

Emozioni, culture, psicopatologie

Francesco Vacchiano[♦]

Cultura e rappresentazioni dell'uomo

Le ricerche psichiatriche transculturali hanno di tendenza affrontato il tema dello studio dell'uomo e delle sue manifestazioni disfunzionali a partire da una sua immagine già univocamente definita, come soggetto le cui caratteristiche erano fissate una volta per tutte nelle categorie forti della medicina occidentale. Si tratta di definizioni che fanno capo ad un settore professionale con una precisa rappresentazione dell'individuo (1) che interagisce con gli altri concetti di persona implicati nel nostro "corpo sociale". Si può infatti sostenere che ogni società elabora, a partire dai valori dominanti e dai significati condivisi, una definizione di ciò che è l'individuo (un *modello di umanità*) che si conforma alla sua storia e alle strategie del suo pensiero su di sé. Si tratta a tutti gli effetti di una costruzione sociale, che l'uomo stesso inventa, potremmo dire, per un irrinunciabile bisogno di identità. Definire se stessi in rapporto al mondo circostante (definire il "noi" in opposizione a tutto ciò che è "altro") è un problema che sembra costituire un'emergenza vitale, ovunque: in ogni luogo della terra l'uomo ha avuto il fondamentale bisogno di dirsi "Uomo".

Non abbiamo lo spazio per approfondire qui questo discorso come forse sarebbe opportuno. In questo senso si rimanda al capitolo di Silvia Spandre e ai fondamentali contributi di Geertz (1987), Remotti (1996a, 1996b, 1996c, 1997), Fabietti (1995), Allovio e Favole (1996). Quel che ci interessa qui sottolineare è come questa costruzione, costantemente rinegoziata, sia sempre influenzata in modo massiccio da coloro che, per professione, hanno il compito di dire qualcosa su questa umanità, primi fra tutti i sacerdoti e i guaritori. Come potrebbe la cura di un medico tradizionale cinese avere effetto se non fosse supportata da una precisa teoria degli squilibri fra elementi *yin* e *yang*, della disarmonia delle cinque fasi evolutive (fuoco, acqua, legno, metallo, terra), del blocco della circolazione dell'essenza vitale *ch'i*? (Kleinman, 1980). Come farebbe un *jabarkat* wolof a curare se non avesse presente la complessità delle relazioni fra gli uomini e gli spiriti e lo spazio che questi ultimi trovano per insinuarsi in un corpo e

[♦] Il presente contributo è pubblicato nel volume: Beneduce R. (1999) *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*, Torino, L'Harmattan Italia.

possederlo? (Zempleni, 1969). E ancora, come potrebbe orientarsi nella terapia un medico nostrano senza avere in mente un soggetto animato da forze prevalentemente di tipo biologico? E senza distinguere fra dominio del corpo e pertinenza della mente?

Gli enunciati della cura si appoggiano sempre, e non potrebbe essere altrimenti, ad un pregresso «discorso sull'uomo» (una antropologia, nell'accezione che ne dà Remotti, 1997) e ne orientano ulteriormente gli esiti, attraverso quelle teorizzazioni che fanno capo allo specifico del loro interesse: l'uomo in rapporto a quella particolare forma di sofferenza che è la malattia. Kleinman (1980) ha mostrato l'articolazione complessa di ogni sistema terapeutico («*Health Care System*») con il più ampio sistema sociale in cui si sviluppa, sottolineando la discrepanza che spesso esiste fra i «modelli esplicativi» della malattia veicolati dal terapeuta (perché e come ci si ammala) e quelli impliciti del paziente. Egli ha inoltre messo l'accento, proprio attraverso il concetto di *explanatory model*, sulla correlazione tra modelli della malattia e rappresentazione dell'uomo in una data società, enfatizzando così il ruolo della cultura nel plasmare al contempo l'individuo e le forme del suo malessere. Ogni spiegazione della malattia ed ogni terapia non solo per essere efficace, ma per poter propriamente sussistere in quanto tale, deve fondarsi su una specifica concezione dell'uomo e delle sue relazioni con il suo intorno.

In questo senso già Devereux (1973), riprendeva da Linton il concetto di «modello di cattiva condotta», articolandolo con le molteplici manifestazioni della malattia e le forme della sofferenza: Linton sottolineava che ogni cultura, nel momento in cui definisce ciò che per i suoi appartenenti è la norma, identifica anche, per contrapposizione, alcuni precisi modelli di devianza, anch'essa dunque culturalmente codificata. L'antinorma è anch'essa norma, in quanto *modo culturalmente convenuto* di prendere le distanze da ciò che costituisce la regola. Per Devereux la malattia rappresenta a pieno titolo uno di questi modelli di a-normalità: non ci si ammala in un modo qualunque, ma secondo le modalità che sono prescritte perché la propria sofferenza possa essere riconosciuta e curata. Il terapeuta, potremmo dire, sa come guarire proprio in virtù del fatto che il paziente «sa come ammalarsi».

Parlare della malattia come di un processo sociale e culturale già ci situa nel cuore di un dibattito spinoso, con il quale anche l'antropologia già dal suo nascere si è misurata. Osservare l'uomo nelle sue particolari e molteplici forme di relazione con il mondo e affermare che le rappresentazioni che ne dà hanno un valore contestuale significa porre immediatamente, di converso, la questione degli universali. Quando si parla di rappresentazioni si intende dire di concetti che non hanno solo una portata puramente teorica o speculativa, ma si parla di corpi, di emozioni, di sentimenti, di vincoli, di relazioni, di oggetti (2).

La cultura è essenzialmente una efficacissima “macchina del senso”, che aiuta (e costringe) a situarsi rispetto al mondo e agli altri, che offre delle interpretazioni del reale che sono essenzialmente delle risposte codificate a degli interrogativi fondamentali con cui l’uomo è costretto, per la sua natura imperfetta ed incompleta (Geertz, 1987), a misurarsi.

Tambiah ha parlato di «continuità dell’esperienza e [...] universalità dei problemi esistenziali che costituiscono l’unità fisica della razza umana» (Tambiah, 1993, 9). Egli sottolinea la fondamentale identità dei dilemmi che si trova ad affrontare ogni uomo in luoghi diversi, incertezze cardinali, definite da Marc Augé (1986) «forme elementari dell’evento», che più di altre muovono una ricerca di senso: la nascita, la morte, la sofferenza, il male del mondo.

Ma se tali questioni possono essere considerate un problema comune all’uomo di ogni latitudine, le risposte sono locali, specifiche, esclusive. Se ad ogni latitudine si nasce, si muore, si soffre, il modo in cui lo si fa è radicalmente diverso. Come scrive Geertz, «I problemi, essendo esistenziali, sono universali; le loro soluzioni, essendo umane, sono diverse» (Geertz, 1987, 342), e questo essenzialmente perché gli uomini tentano di fornire delle risposte in accordo con la loro esperienza del mondo e delle cose, che è, prima di tutto, specifica. Citando ancora Geertz, «essere umani qui non significa essere un qualsiasi uomo: vuol dire essere un particolare tipo di uomo» (Geertz, 1987, 98). Solo all’interno di uno specifico sistema simbolico si possono trovare i termini non solo per tentare una risposta a questi problemi cardinali, ma addirittura per pensarli, per sentirli, per vederli. E pensarli significa anche pensarsi, nella misura in cui dare un senso al mondo vuol dire anche immediatamente collocarsi, ed appropriarsene secondo le linee di questa interpretazione, che diventa dunque non solo possibile e coerente, ma anche irrinunciabile, e in quanto tale «vera». È forse per questo che i concetti di uomo sono delle invenzioni talmente cogenti che non possono essere pensate, da chi le utilizza, se non in termini di realtà e universalità: come scrive Remotti «far credere che ciò che si è “finto” (costruito, modellato) non sia un particolare tipo di umanità, bensì *l’autentico modello di umanità*» (Remotti, 1996c, corsivo mio) (3).

