all'unità domestica = +; mobilitazione di un membro "vicino" del parentado non co-residente = ++; mobilitazione di un membro "lontano" del parentado = +++.

Costo monetario della terapia: nessun costo monetario = 0; reciprocità e acquisto di medicinali = +; profitto da parte del terapeuta = ++; profitto alto da parte del terapeuta = +++.

principio di economicità per il quale, nella gestione di un evento patologico, il gruppo familiare tenderebbe ad ottenere il massimo risultato terapeutico, con la minima perdita di efficienza nelle attività produttive, la minima mobilitazione sociale ed il minimo esborso possibili. In questa prospettiva, almeno nei casi pertinenti la categoria *jata*, la pre-diagnosi verrebbe a configurarsi come una sorta di contrattazione tra il malato e i familiari, nella quale il primo, mosso dall'idea della morte punterebbe per così dire al rialzo; e i secondi, spinti da un'opposta preoccupazione di tipo economico tenderebbero viceversa al ribasso. Considerando inoltre che nel gruppo residenziale le relazioni sono solidali ma non ugualitarie e che combinando tra loro l'asimmetria sessuale e l'o-

rientamento gerontocratico della società achuar è possibile identificare in esso almeno sette classi gerarchiche – in ordine decrescente di status: grandi vecchi (ach. *júun*), uomini adulti (ach. *áish-mang*), donne sposate (ach. *núwa*), vedovi/e (ach. *apáchich/nukú-chich*), adolescenti maschi (ach. *nátsa*), bambini/e (ach. *úchi/nawánchi*) e lattanti (ach. *múntsu*) (11) – all'ipotesi dell'economicità conseguirebbe che il potere contrattuale del malato varierebbe in funzione dello status associato alla sua posizione nell'unità domestica.

Introducendo la nozione di categoria operativa (da intendersi come «insieme delle unità nosografiche la cui strategia di cura presenta lo stesso costo economico-sociale»), queste due ipotesi possono essere formulate nella seguente forma di previsioni statistiche:

- (i) in un qualsiasi campione di casi, le pre-diagnosi pertinenti alle categorie operative a minor costo economico e sociale saranno più frequenti di quelle riferite a categorie operative maggiormente dispendiose, sotto entrambi i punti di vista; e
- (ii) in un campione sufficientemente ampio di casi, a parità di fattori clinici (assunzione del ruolo del malato), le pre-diagnosi pertinenti categorie operative a costo economico e sociale altissimo e alto ("stregoneria umana" e "stregoneria da parte di spiriti") e quelle riferite alla categoria operativa a medio costo economico e sociale (*mímgkau/játa* sub-sciamanici), saranno rispettivamente più frequenti nelle classi superiori (grandi vecchi, uomini adulti, donne sposate) e meno in quelle inferiori (vedovi/e, adolescenti, bambini/e, lattanti) della gerarchia domestica.

I dati quantitativi raccolti a Tsekuuntsa, una comunità di recente nucleazione del corso superiore del fiume Huasaga, nei mesi di aprile, maggio e giugno e ottobre e novembre 1983, consentono una prima tentativo verifica di queste previsioni. Il campione in oggetto riguarda 157 giudizi pre-diagnostici, riferiti a 145 eventi patologici (12), raccolti attraverso l'osservazione partecipante di una popolazione complessiva di 118 persone così distribuita per classi gerarchiche: 10 lattanti, 55 bambini/e, 11 adolescenti maschi, 3 vedovi/e, 22 donne sposate, 15 uomini adulti, 3 grandi vecchi. La Tavola 3 illustra la distribuzione assoluta delle pre-diagnosi e la loro frequenza percentuale, per categorie operative (13). L'elaborazione dei dati conferma pienamente la previsione (i) circa l'economicità del processo pre-diagnostico. Il 95.54% dei casi è infatti stato allocato nelle categorie operative alle quali è stato previamente attribuito un costo economico e sociale basso

(*sungkúr*: 0-2) o medio-basso (*mímgkau/jàta* sub-sciamanici: 2-4). Le pre-diagnosi di "stregoneria da parte di spiriti" e "stregoneria umana" che hanno ricevuto un punteggio alto e altissimo rispettivamente, costituiscono per contro nel loro insieme solo il 4.45% del totale dei casi, una figura che in concreto andrebbe ulteriormente ridimensionata dato che tre delle pre-diagnosi di "stregoneria umana" sono di tipo assiomatico, vale a dire formulate *a posteriori*, in conseguenza della morte del malato.

Tav. 3 – Distribuzione assoluta e frequenza % delle prediagnosi del campione di Tsekuunta per categorie operative.

Categoria operativa	Costo economico e sociale	Numero casi	Frequenze %	
<i>sungkúr</i>	0-2	131	83.43	95.54 12.1
<i>mímgkau</i>	2-4	10	6.36	
<i>jàta</i> subsc.	2-4	9	5.73	
stregoneria spiriti	6	2	1.27	4.45
stregoneria umana	9	5*	3.18	

* include due diagnosi di stregoneria assiomatiche.