La questione diventa particolarmente complessa quando queste definizioni si incontrano, poiché, evidentemente, diversi «autentici modelli di umanità» sono destinati a collidere nel momento in cui debbano confrontarsi. La prospettiva egemone emergerà allora probabilmente da un conflitto di poteri, come accade in quelle ricerche in cui la rappresentazione scientifica occidentale dell’uomo informa in modo vincolante lo sguardo dell’osservatore. Tali studi, come osserva Geertz, guardano all’essere umano secondo una prospettiva «stratigrafica», per cui i fattori biologici, psicologici, sociali e culturali sono visti come livelli sovrapposti, caratterizzati da una variabilità progressivamente

crescente: dall'unità del substrato fisiologico e dall'universalità dei bisogni psicologici "di base", fino alla molteplicità delle strutture sociali e delle pratiche culturali. Al di là delle differenze locali in quanto ad usi e costumi, si possono sempre scorgere quelle strutture basilari univoche ed uniformi che sembrano costituire, biologicamente e psicologicamente, la «*natura umana*». In quest'ottica biologia e psicologia sono entrambe assimilate in quanto soggiacenti e determinanti per gli altri aspetti socio-culturali: tutti i processi cognitivi, le emozioni, i vissuti di carattere "psichico" sarebbero quindi degli invarianti la cui "natura" offre poco spazio per una contestualizzazione. L'osservazione di esperienze emotive altre si arresta in molti casi sullo "zoccolo duro" della fondamentale uguaglianza di tutti gli uomini di fronte ai meccanismi universali del sentire e del comprendere.

Lo scopo specifico di questo scritto è quello di tentare, a partire da queste premesse concettuali, una prima analisi degli studi che si sono occupati in particolare del concetto di emozione attraverso le culture e di trarne alcuni spunti di riflessione per il nostro modo di considerare le cosiddette patologie dell'umore e i disturbi d'ansia (aspetti che nel nostro lessico psicologico sono strettamente correlati con le emozioni e con le rappresentazioni), sia nelle ricerche transculturali, sia nella teoria e nella pratica delle nostre psicologie. Se è vero che l'uomo è impegnato in un continuo, faticoso lavoro di attribuzione di senso all'esistere, i vissuti emotivi con la loro rilevanza nel definire il *valore* di un significato, diventano centrali per comprendere le strategie e i percorsi di questo lavoro ermeneutico.

L'emozione tra natura e cultura

*«Non soltanto le idee, ma anche le emozioni
nell'uomo sono manufatti culturali»*

Geertz, 1987, 21.

Gli studi che si sono occupati delle emozioni da un punto di vista psico-antropologico prima degli anni settanta hanno prevalentemente centrato la loro attenzione sulla questione degli universali, preoccupandosi della dimostrazione dell'uniformità affettiva dell'uomo indipendentemente da cultura e stile di vita. Pur nell'innovatività delle sue proposizioni, anche Hallowell in «The Self and its Behavioral Environment» del 1954 parlava dei concetti indagati dal nuovo interesse etnopsicologico – il sé, la natura umana, l'emozione, la motivazione, la personalità – come «costrutti di base panculturali». Lo studio di questi aspetti si concentrava sui termini locali relativi alla persona e alle emozioni per compararli con espressioni inglesi più o meno analoghe di cui

non veniva messa in dubbio la validità (Caughey, 1980). In questo modo era possibile ipotizzare la sostanziale sovrapposibilità dei concetti denotativi dei vissuti emozionali attraverso le culture e quindi delle emozioni tout-court. In risposta a queste impostazioni, ed in seguito alla diffusione di prospettive interpretative che enfatizzavano l'analisi dei vissuti emotivi a partire da un punto di vista locale (Lutz e White, 1986), nel corso degli anni settanta si riscontra una nuova sensibilità, meno disponibile a dare per scontati gli assunti precedenti: molti lavori si concentrano sulla problematizzazione di alcuni concetti partendo dai dati della ricerca etnografica criticamente utilizzati. Gli approcci, più che sostituirsi, si giustappongono in modo dialettico dando origine a veri e propri filoni di ricerca dalle tesi contrapposte: accanto agli studi che fanno proprie le suggestioni del costruzionismo sociale (i lavori di Abu-Lughod, Lutz, Michelle Rosaldo rappresentano ormai dei classici di quest'area) continuano ad avere piede orientamenti centrati su di un punto di vista universalistico e naturalistico, spesso caratterizzati anche da metodologie di tipo etologico o neurobiologico. I classici studi «neuroculturali» di Ekman sui movimenti facciali ne sono un esempio, laddove l'attenzione è posta su alcuni pattern specifici di tipo muscolare, vocale, comportamentale, vegetativo, nonché su alcune configurazioni di risposta del sistema nervoso centrale (Ekman, 1980a). Ekman mostra ad alcuni indigeni della Nuova Guinea alcune fotografie ritraenti espressioni facciali di sorpresa, rabbia, disgusto, tristezza, paura, raccogliendone le definizioni, e chiedendo loro di riprodurre le mimiche facciali associate a diversi stati emotivi (la morte di un parente, la vista di animali in putrefazione, ecc., Ekman, 1980b e 1984). La registrazione delle diverse configurazioni di movimenti muscolari viene inoltre raffrontata nel corso di altri studi con alcune situazioni sociali capaci di attivare tali pattern di movimenti stereotipati (Eibl-Eibesfeldt, 1980) fino a concludere che si tratta di sequenze innate universali utili in quanto segnali delle reciproche intenzioni. Un preciso «programma affettivo» di natura neurale, la cui base genetica sarebbe provata ulteriormente dalla capacità del neonato di riconoscere espressioni facciali quali il sorriso nella madre, sarebbe responsabile del riconoscimento di tali segnali. La cultura secondo Ekman interverrebbe nella modulazione di tali sequenze, nel definire le regole e le convenzioni dell'uso delle espressioni nelle interazioni sociali, anche attraverso un effetto di interferenza con le manifestazioni "naturali" delle emozioni, quale per esempio l'aggressività in risposta alla frustrazione.

La critica che viene mossa a questi studi si appoggia sulla arbitrarietà e meccanicistica identificazione fra movimento muscolare ed emozione propriamente detta, laddove nulla sembra indicare che ad espressioni simili corrispondano in tutto e per tutto vissuti simili. Questo argomento sembra poter essere esteso anche a molti studi che sottolineano

no le analogie in comportamenti complessi: basarsi esclusivamente sulle condotte manifeste per formulare un giudizio sull'esperienza emozionale non rende conto della centrale dimensione del significato: gesti simili possono essere mossi da opposte intenzionalità e avere un valore opposto. Altri studi hanno d'altra parte criticato direttamente le conclusioni di Ekman, attraverso confutazioni che si basavano sul dato etnografico: Shweder, ad esempio, ha osservato come tra le donne Oriya di Bhubaneswar (India) sia molto diffusa una particolare mimica facciale per esprimere un sentimento situabile a cavallo fra sorpresa, imbarazzo e vergogna (simile a quello che si può provare quando si è sorpresi in qualche gesto sconveniente), consistente nell'estroflettare la lingua verso il basso stringendola fra i denti e nel sollevare le sopracciglia dilatando gli occhi. Non solo questo tipo di espressione è a noi sconosciuta, ma, come riporta l'autore, spesso mal interpretata dagli occidentali che, osservandola in molte raffigurazioni indù della dea Kali, tendono ad attribuirvi tratti demoniaci. Come Shweder sottolinea «alcune espressioni facciali sono culturalmente specifiche e difficili da leggere senza una conoscenza acquisita di un codice» (Shweder, 1985, 187). Alcune ricerche sono partite dall'analisi di specifici registri di competenza semantica per evidenziare le aree di sovrapposizione di alcuni comportamenti correlati alle emozioni in culture diverse. La ricerca di Michelle Rosaldo sulla nozione di persona fra gli Ilongot delle Filippine (Rosaldo, 1980) sembra mostrare come, pur sussistendo alcune aree di sovrapposizione fra il concetto inglese di *anger* (rabbia, collera) e quello ilongot di *liget*, le situazioni in cui queste si esprimono rendono conto di due esperienze differenti, distinte, secondo Rosaldo, proprio dalla mancanza di relazione fra i termini di quello che White definisce «il modello idraulico frustrazione-aggressività» (White, 1992). Lo stesso caso etnografico degli Ilongot è stato utilizzato da Spiro per giungere a conclusioni diametralmente opposte. Partendo da un punto di vista psicoanalitico, Spiro osserva come la pratica tradizionale della caccia alle teste, in uso presso gli Ilongot, sia dimostrativa della fondamentale universalità del processo della rimozione, dal momento che, in accordo con la teoria freudiana dell'aggressività, il motivo dell'invidia e della rivalità tra fratelli avrebbe subito uno spostamento su una figura neutra come il nemico (Spiro, 1984). Anna Wiertzbicka, in un'analisi riflessiva che parte ancora dal caso degli Ilongot, propone di circoscrivere il nostro abituale modo di considerare la rabbia osservando l'analogia che sussiste fra discorso scientifico, che parla di un preciso rapporto psicobiologico fra frustrazione-rabbia-aggressività, e il senso comune, che vuole associati offesa-rabbia-punizione (Wiertzbicka, 1988). La principale differenza nell'esempio citato consisterebbe dunque nell'assenza della dimensione della punizione nel concetto di *liget*, pur sussistendo aspetti apparentemente connessi alla stessa rabbia così co-

me viene percepita (genericamente) in occidente. Il termine *liget* potrebbe essere lessicalizzato attraverso un concetto all'intersezione fra energia, rabbia e passione che sembra non esistere non solo in inglese, ma nel complesso delle lingue indoeuropee (Rosaldo, 1980). L'interrogativo che il lavoro di Rosaldo pone indirettamente si riferisce alla possibilità di considerare come identità forme del sentire che, seppur simili nelle caratteristiche esteriori, celano nessi sociali complessi, sottili «ragnatele di senso» ben più raffinate di quanto non potrebbe cogliere un'analisi appiattita esclusivamente su un'apparenza comportamentale, per quanto importante questa possa essere per altre aree di ricerca.

L'approccio psicomodinamico ha avuto anche una certa diffusione nello studio antropologico delle emozioni. Mentre alcuni teorici della corrente di Cultura e Personalità si sono concentrati prevalentemente sul ruolo delle istituzioni, assimilate a dei «sistemi proiettivi», nel gestire ed incanalare le emozioni in modi socialmente compatibili, altri lavori si sono occupati di collocare transculturalmente alcune specifiche teorie psicoanalitiche che avevano nelle manifestazioni affettive il loro fulcro. È quanto è accaduto, ad esempio, con la teoria dell'attaccamento di Bowlby, per la quale si sono cercate evidenze in realtà distanti, caratterizzate in particolare da differenti sistemi educativi (le «istituzioni primarie» degli studi di Cultura e Personalità). Lindholm (1982), in una ricerca condotta nella regione pakistana dello Swat, ha analizzato anche questo aspetto, esplorando la radice istintuale dell'attaccamento e considerando i vissuti emotivi correlati alla perdita (paura, gelosia, ansia, aggressività) come risposte di tipo adattivo. È evidente come anche questo tipo di ricerche si basi su una prospettiva almeno bilivellare, per la quale in un ipotetico substrato psicobiologico risiederebbe non solo l'unità degli affetti, ma anche di tutte quelle «caratteristiche transculturali di una generica mente umana» (Spiro, cit. in Wiertzbicka, 1988), mentre sopra di esso si appoggerebbero quelle strutture di tipo culturale (istituzioni, norme, prescrizioni) tese a dare forma, modellare, filtrare, nascondere o incanalare le emozioni, in analogia con la dialettica fra processo primario e secondario nella teoria psicoanalitica (Lutz e White, 1986). Questa prospettiva di tipo universalistico è stata messa in crisi da quegli studi che hanno voluto analizzare l'articolazione dell'esperienza emotiva a partire dal suo valore locale, attraverso il non facile tentativo di andare il più vicino possibile alle logiche delle culture in oggetto, guardando alle emozioni come «sistemi sociali e comportamentali con una struttura in larga parte esterna alla personalità, situata nel campo sociale» (Schieffelin, 1985, 105). Si tratta di uno sforzo notevole, che prevede la problematizzazione continua di ogni termine spesso considerato ovvio o scontato.

Shweder (1985) ha evidenziato le possibili linee di ricerca dello studio comparativo delle emozioni, sottolineando alcune questioni cardinali per situare il vissuto affettivo in un'ottica propriamente culturale, capace di contemplare anche la dimensione dell'autoriflessione. Vale la pena, ritengo, di soffermarci, delineando il quadro delle problematiche da lui sollevate. Egli sostiene che per tentare di stabilire se le popolazioni umane sono uguali o diverse nel loro modo di fare esperienza dei vissuti emotivi si devono tenere in conto alcune questioni fondamentali:

- a. una questione *tassonomica*: che tipo di sentimenti uomini appartenenti a contesti culturali distanti sono in grado rispettivamente di provare;
- b. una questione *ecologica*: in quali situazioni si presentano quelle emozioni e in corrispondenza di quali eventi specifici;
- c. una questione *semantica*: quali termini vengono utilizzati per definire quegli stessi vissuti e che tipo di indicazioni se ne possono trarre;
- d. una questione *comunicazionale*: attraverso quali strategie espressive verranno comunicati i propri stati emotivi e in quali modi particolari;
- e. una questione *sociale*: che tipi di sentimenti sono adeguati ad un certo status sociale e a certi specifici ruoli;
- f. una questione relativa alla *gestione* e al *controllo*: quale sarà il destino di quelle emozioni che non si possono esprimere per questioni di regola o opportunità?

Come si può vedere dalle tematiche enucleate da Shweder, definire l'affetto in qualità di prodotto culturale significa studiarne la complessa e spesso sottile articolazione con tutte quelle altre componenti che definiscono l'uomo in relazione con il proprio mondo. Il corpo, la persona, i vissuti emotivi, i processi simbolici, metaforici, immaginativi, e la società sono cosa sola: essi collaborano a integrarsi e interlacciarsi reciprocamente costituendo, attraverso la coerenza che da tale referenzialità si genera, una logica, una congruenza, una consequenzialità, un'*aura di fattualità*, che unisce le esperienze dei singoli in un sistema di significati e in una totalità organica dotata di senso. In quanto fatto collettivo e non solo processo individuale, l'affetto non è dissociabile da tale complessità, proprio per la sua intensa relazione con gli altri significati sociali che contribuiscono a specificarne il senso e a cui le emozioni conferiscono valore.

L'emozione in rapporto al problema del senso

In uno scritto dedicato ai sentimenti correlati alla depressione Catherine Lutz osserva che «la realtà psicologica è “costruita” dalla nostra posizione in essa e dalla comprensione che ne abbiamo» (Lutz, 1985, 64). L'approccio si richiama direttamente a Berger e Luckman e all'orientamento costruzionista in ambito sociale, per il quale non può esistere realtà se non nelle definizioni che ne danno gli individui. La

realtà oggettiva non viene negata, ma essa sussiste in rapporto al continuo lavoro di elaborazione dei soggetti che vi appartengono. Ho già parlato dell'incessante processo di attribuzione e di reinterpretazione che l'esistenza impone perché l'uomo possa definirsi, collocarsi, trovare le coordinate della propria «presenza» o «*Dasein*», del proprio «*essere-nel-mondo*». In questo quadro l'esperienza emotiva costituisce al contempo uno strumento di valutazione e di comprensione, che permette di discriminare fra eventi piacevoli e spiacevoli, accettabili o immorali, adatti o inadeguati, normali o anormali, sani o patologici. Per Kleinman «sentire è valutare o svalutare, connettersi o mettersi da parte, agire resistendo o restare paralizzati nel gioco delle nostre vicissitudini sociali» (Kleinman, 1986, p.177).

È evidente come, partendo da questa prospettiva, l'emozione non possa essere pensata come un a-priori preculturale, universale ed uniformemente dato: l'emozione può essere propriamente orientativa solo e necessariamente quando si basa su un dato ordine di significati. Solo se conosco le regole per cui un atto deve essere considerato riprovevole o disgustoso potrò indignarmi o ribellarmi. Solo quando il sistema di valori che possiedo mi dimostrerà che un certo gesto altrui è da interpretarsi in termini di offesa potrò sentirmi davvero offeso o irritato. E comunque nulla dice che il mio modo di indignarmi, di ribellarmi, di offendermi o di irritarmi sia esattamente identico a quello di qualcuno che lo fa muovendo da una diversa concettualizzazione dell'evento. Non basta dire che la reazione elicitata è quella della rabbia per poter affermare *tout-court* che quella rabbia è davvero la stessa. Siamo probabilmente di fronte ad una prossimità che, come Wiertzbicka ricorda, richiama il concetto wittgensteiniano di «somiglianza di famiglia» (Wiertzbicka, 1988), ma ciononostante tra le due esperienze si situa ancora uno spazio interstiziale utile e importante da indagare.