La schiacciante predominanza delle pre-diagnosi di *sungkúr* (131, pari al 83.43% del totale) richiede tuttavia qualche commento. Aldilà della ovvia considerazione per la quale gli eventi patologici lievi sono probabilmente sempre più frequenti di quelli gravi, il risultato è sicuramente influenzato da due importanti fattori collaterali: l'epidemia di tosse convulsiva (ach. *shuwishuwí sungkúr*) che tra febbraio e maggio ha colpito la comunità (35 casi riconosciuti dagli Achuar pari al 26.71% del totale delle pre-diagnosi di *sungkúr*); e la presenza mia e della mia compagna, che unitamente alle reiterate visite del medico e dell'infermiere del programma con cui collaboravamo, ha consentito un'insolita facilità di accesso ai farmaci commerciali e ad una qualche forma di consulenza qualificata circa il loro uso. Almeno in due casi registrati, ciò ha determi-

nato la riduzione alla categoria *sungkúr* di eventi patologici inizialmente pre-diagnosticati come *páju* (categoria operativa “*játa* sub-sciamanici”). Ciò lascia pensare che i valori assoluti e percentuali della categoria operativa “*játa* sub-sciamanici” (9 casi, pari al 5.7% del totale) abbiano risentito in misura maggiore di questa influenza delle figure relative agli “items” *mimgkau* (10 casi, 6.36%), “stregoneria da parte di spiriti” (2 casi, 1.27%) e “stregoneria umana” (5 casi, 3.18%), rispetto ai quali nessuna osservazione ha permesso di riscontrare un’analoga tendenza.

La Tavola 4a illustra la distribuzione delle pre-diagnosi relative alle differenti categorie operative per classe gerarchica. I valori fuori parentesi indicano il numero assoluto di casi mentre quelli che li seguono in parentesi sono stati ottenuti moltiplicando il numero assoluto dei casi di ciascuna categoria operativa per una costante ($K = 16.8$) ricavata dalla composizione numerica media delle classi gerarchiche del campione e dividendo quindi questo prodotto per il numero degli appartenenti alla classe gerarchica in oggetto. Queste figure, tra loro aritmeticamente proporzionali e

Tav. 4a – Distribuzione delle prediagnosi del campione di Tsekuuntsa per categorie operative e classi gerarchiche: valori assoluti (n) e proporzionali ($x=nk/p$).

Classe	<i>sungkur</i>	<i>mimgkau</i>	<i>jata</i> subsciam.	stregoneria spiriti	stregoneria umana
Lattanti (p = 10)	29 (48.72)	10 (16.8)	1 (1.68)	---	---
Bambini/e (p = 55)	65 (19.85)	---	5 (1.52)	---	2 (0.61)
Adolescenti (p = 11)	5 (7.63)	---	2 (3.05)	---	1 (1.52)
Vedovi/e (p = 3)	3 (16.8)	---	---	---	---
Donne (p = 22)	23 (17.56)	---	1 (0.76)	1 (0.76)	---
Uomini (p = 15)	3 (3.36)	---	---	1 (1.2)	---
Grandi vecchi (p = 3)	3 (16.8)	---	---	---	2 (11.2)

quindi comparabili, sono state ordinate nella Tavola 4b, in un *ranking* che per ciascuna classe gerarchica ordina in una sequenza decrescente (da sinistra a destra) le frequenze relative a ciascuna categoria operativa (14).

Tav. 4b – Ranking delle frequenze percentuali proporzionali ($x=nK/p$) delle differenti categorie operative in ciascuna classe.

Classe	I	II	III	IV
Lattanti	48.72 (<i>sungkur</i>)	16.8 (<i>mimgkau</i>)	1.68 (<i>jata</i> subsc.)	?
Bambini/e	18.85 (<i>sungkur</i>)	1.52 (<i>jata</i> subsc.)	0.61 (streg.um.)	?
Adolescenti	7.63 (<i>sungkur</i>)	3.05 (<i>jata</i> subsc.)	1.52 (streg. um)	?
Vedovi/e	16.8 (<i>sungkur</i>)	?	?	?
Donne	17.56 (<i>sungkur</i>)	0.76 (<i>jata</i> subsc.)	0.76 (streg. spir.)	?
Uomini	3.36 (<i>sungkur</i>)	0.98 (streg. spir.)	?	?
Grandi vecchi	16.8 (<i>sungkur</i>)	11.2 (streg. um.)	?	?

La lettura verticale del primo rango conferma i risultati ottenuti attraverso l'analisi della distribuzione assoluta delle pre-diagnosi, vale a dire l'ipotesi dell'economicità. Tutti i valori delle frequenze proporzionali sono relativamente alti (vale a dire, con l'eccezione del caso dei grandi vecchi, maggiori del doppio del valore della frequenza proporzionale corrispondente del secondo rango) e univocamente riferiti alla categoria operativa a costo basso (*sungkúr*). Va inoltre osservato che la frequenza proporzionale delle pre-diagnosi di *sungkúr*, alta nel caso dei lattanti (48.72), diminuisce notevolmente nelle successive classi gerarchiche bambini (19.85), adolescenti (7.63), vedovi/e (16.8), donne sposate (17.56), uomini adulti (3.36) e grandi vecchi (16.8). Questa tendenza indica in primo luogo l'aderenza del punto di vista indigeno ad un dato di fatto incontrovertibile: la maggiore esposizione dei

neonati, bambini e, in misura minore, anziani ai numerosi agenti patogeni empirici che infestano l'ambiente tropicale e, più in generale, alle conseguenze delle dure condizioni imposte dai modi e dai ritmi della vita quotidiana achuar. Essa costituisce tuttavia anche un primo argomento a favore di una possibile correlazione tra pre-diagnosi e status sociale del malato. Un ulteriore elemento a sostegno della previsione (ii) è dato poi dalla riduzione della totalità della patologia neo-natale grave (valore proporzionale 16.8) al *míngkau*, una pre-diagnosi a costo economico e sociale medio-basso che solidalmente con la teoria nosografica non è stata modificata neanche *a posteriori* nei casi terminali.