La reazione alla perdita di un congiunto è senza dubbio motivo di dolore ovunque, ma la differente articolazione delle modalità espressive del lutto nonché il *senso* che questo dolore assume nel quadro più complessivo delle relazioni sociali ne fa già di per sé qualcosa di diverso e di non sovrapponibile. Lutz riporta il caso del lutto presso gli Ifaluk della Micronesia sottolineando come l'eccessivo investimento affettivo nella perdita di una persona cara è considerato sconveniente e pericoloso. Il sentimento del *lalomweiu* (che si può situare all'intersezione di solitudine e tristezza) è descritto come l'eccesso di pensieri rivolti a colui che è scomparso (o è partito): pur rientrando ancora nella sfera delle emozioni non patologiche è necessario che da esso vengano protetti i bambini, che più facilmente se ne ammalerebbero (Lutz, 1985). Il dolore è dunque previsto, ma deve essere moderato perché non ne risentano gli altri, cui potrebbe nuocere la mancanza di attenzioni conseguente ad una tristezza eccessiva.

L'esperienza del *fago* è analogamente singolare, e trovare delle analogie con forme di espressione a noi più familiari sembra ancor più complesso: si tratta di un sentimento che Lutz definisce 'compassione / amore / tristezza', 'amore triste', 'tristezza per l'altro'. Viene provato in conseguenza di sventure vissute da altri, per la perdita o il bisogno, ma è qualcosa che va al di là del nostro concetto di compassione, implicando anche sfumature relative al rispetto, alla gratitudine, all'affetto, alla nostalgia. Credo che valga la pena di tradurre interamente il dialogo riportato da Lutz (1985, 85), per via della sua chiarezza esemplificativa:

- Antropologa: Quando è stata l'ultima volta che è apparso il tuo *fago*?
- Giovane donna: Ogni giorno io *fago* i miei parenti che sono lontani. Io li *fago*, poiché potrebbero essere malati e perché non li vedo. O *fago* te quando mi dai delle cose, o [quella donna anziana] perché potrebbe morire.
- Antropologa: Come puoi dire che qualcuno ha *fago*?
- Giovane donna: Se io mi prendo cura di te, ti do delle cose e parlo con te, io saprò che tu mi *fago*. Tu mi parli con calma ed educatamente e io lo saprò. Se qualcuno dice «quel caro tesoro» riferendosi a uno dei suoi parenti che è andato via, io saprò che loro *fago*.

Come si può vedere già solo tradurre questa espressione in linguaggio corrente implicherebbe una qualche forma di distorsione. Se nel tradurre avessi rispettato la sintassi dell'italiano avrei in più occasioni dovuto dire «ti do *fago*», o «ti attribuisco *fago*», o avrei dovuto coniugare come un verbo quest'espressione intraducibile, rendendo implicitamente il concetto che il *fago* si può dare, attribuire, o coniugare. Il problema è evidentemente di natura non solo linguistica, ma riguarda proprio quelle complesse implicazioni che sono in grado di dare conto appropriatamente delle sottigliezze di una lingua, di un vissuto, di uno stato d'animo.

Ciò che accade a livello emotivo non è qualcosa di dato uniformemente, ma è il risultato della *negoziazione di un giudizio sociale*, utile per dare un valore a ciò che sta accadendo. In quanto tale si tratta di un'operazione di "ricostruzione a posteriori", in termini di attribuzione causale e valoriale, del significato di un vissuto altrimenti *inominabile*: la cultura – potremmo aggiungere – è indispensabile non solo perché l'esperienza emotiva possa tradursi in parole, ma anche perché essa possa essere a tutti gli effetti vissuta come tale. Il pensare e il sentire non sono atti solipsistici, ma processi resi possibili dalla condivisione di significati in un universo comune. Come osserva Geertz «non diretto da modelli culturali – sistemi organizzati di simboli significanti – il comportamento dell'uomo sarebbe praticamente ingovernabile».

bile, un puro caos di azioni senza scopo e di emozioni in tumulto, la sua esperienza sarebbe praticamente informe» (Geertz, 1987, p.89).

La cultura dunque, lungi dall'essere solo quella "vernice" esteriore che varia in tonalità lasciando inalterato un nucleo immutabile, è propriamente ciò che permette di pensare, percepire, sentire. Non sembra possibile immaginare un processo per cui un'emozione viene prima esperita ad un livello biologico e poi le viene dato un valore (e un linguaggio) sociale, né per cui la logica culturale è responsabile di un'attivazione di tipo esclusivamente fisiologico. Si tratta di due aspetti consustanziali e coemergenti. Analogamente il pensiero e il sentimento, che nel nostro lessico sono concetti ben distinti, possono essere definiti meglio proprio a partire dalla loro fondamentale unità: cognizione e affetto vengono abitualmente considerati processi radicalmente separati, spesso contrapposti, in virtù di una dicotomizzazione arbitraria che fa capo alla nostra tradizione culturale e scientifica, per cui ragione e passione mal si conciliano nella descrizione dell'agire umano (4). Guardare all'emozione come ad una forma di rappresentazione permette di ridurre la distanza fra questi due termini e di osservare come alla base di ogni evento affettivo sia possibile scorgere un processo di significazione. Tale processo a sua volta non potrebbe sussistere senza che, in seguito ad una determinata esperienza, insieme ad un *sensò*, emergesse immediatamente anche un *valore*: pensare è già sentire, e viceversa. E l'emozione è già, di per sé, un processo di attribuzione di senso. Michelle Rosaldo ha parlato delle emozioni come di «pensieri incarnati» (Rosaldo, 1984), mentre Shepher-Hughes e Lock propongono il concetto di «*mindful body*» per tentare un superamento delle rigide distinzioni fra mente e corpo, natura e cultura, emozione e pensiero (Lutz, 1988). La stessa Lutz rimarca come il pensare alle emozioni da un punto di vista de-essenzializzante ci permetta di poterle osservare in quanto «processi interpersonali di denominazione, di giustificazione e di persuasione utilizzati nelle relazioni con gli altri» (Lutz 1988, 5). Il concetto di Hallowell di «ambiente comportamentale», un luogo in cui le situazioni acquisiscono rilevanza attraverso un processo di interpretazione i cui strumenti sono disponibili all'interno dell'ambiente stesso, nel caso delle emozioni diventa ulteriormente esplicativo. La risonanza affettiva di un dato comportamento può essere colta, molto meglio che postulando modalità universali del sentire, se si dispone di quei dispositivi concettuali che, nel dato contesto in cui quel comportamento si esplica, sono deputati ad attribuirvi un senso. Questi dispositivi sono d'altra parte essi stessi già forme dell'emozione, non separabili dagli affetti veri e propri. Le emozioni non solo «hanno dei significati, e questi significati giocano un ruolo nel modo in cui sentiamo» (Shweder, 1985, 186), ma anche definiscono propriamente *cosa* sentiamo: dal

punto di vista della fenomenologia dell'affetto significato e vissuto non sembrano disgiungibili.

Il modo di manifestare la rabbia e le situazioni in cui questa viene espressa, cambierà radicalmente in contesti dove, ad esempio, questa è generalmente vissuta come pericolosa per l'intera società, come fra gli Ilongot delle Filippine (Rosaldo, 1980), o dove è segno di richiesta di supporto e di reciprocità, come fra i Kaluli della Nuova Guinea (Schieffelin, 1985, vedi oltre), o dove è considerata esperienza esclusivamente infantile, come tra gli Eskimo (Briggs, 1970), o ancora dove rappresenta indipendenza e superamento della paura, come in Nord America (Shweder, 1985). La definizione dell'evento e le modalità differenti con cui questo si declina pongono seriamente in questione il fatto che lo stesso comportamento possa essere definito uniformemente come 'rabbia' in ognuna di queste situazioni? La questione è stata posta in modo chiaro da alcuni studiosi, che hanno notato come grande sforzo sia stato profuso per cercare di ritrovare rabbia e tristezza in culture lontane, mentre pochi si siano preoccupati di cercare, per esempio, manifestazioni del *fago* degli Ifaluk (vedi sopra) o del *popokl* (Nuova Guinea, sentimento di oltraggio per l'incapacità altrui di riconoscere il proprio disagio) nelle esperienze emotive dei nordamericani o degli europei. È quell'atteggiamento che ha caratterizzato molta parte delle ricerche sulle emozioni e sugli umori in cui quello che veniva indagato era fondamentalmente la variabilità superficiale in modelli di comportamento considerati "veri" a priori. Ed è in qualche modo questo tipo di impostazione che ha segnato lo studio transculturale di quelle manifestazioni dell'umore che in Occidente si definiscono patologiche.

Patologia del sentire: l'umore e le sue forme

«L'umore può essere considerato non solo un sentimento in termini di sensazione corporea, ma anche un'esperienza della mente implicante significato»

Keyes, 1985, 156

Il poter pensare all'emozione come ad un evento contestuale e specifico, nei suoi significati e nelle sue manifestazioni comportamentali, piuttosto che ad un universale insito in una sorta di uniformemente data «natura umana», ci è utile a questo punto per avvicinarci in modo differente all'analisi delle manifestazioni disfunzionali definite dalla nostra nosologia come 'ansiose' e 'depressive': partendo da questi presupposti diventa molto più difficile pensare a forme dell'umore "malate" in senso assoluto, o comunque per le quali la "patologia" sia scritta in codici universalmente biologici e indipendenti dalla dimensione del

significato. Nel momento in cui si sia disposti ad ammettere che la cultura influenza la valutazione di uno stimolo e il vissuto emotivo ad esso correlato, si dovrà anche riconoscere che la percezione di un evento come stressante non potrà essere considerata ubiquitaria.

Molti studi transculturali sulla depressione sono stati gravati proprio da questa visione aprioristica, mossi, come sostiene Bibeau, da una sorta di «realismo ingenuo secondo il quale l'amore, la pioggia, il matrimonio, i culti, gli alberi, la morte, il cibo e le altre migliaia di realtà hanno lo stesso significato per tutti gli esseri umani. I "realisti ingenui" – continua Bibeau – ammettono che le lingue differiscono da un popolo all'altro, ma dietro questa diversità delle parole tutti parlerebbero delle stesse cose ed attribuirebbero loro un senso analogo» (Bibeau, 1995, 41-42). È il presupposto da cui sono partite alcune importanti ricerche che hanno concluso che la depressione e l'ansia sono fenomeni diffusi universalmente, sottostimando non poco, tuttavia, quelle incongruenze metodologiche e concettuali che emergevano dalla non sovrapponibilità del lessico psichiatrico con le lingue e le categorie indigene. Alle prime ricerche condotte esclusivamente all'interno degli asili della psichiatria coloniale e basate sulle diagnosi di ingresso fatte dai medici europei, hanno fatto seguito tentativi più articolati, ma, complessivamente, tutti incontranti le stesse difficoltà: la traduzione dei termini occidentali per definire i sintomi, le esperienze del dolore e le percezioni interpersonali. Una volta usciti dai manicomi gli studiosi si trovavano a dover prendere in considerazione le eziologie locali con i loro termini di riferimento significativi, che molto spesso escludevano decisamente le nozioni tipiche della psichiatria occidentale (5); i ricercatori erano così costretti ad utilizzare delle perifrasi, che facevano perdere ai test standardizzati la loro validità, o delle strategie narrative, dalle quali risultava però problematico estrapolare i concetti cardinali.

Nell'ambito dell' *International Pilot Study of Schizophrenia* (OMS, 1974), lo studio epidemiologico transculturale più noto, l'intervista standardizzata in lingua *yoruba* doveva utilizzare per definire la depressione la frase «il cuore è debole», mentre l'ansia era codificata attraverso l'espressione «il cuore non è a riposo» (Bibeau, 1995). Precedentemente Leighton, impegnato nello studio della prevalenza dei disturbi psichici presso la stessa popolazione, si era trovato nell'impossibilità di tradurre tutti gli *items* del proprio protocollo di intervista, il *Cornell Medical Index*, vista la difficoltà di definire l'esperienza depressiva in lingua *yoruba* (Leighton, e al., 1963).

Molte ricerche hanno dovuto affrontare queste difficoltà, ma, nonostante, i risultati sono stati generalmente considerati dagli autori soddisfacenti e privi di ambiguità. Anche in Leff, che fa una rassegna di questi studi, l'ottimismo prevale, dando praticamente per scontato che *items* del tipo «ho la sensazione che delle formiche mi brulichino

nel cervello, a volte sento la testa che brucia, ci sono dei vermi dentro di me che strisciano nelle diverse parti del corpo, avverto una forte sensazione di prurito per tutto il corpo» (Leff, 1992, 38) possano rendere conto puntualmente dell'esperienza della sofferenza in contesti tradizionali per il fatto di riferirsi a manifestazioni di tipo fisico. Gli studi epidemiologici transculturali hanno spesso superato questa *impasse* o negandola decisamente oppure attraverso una standardizzazione ancora maggiore, come nel caso del già citato «*International Pilot Study of Schizophrenia*». Commentando questi studi, Bibeau osserva in proposito che «non è certo [...] che tutte le lingue ritagliano nell'insieme del registro della patologia un dominio separato che corrisponda a ciò che in Occidente chiamiamo 'depressione'» (Bibeau, 1995, 43). Il tentativo di esportare ad altre realtà categorie non pertinenti ha causato la reiterazione di quegli errori di concettualizzazione che Kleinman già nel 1977 definiva «*category fallacies*»: l'impiego di schemi o classificazioni tipiche di un contesto in una realtà in cui questi non sono pertinenti e dunque nella quale non hanno validità (6). Ritornando sul concetto nell'Introduzione a *Writing at the Margins*, Kleinman non manca di sottolineare come l'imposizione di categorie improprie possa dar luogo anche a ben più drammatiche conseguenze sul piano pragmatico e politico, che definisce «fallacie esperienziali», cioè l'imposizione di modi di vivere e di percepire il mondo a membri di società nelle quali questi stessi modi non costituiscono forme di vita accettabili. Gli esempi sono purtroppo innumerevoli.

Anche Littlewood ha preso in considerazione questo problema di «traducibilità» laddove ha osservato che «le categorie di malattia sono strategie oltre che spiegazioni, ironie oltre che realtà», non solo costrutti cognitivi, ma anche definizioni sempre dirette ad uno scopo pratico, ad un oggetto specifico, la cui coerenza risiede nelle relazioni sociali del gruppo che le produce, nei rapporti tra i sessi, i gruppi di età o le classi sociali (Littlewood, 1990).

Gli studi sulle forme dell'umore e le sue patologie si sono a lungo concentrati sulla questione dell'espressione corporea del vissuto depressivo, spesso elaborando complesse teorie sulla differenza fra disposizioni, lingue e rappresentazioni «occidentali» e «tradizionali», talvolta cariche di pregiudizi e di assunti svalutativi. Le ricerche classiche in psichiatria transculturale hanno spesso riscontrato che nei gruppi indigeni dell'Africa, dell'Asia, delle Americhe e dell'Oceania non esistevano termini per definire «cognitivamente» le esperienze correlate al dolore, cioè che non venivano usati per parlare della sofferenza termini «astratti» paragonabili a quelli del lessico psicologico-psichiatrico occidentale, ma che al contrario le esperienze emozionali ed affettive venivano rapportate sempre al corpo e ad alcune manifestazioni legate a sensazioni fisiche o a vissuti essenzialmente somatici. Il caso già citato

dell'*IPSS* e dei problemi di traduzione dei termini quali 'ansia' e 'depressione' (ad esempio nel caso della lingua *yoruba*) veniva considerato indicativo dell'incapacità di mentalizzare il disagio e del basso livello di elaborazione dei contenuti, fermo alla logica della mera fisicità.

I dati della ricerca transculturale trovavano parallelamente ulteriori conferme negli studi sugli immigrati in Europa e negli Stati Uniti, dove gli psichiatri lamentavano una mancanza di efficacia della psicoterapia dovuta, a loro parere, alla "minore verbalità" dei pazienti, alla loro predisposizione a manifestare sindromi "isteriche" o "psicosomatiche" in luogo di «genuini problemi psicologici» (Littlewood, 1992, 6) (7). La capacità di esprimere il disagio attraverso termini evocativi di un'emozione più che di un vissuto corporeo veniva quindi assunta come criterio di sviluppo personale e la "verbalità" (termine legato prevalentemente al lessico della psicoterapia, o "terapia della parola") come indice di consapevolezza matura della propria condizione. Il termine 'isteria', al contrario, con il suo retaggio svalutativo, veniva a connotare una rappresentazione del soffrire ingenua ed ancora insufficientemente articolata.