I dati che più coerentemente sembrano quanto meno confermare la plausibilità di una correlazione positiva tra pre-diagnosi e status sociale, sono tuttavia raccolti nelle seguenti linee della seconda colonna della Tavola 4b. Dalla loro lettura verticale è infatti possibile desumere che gli eventi patologici comportanti l'esecuzione del ruolo di malato ricadono: a) esclusivamente nella categoria a costo economico-sociale medio-basso, "*játa* sub-sciamanici", per quanto riguarda i bambini/e (valore proporzionale, 1.52) e gli adolescenti maschi (valore proporzionale, 3.05); b) alternativamente, nelle categorie operative a costo economico-sociale medio-basso, "*játa* sub-sciamanici", e medio-alto, "stregoneria da parte di spiriti", per quanto riguarda le donne sposate (valori proporzionali *ex-aequo* 0.76); c) esclusivamente nella categoria operativa a costo medio-alto, "stregoneria da parte di spiriti", nel caso degli uomini adulti (valore proporzionale, 0.98); d) esclusivamente nella categoria ad alto costo "stregoneria umana" in quello dei grandi vecchi (valore proporzionale, 11.2).

Considerando che queste figure sono espresse da un campione di solo 15 eventi patologici pre-diagnosticati come *játa*, l'interpretazione di questo risultato richiede la massima prudenza. Tenuto presente ciò e abbandonando il piano dell'analisi quantitativa, i materiali di Tsekuuntsa mi consentono tuttavia di identificare, prima di concludere, un ulteriore caratteristica del processo prediagnostico.

Lasciando da parte due casi concernenti lattanti, nel periodo al quale le osservazioni in oggetto si riferiscono, a Tsekuuntsa si sono verificati tre decessi: due di bambini (coincidenti con le ricordate pre-diagnosi assiomatiche di "stregoneria umana" contenute nel campione) e uno di un *júun*. A questi tre casi va aggiunta la morte di una delle due mogli di questo grande vecchio, avvenuta due mesi dopo la chiusura del registro delle osservazioni. Ora,

come mostra il seguente resoconto, tutti e quattro questi decessi sono stati rappresentati e gestiti dai membri della comunità come episodi di una stessa vicenda della quale l'escatologia "stregonistica" autoctona ed i problemi strutturali del diritto matrimoniale indigeno hanno costituito i temi conduttori.

La prima di queste morti riguarda una bambina di 8 anni, chiamata Candida, figlia di un commerciante meticcio che da lungo tempo trafficava nella zona, e di una donna achuar di nome Maria, sorella per parte del padre, lo *júun* Jimpikit, di altri due grandi, Nantíp e Chiráp, che una vecchia questione di diritto matrimoniale opponeva al fratello maggiore Mashiánt (per seguire queste e le altre relazioni di parentela contenute nel testo, il lettore può avvalersi della Tavola 5). Nella seconda metà del marzo '83, Candida, per sfuggire a una punizione della madre, si era inoltrata nella foresta e aveva finito col perdersi, evento che nel caso dei bambini è interpretato dagli Achuar come rapimento da parte dello spirito di un parente morto (ach. *áints jákamu wíáanchiri*), desideroso di compagnia e quindi non malintenzionato (15). Per circa una settimana, le ricerche nelle quali si erano impegnati tutti gli uomini della comunità erano state vane, fino a quando, dietro consiglio del grande sciamano Nayásh del Virayacu, la bambina era stata ritrovata in una remota località disabitata. Anche se le sue condizioni non erano sembrate a prima vista allarmanti, la bambina moriva alcuni giorni dopo per una dissenteria che il giovane *júumchik wishin nékawai*, Ti, figlio di Mashiánt, aveva diagnosticato come stregoneria provocata da un spirito della foresta (ach. *íwianch tukuámu*) e si era impegnato a curare senza successo. Consultato nuovamente a tale proposito dall'altro zio materno Nantíp (a lui legato da un vincolo cognatico), Nayásh aveva dichiarato che la stregoneria in questione era stata in realtà provocata dallo stesso Ti durante la cura. Questi intendeva infatti vendicarsi per il rifiuto opposto da Maria e dagli zii paterni Chiráp e Nantíp al suo matrimonio con Nevía, la giovane e attraente sorella di Candida. Di conseguenza i familiari di Chiráp e Nantíp, rinnovando le vecchie ruggini con l'unità domestica di Mashiánt avevano cominciato a fare circolare voci circa la crescente attività stregonistica di Ti.

Circa un mese dopo, questi commenti avevano acquisito una maggiore consistenza quando il giovane sciamano, chiamato dal fratello per parte di padre Armando – che in conseguenza del matrimonio con una figlia del *júun* Urík (morto al tempo della ricerca) si era ormai definitivamente separato dall'area di influenza del genitore – a curare il figlio

Manuel, affetto da gravi complicazioni della tosse convulsiva e fino a quel momento trattato con poco successo con farmaci commerciali, aveva negato i suoi servizi, sostenendo che il bambino era affetto da un semplice *sungkúr*. Questa diagnosi veniva tragicamente smentita due giorni dopo dalla morte di Manuel, che determinava così una presa di posizione ostile nei confronti di Ti da parte di Armando e dei suoi due cognati Kúunt e Taish, figli di Urik a loro volta legati da rapporti di affinità col *júun* Nantíp (che ne aveva in età avanzata sposato la sorella Yamanchík). Come avrei confidenzialmente appreso alcuni mesi dopo, dietro iniziativa del grande vecchio, una delegazione del gruppo offeso si sarebbe nel mese di maggio recata da Nayash, per richiedergli di combattere misticamente il nuovo pericoloso stregone. Lo sciamano del Virayacu avrebbe tuttavia rifiutato questo invito, accampan-
do un pretesto.

Divenuto partecipe attraverso i suoi spiriti adiutori di questo tentativo, Ti avrebbe allora lasciato passare un congruo periodo di tempo, al fine di allontanare i sospetti, e quindi nelle prime settimane di ottobre si sarebbe vendicato provocando la morte di Chiráp. Recatosi a visitare i propri affini del Constanchi, questi avrebbe trascorso una notte nella foresta, durante la quale sarebbe stato attaccato da un grosso pipistrello-spirito-servitore dello sciamano. Al ritorno a casa, colpito da una violenta dissenteria, Chiráp dichiarava di "voler morire" e, senza che fosse possibile intentare alcuna terapia, effettivamente decedeva alcune ore dopo.

Le analogie dei sintomi della malattia di Chiráp con quelli che alcuni mesi prima avevano accompagnato il decesso di Candida, avevano lasciato pensare a Pítru e Antúnish, i due figli adolescenti dell'*júun*, e alle sue mogli Mikúri e Rurían, che il responsabile della morte fosse ancora una volta Ti. Ciò nonostante, l'altro zio paterno Nantíp aveva consigliato prudenza ai due ragazzi, che intendevano farsi giustizia con le armi. Egli aveva tuttavia offerto i suoi auspici presso Nayash in modo da punire misticamente il vero colpevole. Di lì a qualche giorno, il fratello di Ti, Chúmpi, anch'egli con le mani in pasta nello sciamanismo, si feriva accidentalmente col *machete* ad un braccio, riportando una profonda ferita, la cui suppurazione induceva una grave malattia e spingeva Chúmpi a ricorrere alle cure del fratello. Ufficialmente pre-diagnosticato come *sungkúr*, questo evento veniva segretamente interpretato da quanti erano partecipi del proposito di fare stregare il responsabile della morte di Chiráp, come una prova della colpevolezza di Ti.

La vendetta del giovane sciamano era dunque attesa tan-

to nella casa di Chiráp, quanto in quella di Nantíp. In questo senso veniva pre-diagnosticata una grave malattia (apparentemente un attacco di malaria) che nell'ultima settimana di novembre colpiva il grande vecchio Jimpíkit, padre di Maria e zio paterno di Nantíp. Accompagnato dal figlio Wayús sul Virayacu, Jimpíkit veniva rapidamente curato da Nayásh, il quale non era perciò tenuto a rivelare l'identità dello stregone. Ciò nonostante, i sospetti nei confronti di Ti andavano crescendo di modo che, quando nel mese di gennaio, una delle vedove di Chiráp cadeva vittima di una grave forma di artrite reumatoidea, il caso veniva attribuito ad una ritorsione stregonistica di quello sciamano.

Al nostro ritorno a Tsekúuntsa, dopo un soggiorno in città, la donna di nome Mikúri si trovava già da Nayásh che la stava trattando con scarso successo da circa due settimane. Recatici a visitarla, dietro richiesta dei figli e della stessa donna che aveva espresso il desiderio di morire in casa sua, la riaccompagnammo a Tsekúuntsa, dove moriva poche ore dopo avere raggiunto il proprio letto. A questo punto, il figlio maggiore Pítru, sconvolto dal dolore, aveva afferrato il fucile del padre e si era imbarcato su di una canoa, diretto verso la casa di Ti. Sul cammino, egli era stato tuttavia fermato ancora una volta da Nantíp, che, evidentemente, riteneva più opportuno non rispolverare i vecchi problemi col fratello Mashíáant e, piuttosto, conquistarsi l'alleanza di quel giovane promettente sciamano (un esempio, questo, del realismo politico che fa veramente tale un *júun*).

Effettivamente, dopo un periodo in cui era completamente sparito dalla circolazione, Ti si era ripresentato alcuni mesi dopo a Tsekúuntsa, accompagnato da Nantíp, e aveva chiarito tutta la vicenda, negando le proprie responsabilità ed accusando dell'accaduto un lontano sciamano del Wakámpentsa, che nel frattempo era rimasto ucciso nel corso di una faida. Durante la mia visita a Tsekúuntsa, nei primi mesi dell'85, egli aveva ripreso la propria attività terapeutica nella comunità ed aveva acquisito in tutto il fiume la fama di un potente "vero sciamano".

Non intendo qui prolungare ulteriormente questa discussione, entrando nel merito delle numerose implicazioni micro-sociali di questo caso di accuse di stregoneria. Mi limiterò pertanto a osservare che l'intera vicenda si svolge a partire dal tentativo di Ti di forzare le regole matrimoniali all'interno di uno stesso parentado. Come dimostra il reiterato rifiuto di Nantíp – vero leader militare e rituale del gruppo – di ricorrere alle armi, esso non costitui-

sce pertanto un esempio significativo dei processi che conducono al conflitto tra aree endogame lontane (Colajanni 1977, 1982b; Descola & Lory 1982). Ciò che questo caso esteso esemplifica è piuttosto il carattere strettamente interrelato in un unico processo sociale di tutte le pre-diagnosi di "stregoneria umana" – quelle riferite ai grandi vecchi e quelle "assiomatiche", conseguenti alle morti di bambini – presenti nel campione di Tsekúuntsa.