Se i pazienti identificati come 'depressi' lamentavano sintomi quali stanchezza, mal di testa, palpitazioni, perdita di peso, vertigini, dolori generici e vaghi (8), ciò era (ed è per certi versi ancora oggi) principalmente messo in relazione con una loro presunta incapacità a dar conto del loro disagio secondo un codice psicologico, fondamentalmente per via del loro livello di arretratezza materiale e intellettuale. L'espressione della propria sofferenza attraverso il corpo (tramite "eccessivi" riferimenti ad esso o disturbi somatoformi) sarebbe segno di un'arcaicità del livello di elaborazione del proprio malessere e di una difficoltà a discernere adeguatamente i propri stati interiori. Al contrario la verbalizzazione sarebbe un'espressione della propria autoconsapevolezza, della propria capacità introspettiva e dell'alto livello di elaborazione del proprio vissuto (vedi anche la critica di Beneduce, 1995). Questa bipartizione si adatta, e riconferma, il vecchio pregiudizio del "selvaggio" come legato ad un pensiero esclusivamente concreto ed incapace di utilizzare produttivamente le concettualizzazioni astratte del pensiero razionale. Dopo le teorizzazioni di Lévi-Bruhl, che aveva tracciato l'opposizione fra "mentalità primitiva" e "mentalità scientifica" (1971), Piaget aveva accomunato il pensiero del bambino dei primi anni di vita e quello del "primitivo", ponendoli entrambi nello stadio dell'intelligenza pratica e in quello del pensiero pre-operativo simbolico, in quanto allo stesso modo poco inclini ad un rapporto oggettivo con la natura e con l'universo.

Leff ha parlato di «assenza, verificata in molte lingue, di termini che esprimano ansia e depressione» (1992, 53), portando come esempio, oltre al noto caso *yoruba*, il fatto che nella lingua cinese i termini

'ansia', 'tensione' e 'preoccupazione' abbiano un unico corrispettivo comune. Leff, con una buona dose di evolucionismo, ne conclude che le popolazioni non occidentali non possiedono le capacità per distinguere fra vissuti corporei e modalità psicologiche. La critica alle sue affermazioni è ovviamente ferocissima, soprattutto da parte di Beeman che osserva come venga utilizzata una logica per la quale tutto ciò che non si adatta formalmente ad una traduzione diretta dei questionari epidemiologici e dei test psicoattitudinali sia da considerarsi "primitivo" (Beeman, 1985). Secondo Beeman, linguista ed antropologo, gli indici linguistici privati del loro contesto di riferimento e significazione risultano poco indicativi delle capacità rappresentazionali di un popolo. Il fatto che una popolazione usi un sistema di classificazione dei colori fondato su quattro o cinque categorie non implica che non sia in grado di percepirne le altre sfumature. Semplicemente la lingua non dispone di termini per comunicare al di fuori del dato di esperienza comune o convenzionale per quella cultura. Se molte popolazioni hanno termini che definiscono solo numeri relativamente bassi, non è perché la loro "mentalità primitiva" li privi delle capacità di astrazione necessarie a concepire numeri più elevati, ma perché l'esperienza quotidiana non è familiare all'ordine delle migliaia, ma, al massimo, a quello delle decine (per esempio perché non si ha, o non si aveva, domestichezza con forme di scambio basate sul denaro). È molto significativo in proposito un vecchio studio di Henry sulla lingua *kaingang* di un gruppo indio del Brasile, dove alla ristrettezza del vocabolario delle emozioni si contrapponeva una ricca espressività non lessicale:

«Per mezzo di variazioni nel tono e nell'intensità dell'articolazione, di modifiche apportate ai suoni, di un'involontaria contrazione della faringe e di un'altrettanto involontaria sostituzione vocalica, per mezzo di variazioni nella mimica facciale e nella posizione del corpo, il *kaingang* raggiunge una ricchezza di colori e di inflessioni che è impossibile riscontrare nel significato esplicito delle parole» (Henry, cit. in Leff, 1992, 55).

Le contraddizioni di questi punti di vista, sommariamente ancorati agli studi comparativi più generici, sono state segnalate dunque, grazie ad indagini sul campo più attente al dato etnografico e maggiormente consapevoli del ruolo ipostatizzante e svalutativo delle precedenti concettualizzazioni. Oltre agli studi già citati nei paragrafi precedenti, che avevano come specifico la definizione culturale di vissuti emotivi altri, in questa direzione vanno anche ricerche mirate prevalentemente ai costrutti eziologici che sull'emozione si strutturano. Le analisi di Bibeau sui termini di malattia degli *Angbandi* dello Zaire (Bibeau, 1978 e 1979), hanno evidenziato un ricco vocabolario delle emozioni, che, per quanto faccia uso di espressioni riferite ad organi o parti del corpo, permette una vastità tale di sfumature da contraddire tutte le affermazioni sull'incapacità di distinguere (e rappresentare adeguata-

mente) i diversi stati interiori. La concezione dell'uomo *angbandi*, in particolare, affianca all'immagine concreta e corporea una serie di definizioni astratte di natura affettiva o spirituale che rendono conto contemporaneamente dell'unità complessa dell'individuo e delle sue numerose sfaccettature. Stando a quanto riporta l'autore, che ha lavorato a lungo con i guaritori tradizionali, il disagio dei pazienti si presenta attraverso vari tipi di manifestazioni che possono facilmente trovare dei corrispettivi di natura psicologica, quali sentimenti di angoscia, di colpa, di invidia, di gelosia, di ansia o di paura. Un concetto che può essere avvicinato (ma non sovrapposto) al nostro familiare senso di colpa è espresso nella lingua locale dal termine *ngbundu*, che indica un indebolimento della persona in seguito alla trasgressione di certe regole sociali.

Un altro esempio che contraddice attraverso la ricerca sul campo le teorie sull'assenza di concetti precisi per le emozioni legate al disagio è contenuto nell'articolo di Beneduce sui disturbi tra i *Dogon* del Mali (1996), che illustra la sottigliezza dei termini associati a quelle forme di sofferenza che definiremmo "psicologica": perdita di interesse per le cose (*kindé woine sele le won*, 'il mio cuore è disgustato da tutto'), grande incertezza (*kinde lei lei*, 'cuore due due'), tristezza non preoccupante (*kinde yayade*, 'cuore che piange'), angoscia profonda (*kinde yamu*, 'cuore distrutto'). Riprendendo quanto osservato in precedenza potremmo dire, con White, che «il fatto che il nome di una malattia possa essere un buon indicatore dei concetti tradizionali sottostanti non giustifica l'inferenza che la mancanza di un termine particolare indichi l'assenza del concetto corrispondente» (White, 1982).

D'altra parte è importante osservare come, anche laddove il vocabolario non permetta l'articolazione di concetti specifici per le emozioni di pertinenza psicologica, non è detto che gli stessi riferimenti corporei possiedano l'identico valore puramente somatico che hanno per noi. Nella medicina cinese – ad esempio – emozioni e manifestazioni fisiche sono affiancate in una rappresentazione concorde del malessere che spesso permette dirette trasposizioni di elementi da un dominio all'altro. Come ha osservato Ots (1990) ogni diagnosi è una sorta di metafora che parte da un organo specifico (ad esempio il fegato, il cuore o i reni) e che tuttavia non si riferisce all'organo in sé, ma all'emozione che lo caratterizza o alla quale esso è simbolicamente correlato. Gli organi parlano così del corpo ed il medico è capace di leggere lo stato emotivo del paziente attraverso la conoscenza di questo linguaggio. Così il fegato simbolizza la rabbia, la milza la depressione, il cuore l'ansia e i reni il declino delle capacità riproduttive. L'espressione 'il fegato-*yang* sta prendendo fuoco' viene associata all'individuo che ha represso la propria rabbia e che, in conseguenza di ciò, si trova in una condizione di sofferenza corporea, in particolare

localizzata nel fegato. Questa, se non trattata subito, può dar luogo ad un altro tipo di disordine definito 'il fegato sta attaccando la milza'. Attraverso questa ricca metaforizzazione corporea la medicina tradizionale cinese può così affermare che «la rabbia non espressa e sfogata dentro di sé può causare depressione» (Helman, 1994). Il riferimento al corpo è dunque *allo stesso tempo* un riferimento allo spirito, al sentimento che la persona mobilita nella relazione con il proprio ambiente. La cura delle emozioni negative è accessibile tramite la cura delle sedi corporee in cui esse sono localizzate, in genere effettuata attraverso l'uso di erbe medicinali.