La terza ipotesi, che i dati in mio possesso mi consentono solo di enunciare, ma non di verificare quantitativamente, è pertanto che, nel processo pre-diagnostico, la frequenza delle diagnosi di stregoneria umana è direttamente proporzionale al numero di casi terminali riguardanti qualsiasi classe gerarchica dell'unità domestica verificatisi in tempi relativamente recenti ed imputati ad uno stesso attore sciamanico. Se questa proposizione risultasse accertata, allora il sistema medico indigeno opererebbe alternativamente secondo due distinte modalità: l'una propria dei tempi in cui nessun evento luttuoso (esclusi quelli riguardanti i neonati) colpisce le unità domestiche, fondamentalmente "pacifica" e caratterizzata da una generale tendenza al "ribasso" nelle pre-diagnosi di *játa*; e l'altra tendenzialmente "conflittuale", attivata nei periodi in cui una serie di decessi ravvicinati determina – come è illustrato dal caso di Jimpíkit (non terminale, ma pre-diagnostico fin dalle prime manifestazioni come "stregoneria umana") e da quello di Mikúri (oggetto in prima istanza di un analogo giudizio, ratificato poi dalla morte della donna) – un'inversa tendenza al "rialzo" delle opzioni cognitive ed operative, relative a eventi patologici caratterizzati dall'assunzione del ruolo del malato.

5. Conclusioni

Pur tenendo presente il carattere ipotetico di alcuni dei suoi risultati, l'analisi del processo pre-diagnostico mi spinge in conclusione a potere riaffermare con maggiore fondamento la compresenza entro il sistema medico achuar di due logiche complementari: l'una di ordine clinico-cognitivo riferita al singolo evento patologico e pertinente l'identificazione delle sue possibili spiegazioni etiologiche ed allocazioni nosografiche; e l'altra, di tipo socio-operativo, volta a selezionare tra questi possibili modelli esplicativi quello più rispondente ad un'opzione terapeutica economica, proporzionale all'entità del danno sociale indotto dalla malattia e opportunamente contestualizzata nel quadro della situazione

contingente delle relazioni interne ed esterne al gruppo di riferimento, situazione che la casistica precedente ed il suo esito hanno contribuito in misura sostanziale a creare.

Dal punto di vista sistemico, la relazione tra questi due livelli – analiticamente distinguibili, ma empiricamente in “emulsione” (Cirese 1984) in un unico flusso di pensiero e azione – è quella che intercorre tra l'emica mentale e l'emica dei comportamenti (Harris 1984: 47-49) o, in parole povere, tra il dire ed il fare degli attori etnografici: per quanto paralleli e biunivocamente corrispondenti essi sono in effetti separati da uno scarto la cui ampiezza non è quella del mare proverbiale, ma che è pur sempre dato dall'imprevedibilità di ogni caso clinico e dall'aleatoria abilità indigena di controllarne il decorso e l'esito. La ridondanza e la plasticità delle teorie achuar della malattia (vale a dire, la loro capacità di generare un ventaglio di modelli esplicativi e di permettere in modo internamente coerente il passaggio dall'uno all'altro), si combinano così con il pluralismo del subsistema terapeutico e con le regole della mutua esclusività e non contemporanea cumulatività dei trattamenti, nel conferire ai processi innescati dalla malattia un *output* definitivamente non più medico, ma sociologico: la conferma dei vincoli di solidarietà interni al parentado, sancita in positivo dalla guarigione che attesta il successo dello sforzo comune di gestire la malattia; e, in negativo, dall'attribuzione dell'insuccesso all'intensa ostilità degli sciamani nemici e lontani. In questa prospettiva, il sistema medico non solo offre agli Achuar un insieme di metafore attraverso le quali conferire un senso culturale al male, ma anche un raffinato strumento di controllo dei processi omeostatici che nella loro società regolano le dinamiche del conflitto e dell'alleanza.

Note

1. Il programma in oggetto è stato finanziato dal Ministero degli Affari Esteri e gestito da Terra Nuova – Centro per il Volontariato, in collaborazione con il Vicariato Apostolico di Yurimaguas, le dipendenze regionali di Loreto del Ministerio de Salud peruviano e ORACH, organismo rappresentativo delle Comunità Achuar del Rio Huasaga. Le attività di ricerca sul sistema medico achuar si sono svolte sotto gli auspici del Museo Peruano de Ciencias de la Salud. Colgo qui l'occasione per ringraziare il Dott. Fernando Cabieses, direttore di questa istituzione, per il supporto amichevolmente prestato.

2. Anche se la frontiera è per gli Achuar facilmente permeabile, certe caratteristiche del processo storico recente di questo gruppo, di seguito descritte nel

testo, sembrano avere determinato un certo scollamento tra i settori peruviano ed equadoriano dell'etnia. Soprattutto per quanto concerne la descrizione del sistema medico, il contesto specifico di riferimento della trattazione è quello dei gruppi stanziati lungo il corso peruviano del fiume Huasaga, presso i quali è stato svolto il lavoro di campo.

3. Do qui per buone alcune indicazioni generali sulla visione del mondo achuar emerse dal materiale etnografico personalmente raccolto, che in più di un punto si discostano da quanto riportato dalla letteratura esistente (in particolar modo, Karsten 1923; Harner 1972; Colajanni 1982*b*; Descola 1983, 1986) e che, in realtà, richiederebbero una discussione più articolata di quanto qui, per motivi di spazio, non sia possibile fare.