Kleinman (1986) ha rilevato come storicamente la "mentalizzazione" del dolore cominci ad affermarsi in Europa verso la metà del secolo diciannovesimo (non a caso in epoca vittoriana, dove lo *zeitgeist* imponeva una rigida repressione della fisicità), quando le *élites* intellettuali cominciano a produrre un lessico psicologico della sofferenza, riproducendo a livello personale il processo sociale di razionalizzazione della conoscenza descritto da Max Weber. Come rileva Beatrix Pfleiderer, «la terminologia e l'esperienza degli affetti è stata trasformata all'interno della classe dominante occidentale in una "profonda" esperienza psicologica, con specifici termini per specifiche emozioni, quali depressione, paura, rabbia, ecc., emozioni che fino a poco tempo prima erano *sentite e categorizzate* come esperienze fisiche» (Pfleiderer, 1991, 114, corsivo mio). In questo senso si può meglio situare la considerazione di Marsella sulle «culture che sono caratterizzate da certi orientamenti epistemologici particolari», cioè «culture che tendono a psicologizzare l'esperienza» (Marsella, cit. in Bibeau, 1995, 50): tali culture non sono automaticamente considerabili più avanzate o più evolute per questo, bensì differenti dal punto di vista della storia dei fatti e delle idee. Diversi ed eterogenei sono i punti di osservazione sulla malattia; il pensiero europeo ne ha scelto uno molto particolare, inventando un lessico psicologico e fondando la separazione fra questo e il linguaggio del corpo. Questo tipo di rappresentazione è talmente pervasivo che, oggi, impedisce spesso di vedere la relatività di questo percorso in rapporto con altre tradizioni intellettuali. Come ha rilevato ancora Kleinman «diversamente dal punto di vista diffuso fra gli psichiatri occidentali, una volta che si assuma una prospettiva transculturale, non è la somatizzazione in Cina [...] ma la psicologizzazione in Occidente che risulta inusuale e richiede una spiegazione» (Kleinman, 1986).

Si osservi il processo di creazione di uno dei principali quadri psicopatologici, l'isteria: grazie a Freud, cambia fundamentalmente di status, assumendo il carattere di una «somatizzazione» e di una «conversione», cioè dell'espressione attraverso il corpo, in forma di simbolizzazione, di un disagio "mentale", che come tale risiede nel cervello

del paziente. Le espressioni “naturalmente” corporee della sofferenza, che indicavano simbolicamente le situazioni di ambiguità e di blocco attraverso le emiparesi, i conflitti attraverso le agnosie o le paure attraverso le amnesie, diventano manifestazione di processi interiori soggiacenti quali l’inconscio, la rimozione o, per l’appunto, la conversione. Altre metafore, altrettanto potenti ed esplicative, ma situate ad un livello differente e di diversa accessibilità.

In realtà il corpo costituisce il miglior veicolo per comunicare direttamente il proprio stato di malessere, migliore in questo senso del linguaggio psicologico, che si fonda su di un alto livello di convenzionalità ed ha bisogno, per la sua interpretazione, di uno sguardo specialistico molto raffinato. Il corpo è il luogo elettivo di espressione di quella metafora che è la malattia, metafora che è resa disponibile all’osservazione, incarnata (*embodied*), rappresentata secondo i codici collettivamente significativi: il corpo è così, con Augé, «materia e forma del simbolismo» (Augé, 1988), mentre per Beneduce «il corpo rappresenta un “idioma” appropriato per descrivere il malessere e costituisce *per se* un’infinita e generalmente efficace (poiché condivisa) riserva di metafore» (1996, 210). E ancora, per Beeman, «il corpo è in definitiva il referente primo di ogni metafora» (Beeman, 1985, 221).

Il rapporto con la corporeità va dunque completamente rivisto alla luce di queste considerazioni, così come va ridimensionata la visione ipostatizzante della depressione come “umore malato”, nel significato naturalistico che il termine malattia possiede nel lessico delle nostre scienze e in quello del nostro senso comune. Alcuni esempi etnografici ci permettono di dislocare culturalmente il significato degli eventi “depressivi”, evidenziandone la relatività e l’imprescindibilità dalla dimensione del *sensu*.

In molti contesti culturali dell’Asia Meridionale viene posta un’enfasi particolare sul valore dello sperma nel definire il benessere e la forza di un individuo, sia esso di sesso maschile o femminile. In India, ad esempio, conformemente a quanto riporta Bottéro in riferimento alla una zona di cultura Oriya del Singhbhum (Bottéro, 1993), il seme (*virija*) rappresenta l’energia vitale del soggetto, intesa come potenza, energia, bellezza fisica e forza di volontà, ma anche profondità spirituale e capacità di concentrazione. L’individuo sano e moralmente adeguato saprà conservare il suo seme senza “sprecarlo” in relazioni illecite o poco consigliate, come quelle con donne più anziane o troppo esigenti, o, per i più giovani, in attività masturbatorie, mentre il *brahmacharya*, colui che vuole ‘raggiungere Dio’, dovrà conformarsi ad una condotta orientata all’assoluta astinenza.

Da questo importante assunto che fornisce al contempo, come spesso accade, una rappresentazione dell’individuo e una serie di norme comportamentali, discende un’importante categoria della medicina

ayurvedica: la 'perdita del seme' o, in Hindi, *dhat*. La spermatorrea per polluzione notturna o emissione involontaria nelle urine è considerata responsabile di numerose affezioni legate alla perdita di energia e di vitalità: affaticamento, astenia prolungata, ipersonnia, debolezza, apatia, pigrizia, perdita di interesse per le cose, mancanza di entusiasmo e di iniziativa, fino alla disperazione senza motivo, tutte manifestazioni che potrebbero essere ascritte, come è stato fatto, al registro della depressione. La perdita del seme costituisce dunque un modello esplicativo coerente con gli assunti relativi alle rappresentazioni del soggetto tipiche del contesto culturale Oriya (e dell'India più in generale), ma è considerato sintomo e segnale di malattia in molte altre aree culturali (Cina, Nuova Guinea, Polinesia, gruppi locali dell'America del Nord e del Sud), mentre in altre aree, come l'Europa, il significato patognomonico di questo tipo di manifestazione è andato sfumando nel corso dell'ultimo secolo (Bottéro, 1993). D'altra parte, come ha acutamente argomentato l'antropologo indiano Gananath Obeyesekere, se volessimo applicare rigidamente le norme classificatorie implicite nei manuali diagnostico-statistici, dovremmo concludere che la perdita del seme è a tutti gli effetti una "malattia" universale, poiché i suoi segni distintivi, le sue manifestazioni "patologiche" (polluzioni notturne, emissioni involontarie, ecc.), si possono riscontrare universalmente. E potremmo arguire questo proprio grazie al misconoscimento del significato che tali segni possiedono nei luoghi in cui si manifestano, attraverso una cesura fra sintomo e contesto caratteristica di molte ricerche transculturali. Secondo Obeyesekere (1985) è quello che accade laddove si vogliono reperire evidenze dell'universalità della depressione dietro il comportamento apparentemente disforico del fedele buddista, impegnato per vocazione religiosa alla ricerca e alla meditazione sul dolore dell'esistenza, sulla disperazione e sul disgusto del corpo nella sua impermanente fisicità. L'autosvalutazione, il distacco dagli obiettivi mondani, il pensiero ricorrente sulla sofferenza e sul male sono appositamente ricercati dall'uomo e dalla donna virtuosi, attraverso la pratica della meditazione, in quanto necessari per vivere di persona la sofferenza del mondo. D'altra parte non è solo la ricerca deliberata di uno stato d'animo orientato al pessimismo e all'autosvalutazione a spostare il comportamento del credente su un piano che non pertiene più alla patologia, dal momento che anche la cosiddetta "malattia iniziatica" che avvia molte donne alla professione di sacerdotessa (e che è caratterizzata da apatia, disperazione, tristezza, colpa, ecc.) viene trasformata dal significato emico dell'attacco spiritico di un antenato in un segno di chiamata e di elezione. Ogni cultura, afferma Obeyesekere, si dota di dispositivi capaci di incanalare il dolore tipico della condizione umana in significati pubblici e condivisi attraverso un «lavoro» che conferisce alla sofferenza un valore specifico, attenuandone in modo più o meno

efficace la portata potenzialmente destrutturante per l'individuo: dare un senso al malessere, sembra dirci Obeyesekere, significa in buona parte operare per lenirlo.