4. Utilizzo il termine sub-sciamanismo per designare un insieme di pratiche terapeutiche rituali, associate in parte alla magia domestica, ma non completamente coincidenti con essa, che si caratterizzano per essere eseguite nel normale stato di veglia e per non contemplare, se non in misura marginale e meccanica, la manipolazione del mondo occulto e delle entità *iwianch* (vedi oltre nel testo).

5. Un altro aspetto dello sciamanismo achuar che bisognerebbe tenere presente è la sua consistente dipendenza dal mondo esterno all'etnia. Gli Achuar considerano infatti che alcuni gruppi limitrofi, come i Quichua del Pastaza o i Cocama, abbiano una conoscenza superiore della realtà occulta e, di conseguenza, un maggiore potere sciamanico. Per questo molti *wishin* mantengono una relazione preferenziale con un qualche sciamano quichua, cocama o anche meticcio, al quale si rivolgono per consolidare ed espandere il proprio potere.

6. Gli Achuar ammettono l'esistenza di un numero virtualmente aperto di tipi di spiriti-freccia, ciascuno dei quali è considerato alla stregua di un potere specifico: uno sciamano cioè può controllare a fini stregonistici e terapeutici solo gli spiriti-freccia che ha ricevuto dai suoi maestri nel corso dell'iniziazione e dei successivi apprendistati o, più raramente, in sogno da uno spirito-sciamano.

7. Comunque limitati a questa componente del sistema medico, la penetrazione ed il successo della medicina moderna tra gli Achuar si spiegano in gran parte in base alla grande efficacia che un numero limitato di risorse farmacologiche – gli analgesici-antipiretici, alcuni antibiotici e gli anti-malarici – hanno dimostrato positivamente di possedere nei confronti della nuova e vecchia patologia rubricata come *sungkúr*. Va del resto tenuto presente che la definizione di queste malattie come eventi patologici banali e benigni, non significa in nessun modo che ad esse si presti scarsa attenzione, né che agli Achuar sia sfuggito l'esito invalidante e spesso mortale di alcune di esse (segnatamente, di quelle epidemiche di periodica reimportazione). Fedele alle proprie assunzioni escatologiche, il punto di vista indigeno tende tuttavia a ricomporre anche questa contraddizione, argomentando che queste affezioni, per quanto di per sé non allarmanti, espongono comunque maggiormente l'individuo al rischio di essere stregato o possono addirittura costituire, al pari delle sindromi da contagio magico, la causa strumentale grazie alla quale lo stregone introduce lo spirito-freccia nel corpo della vittima. In questa prospettiva, oltre a costituire inconvenienti fastidiosi che è comunque bene eliminare, questi *sungkúr* sono spesso descritti come in grado di alterare le difese magiche ed empiriche della persona. Essi vanno perciò prevenuti e controllati, ricorrendo a quelle risorse – le vaccinazioni e i farmaci commerciali – che hanno in ultima analisi la loro stessa origine e provenienza. Alcuni aspetti del complesso e articolato processo di assimilazione di certi temi e risorse della medicina moderna “di frontiera” (e del folklore medico ad essa associato) entro il

sistema medico indigeno sono stati discussi in Raffa e Warren (1985) e Warren (1986). Per una discussione più complessiva si veda Warren (1988).

8. Dal punto di vista psicologico (A. Raffa, comunicazione personale), l'assunzione del ruolo del malato non implica tuttavia necessariamente una reale tendenza ad una sorta di suicidio passivo. Al contrario, essa sembra piuttosto l'espressione di un rifiuto del ruolo sociale ricoperto in circostanze normali e del bisogno di una temporanea regressione ad una condizione di deresponsabilizzazione e dipendenza infantili. Questa ipotesi parrebbe confermata dai comportamenti attraverso i quali tale condizione è comunicata ai familiari. Autosegregandosi nella parte "privata" e "femminile" della casa (ach. *eként*), il paziente giace sul proprio letto a piattaforma, spesso occultandosi ulteriormente alla vista degli astanti con una coperta o la zanzariera: una sequenza, questa, spesso eseguita dai bambini quando un evento insolito li spaventa. Da questa posizione egli si nega alla partecipazione ai riti quotidiani ed alle altre attività sociali che si svolgono nel settore "pubblico" e "maschile" della casa. Rifiuta altresì i cibi e le bevande che gli vengono offerti, fatta eccezione per il puré di banane dolci che è generalmente preparato per i bambini piccoli che «ancora non sanno bere la birra di manioca». La comunicazione verbale è effettuata su un registro quasi afonico, che contrasta con il tono alto e impostato delle normali conversazioni e specialmente con le vere e proprie grida modulate dagli uomini nei differenti stili di discorso rituale. Mettendo da parte l'usuale stoicismo egli lamenta reiteratamente a bassa voce i sintomi che lo affliggono, chiede agli uomini di non abbandonarlo durante l'agonia e di seppellire come dovuto le sue spoglie, ed alle donne di lamentarlo a lungo. Gli Achuar sembrano d'altro canto saper distinguere adeguatamente i casi in cui questo comportamento è giustificato dalle circostanze da quelli più chiaramente, per così dire, ipocondriaci. In entrambe le eventualità è tuttavia per essi assiomatico che il paziente è colpito da una malattia *játa* e che se non si procederà ad un adeguato trattamento, "il pensare (col cuore) tristezza" (ach. *náapchaw inintímu*) condurrà effettivamente il malato alla morte. Accettato quindi il bisogno di regressione e deresponsabilizzazione che questo comportamento comunica, il gruppo familiare assume su di sé, nei termini che vedremo più in dettaglio nella prossima sezione, la responsabilità della gestione del caso.

9. La ragione per la quale la stregoneria degli spiriti-sciamani *tsúngki* (signori delle acque) e *numínia iwiáanchri* (spiriti dei grandi alberi della foresta) è considerata costitutivamente meno grave sembra risiedere nel fatto che gli spiriti-freccia posseduti da questi sono del tipo più comune e facilmente riconoscibile. Alcuni informatori contrappongono inoltre il carattere diffuso dell'ostilità nei confronti degli uomini provata da queste figure, solo relativamente coinvolte nelle vicende terrene, alla forte motivazione specifica che spinge uno stregone umano ad uccidere una determinata persona. Va d'altra parte tenuto presente che spesso, nel corso del processo pre-diagnostico, la stregoneria degli spiriti-sciamani si configura come causa intermedia o strumentale (ach. *nájmak*) di un'aggressione mistica perpetrata da uno sciamano umano.

10. L'asimmetria del ruolo sciamanico è dunque presente, se pure in forma ridotta, nella figura del *juumchik wishín nékawai*. Occorre d'altra parte considerare che questo statuto è per alcuni il primo vero passo verso l'assunzione del ruolo sciamanico propriamente detto. Un esempio delle modalità che consentono la mobilità tra sciamanismo minore e sciamanismo propriamente detto è offerto dal caso di Ti, più oltre menzionato nel testo.

11. Oltre che dall'osservazione empirica e dal riscontro linguistico, l'identificazione di questi sette ranghi nell'organizzazione domestica deve molto ai contributi di Taylor (1979), Kelekna (1981) e Descola (1986) sull'asimmetria sessuale nella società achuar. A tale proposito va osservato che il ruolo adolescenziale è, in questa cultura, una prerogativa esclusivamente maschile, dato che, per le ragazze, il passaggio dalla fanciullezza alla condizione di donna sposata è, di regola, immediato. La subordinazione dei vedovi e delle vedove indica per contro come, tra gli Achuar, il potere degli anziani non derivi tanto dall'età anagrafica, quanto dalla sua combinazione con la capacità di mantenere inalterato il ruolo sociale proprio dell'età adulta (per esempio, per gli uomini attraverso una saggia e preveggenza politica matrimoniale che permetta loro di evitare la vedovanza e, per le donne, grazie a particolari abilità nell'orticoltura o nella manifattura che spingano il fratello del marito a prenderle in sposa anche quando l'età ha tolto loro l'attrattività fisica).

12. La differenza tra i totali delle pre-diagnosi e degli eventi patologici si deve al fatto che dieci casi (uno dei quali terminale), inizialmente pre-diagnosticati come *sungkúr*, sono successivamente passati, in seguito ad un aggravamento della malattia, alla categoria *játa*; e due casi, uno dei quali terminale, hanno ricevuto due pre-diagnosi *játa* diverse. Dato che sette delle 17 unità familiari che facevano riferimento alla comunità mantenevano ancora il tradizionale insediamento disperso, il campione non coincide, probabilmente, con la globalità degli eventi patologici registrati nel periodo di osservazione, anche se la disponibilità degli Achuar a discutere le faccende relative alla malattia, mi lascia pensare che esso includa almeno il 95% del totale.

13. In questa tavola e nelle successive i dati relativi alla categoria operativa *mimgkau/játa* sub-sciamanici sono presentati separatamente per ciascuna delle sue componenti, al fine di potere evidenziare nella discussione alcuni aspetti specifici della relazione intercorrente tra *mimgkau* e condizione del lattante.

14. A tale proposito va osservato che il campione risulta in questo caso parzialmente inadeguato a provare l'ipotesi in oggetto. I dati in mio possesso permettono, infatti, di riempire solo 18 delle 26 posizioni logicamente possibili nel *ranking* [(n = 7 classi gerarchiche x 5 categorie operative - 8 possibilità smentite *a priori* dalla nosografia (6 *mimgkau* dei non lattanti + stregoneria spiriti lattanti + stregoneria umana lattanti) - 1 *ex-aequo* = 26]. Le osservazioni che mi accingo a formulare hanno, pertanto, dal punto di vista statistico un valore meramente indicativo.

15. Animati da una struggente nostalgia per il mondo dei vivi, gli spiriti dei morti sono ritenuti vagare per la foresta sotto spoglie animali, generalmente di un cervo (ach. *jápa iwianchri*). Qualora si imbattano in un parente essi, tuttavia, riprendono nuovamente le sembianze umane e tentano con ogni mezzo di condurlo nella loro dimora sotterranea, nel folto del bosco. Mentre gli adulti, rendendosi conto della situazione, riescono sempre a rifuggire da questo adescamento (ricavandone ad ogni modo un particolare tipo di *páju*), si ritiene che i bambini, per essere più facilmente ingannabili, finiscano spesso col seguire lo spirito e col passare con lui un qualche tempo, dopo il quale vengono restituiti al mondo empirico in un qualsiasi punto del non abitato. Secondo i miei informatori, nel caso citato nel testo, la bambina, dopo essere stata ritrovata, avrebbe in effetti raccontato di avere vissuto per diversi giorni nella foresta con il fratello del nonno Use, che gli appariva talvolta in forma di cervo e talvolta sotto spoglie umane.

Bibliografia

- Cirese, A. M. 1984. *Segnicità, fabrilità, procreazione. Appunti etno-antropologici*. Roma: CISU.
- Colajanni, A. 1977. *Trasformazioni sociali e conflitti tra i Jívaro-Shuar e Achuar dell'Equador Orientale*. Bari: Università degli Studi, Facoltà di Lettere e Filosofia. Materiali didattici della cattedra di Etnologia.
- — 1982a. "Gli Jívaro dell'Equador", in *Uomini e re. Saggi di etnografia*, a cura di M. Ariotti, pp. 49-98. Bari: Laterza.
- — 1982b. *Shamanism and social change. The killing of an Achuar shaman: facts and interpretation*. Comunicazione presentata al 44° Congresso Internazionale degli Americanisti. Manchester.
- Descola, P. 1979. Territorial adjustments among the Achuar of Ecuador. *Social Science Information* 21: 301-320.
- — 1981. "Del habitat disperso a los asentamientos nucleados: un proceso de cambio socio-economico entre los Achuar", in *Amazonia Ecuatoriana. La otra cara del progreso*, a cura di N. Whitten, pp. 83-113. Sucua: Mundo Shuar.
- — 1983. Le jardin de Colibri. Procès de travail et categorizations sexuelles chez le Achuar de l'Equateur. *L'Homme* 22, 1: 61-89.
- — 1986. *La nature domestique. Usage et représentation de la biosphère chez les Achuar du Haut Amazone (Equateur)*. Parigi: Edition de la Maison des Sciences de l'Homme
- Descola, P. & J. L. Lory. 1982. Les guerriers de l'invisible. Sociologie comparative de l'agression chamanique en Amazonie (Achuar) et en Nouvelle Guinée (Baruya). *L'Ethnographie* 87-88: 85-109.
- Harner, M. 1972. *The Jivaro. People of the sacred waterfalls*. Garden City, N. Y.: Doubleday - Natural History Press.
- Harris, M. 1971. *L'evoluzione del pensiero antropologico. Una storia della teoria della cultura*. Bologna: Il Mulino.
- — 1984. *Materialismo culturale. La lotta per una scienza della cultura*. Milano: Feltrinelli.
- Karsten, R. 1935. *The head hunters of Western Amazonas. The Life and Culture of the Jibaro Indians of Eastern Ecuador and Peru*. Helsinki: Societas Scientiarum Fennica Commentationes Humanarum Litterarum VII, 1.
- Kelekna, P. 1981. *Sex asymmetry in Jivaroan Achuara society: a cultural mechanism promoting belligerence*, Ph. D. Disserta-

- tion. Albuquerque: University of New Mexico.
- Raffa, A. & P. Warren. 1985. "Medicina tradicional y moderna entre los Achuar del Rio Huasaga", in *Experiencias de desarrollo popular en el campo de la medicina tradicional y moderna*, a cura di L. M. Saravia e R. Suero Cabredo, pp. 73-97. Lima: DESCO.
- Taylor, A. C. 1979. *Some aspects of the system of gender relations and its transformations among the Ecuadorian Achuar*. Comunicazione presentata al 43° Congresso Internazionale degli Americanisti. Vancouver.
- — 1982. The marriage alliance and its structural variations in jivaroan societies. *Social Science Information* 22: 331-353.
- Uriarte, L. 1981. *Población y asentamientos de los Jívaro-Achuar de la Amazonía Peruana*. Iquitos: Documento de Trabajo.
- — 1985. Los nativos y su territorio: el caso de los Jívaro-Achuar en la Amazonía Peruana. *Amazonia Peruana* 6,11: 39-64.
- Warren, P. 1985. *El enfoque sistémico en antropología medica: el caso de los Jívaro-Achuar*. Comunicazione presentata al Primer Congreso Nacional de Investigaciones en Antropología. Lima: Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología.
- — 1986. *Interculturalismo nell'educazione sanitaria: un'esperienza nell'Amazzonia Peruviana*. Comunicazione presentata al Seminario *Educazione bilingue e biculturale e progetti di cooperazione*. Roma: Ricerca e Cooperazione.
- — 1988. Etnocidio, Etnodesarrollo y Atención Primaria de Salud. Notas para una ecología política de las enfermedades en la Amazonía Peruana. *Arinsana. Revista de la Cooperación Internacional en Areas Indígenas de America Latina* 6,9 (in st.).

Sommario

Sulla scorta della proposta di Young per un'antropologia della socializzazione della malattia, l'autore mostra come fra gli Achuar meridionali dell'Alta Amazzonia Peruviana, gli eventi patologici umani siano presi in considerazione tanto dal punto di vista delle rappresentazioni cognitive quanto da quello della loro gestione sociale. In questa prospettiva, la multifocalità delle credenze e la compresenza di diverse alternative terapeutiche all'interno di uno stesso sistema medico fanno sì che le decisioni pre-

diagnostiche dei familiari (grazie alle quali il caso è demandato all'uno o all'altro livello specialistico per la diagnosi ed il trattamento) costituiscano un fattore determinante nel funzionamento complessivo del sistema. Attraverso l'analisi quantitativa di un campione di decisioni prediagnostiche, l'autore mostra come i principi soggiacenti questo processo rimandino direttamente alla dinamica della alleanza e del conflitto che pervadono la organizzazione sociale di questo gruppo.

Summary

In the wake of Young's proposal for an "anthropology of sickness", the present author shows that the Southern Achuar of the Peruvian Upper Amazon consider human pathological events in terms of cognitive representation and community management. In the framework of a multifocal structure of beliefs and the coexistence of several alternative therapies within the same medical system, the prediagnostic decision of family and friends (concerning which specialist level to approach for diagnosis and treatment) are a decisive factor in the overall operation of the medical system. A quantitative analysis of a sample of prediagnostic decisions is used by the author to show that the underlying principles refer directly to the dynamics of conflict and alliance that pervade the social organization of this group.