Un altro eccellente esempio di tale «lavoro della cultura» ci viene dalle considerazioni che Geertz propone circa l'ethos (9) giavanese rispetto al controllo delle emozioni, per il quale all'uomo adulto (colui che è a tutti gli effetti 'giavanese') è richiesto uno sforzo di adeguamento del proprio umore ad «un mondo interno di pacate emozioni» (Geertz, cit. in Shweder). Attraverso tecniche adeguate di tipo mistico e meditativo anche l'esperienza del lutto può essere affrontata in modo conforme alle prescrizioni con l'esito di livellare gli affetti troppo violenti, considerati pericolosi per il singolo e per la società.

Secondo quanto riporta Schieffelin circa i Kaluli della Nuova Guinea, al contrario, i temperamenti pubblicamente apprezzati nel maschio sarebbero quelli del dinamismo e dell'assertività, caratterizzati da atteggiamento aggressivo e drammatizzazione delle emozioni. Ciò si traduce in un'apprezzamento per l'aperta espressione della rabbia e del dolore in quanto mezzi per comunicare il proprio stato d'animo agli altri e per ottenerne il supporto e la compassione: «un uomo le cui aspettative siano state frustrate o che abbia sofferto torti od ingiurie ad opera di un altro generalmente non reprimerà il suo disappunto e non proverà a controllare la sua collera. Piuttosto è probabile che orchestrerà una splendida e paurosa rappresentazione di rabbia, proiettandosi con minacce e recriminazioni contro il suo rivale (spesso anch'egli in collera) in un mirabile esercizio al limite del rischio che spesso sfocia in violenza» (Schieffelin, 1985, 109). In un contesto che enfatizza l'importanza della reciprocità sociale, tale manifestazione di pathos è da leggersi come potente richiesta di risarcimento e di supporto. Anche la perdita e il lutto verranno espressi attraverso una intensa drammatizzazione degli affetti, che, nel caso delle donne, saranno facilmente veicolati grazie alle modalità della canzone funebre e del pianto rituale. Tale tipo di espressività delle emozioni spiacevoli si traduce, potremmo dire, in una sorta di "socializzazione del dolore" capace di costituire secondo Schieffelin un potente strumento di protezione dalla depressione così come sperimentata e teorizzata altrove. È il diverso riconoscimento sociale che il dolore possiede a segnare il discrimine fra l'esperienza Kaluli e quella occidentale, dal momento che l'uomo o la donna kaluli sembrano poter accedere ad un supporto collettivo e ad una visibilità sociale senza dover assumere specificamente un ruolo di malato.

Del resto, anche senza rivolgerci a contesti esotici, abbiamo numerosi dati a disposizione che ci indicano come un ambiente familiare o prossimo supportivo possa essere considerato un fattore statisticamente protettivo nei confronti della depressione maggiore o comunque

un indicatore di più favorevole prognosi. In quegli ambiti, vicini o lontani, in cui non si realizza una immediata “patologizzazione” della sofferenza, ma questa viene letta proprio in virtù del suo valore comunicativo non necessariamente sintomatico, si può attuare più facilmente una presa in carico collettiva degli affetti spiacevoli che costituisce già, di per sé, una efficace forma di *social support*. E anche Beneduce (1995) ha sottolineato come in Africa il venir meno, in virtù dei processi di modernizzazione e di urbanizzazione segnati dalle logiche della competitività e dell’individualismo, di relazioni familiari e sociali stabili e allargate, nonché della coerenza dei sistemi simbolici che collegano l’individuo al proprio gruppo, costituisce un fattore di rischio non indifferente nel favorire l’insorgere di disturbi *simili* al tipo depressivo.

Gli esempi sopra riportati sono significativi per situare l’esperienza del dolore, del lutto, della perdita, della sofferenza, su un piano che tenga conto radicalmente della dimensione del significato: sembra difficile, forti delle suggestioni della ricerca etnografica sulle emozioni e sulle forme dell’umore, poter troppo disinvoltamente affermare che *quel* dolore, *quel* lutto, *quella* perdita, *quella* sofferenza, siano esattamente gli stessi in ogni dove, indipendentemente dai modi in cui gli uomini somaticamente li percepiscono, cognitivamente li valutano, emotivamente li vivono. La specificità dei modelli comportamentali e rappresentazionali che nella cultura dominante occidentale sono definiti attraverso la categoria della depressione ha indotto alcuni studiosi a porre direttamente o indirettamente la questione della sua ascrivibilità alla lista delle cosiddette *Culture-Bound Syndromes* (Schieffelin, Beeman, Carr e Vitaliano). Questa ipotesi e le considerazioni sul concetto di sindrome culturale verranno analizzate nel prossimo paragrafo.

Ansia e Culture-Bound Syndromes

«L'ansia si definisce, così, come un'esperienza (come un'emozione) chiaro-scurale e crepuscolare, radicata nel terreno enigmatico e imprevedibile (non calcolabile) della condizione umana»

Borgna, 1998, 25.

In una recente rassegna degli studi *cross-cultural* sull'ansia, Kirmayer, Young e Hayton (1995) prendono in esame i tassi di prevalenza di alcuni dei disturbi correlati (secondo la definizione DSM) – disturbo d'ansia generalizzato, disturbo da attacco di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, *Post-Traumatic Stress Disorder*, agorafobia e altre fobie – tentandone una contestualizzazione culturale, anche se in modo quantomeno discutibile. Gli autori osservano infatti come le diverse prescrizioni culturali tendano a mascherare la presenza di tali disfunzioni, universalmente riscontrabili, offrendo loro un contesto di riferimento. Le manifestazioni di tipo compulsivo risulterebbero così, ad esempio, sfumate nei contesti musulmani, dove le rituali prescrizioni di lavaggio cinque volte al giorno prima della preghiera e l'astensione da pensieri blasfemi attraverso la ripetizione di litanie, assorbirebbero già le caratteristiche comportamentali del disturbo all'interno dei contenuti culturali: «la congruenza tra credenze e pratiche religiose e sintomi ossessivo-compulsivi contribuisce così – secondo gli autori – ad abbassare il livello di consapevolezza dell' *irrazionalità dei sintomi*» (Kirmayer, Young e Hayton, 1995, 508, corsivo mio). Gli autori inoltre, pur riconoscendo come le «paure paranoiche» di attacco stregonico non possano essere considerate segno di psicosi in quei contesti dove la stregoneria è considerata pratica comune, invece di trattarle in quanto forme culturali specifiche, che *tra gli altri aspetti* possono render conto della rappresentazione di tensioni sociali, le considerano prove dell'universalità dell'ansia e delle sue manifestazioni. I significati culturali avrebbero quindi un ruolo importante non nel determinare le cause di un'esperienza emotiva patologica, ma nell'influenzarne gli esiti: le prime sarebbero già iscritte nei codici del corpo, mentre i secondi verrebbero semplicemente modulati dalle definizioni culturali in auge. È evidente come questa visione riproponga una delle dicotomie più classiche della ricerca transculturale, risalente già all'epoca dei primissimi studi comparativi di Kraepelin, quella che distingue fra «patogenetico» (la biologia) e «patoplastico» (la cultura), fra forma del malessere (universale) e contenuto (particolare), riveicolando quella stessa immagine di uomo come *layer cake* che Geertz ha stigmatizzato (vedi sopra).

Ora a noi sembra più adeguato porre la questione da un altro punto di vista, che tenga conto in modo più radicale dell'importanza della questione del significato. In questa ottica aderiamo a quella sollecitazione che anni fa aveva motivato Good e Del Vecchio a invocare un «*meaning centered approach to illness reality*» (Good e Del Vecchio, 1984), cioè un approccio alla fenomenologia della sofferenza più attento al senso che questa riveste per la coerenza di un dato sistema culturale (vedi il contributo di Zempléni nel presente testo). Per fare questo dovremo necessariamente allargare il concetto di ansia fino ad includervi tutta una gamma di comportamenti e di rappresentazioni che non coincidono con la pura manifestazione somatica della risposta allo stimolo stressante, bensì comprendono il valore delle emozioni correlate, gli *stressors*, i loro presupposti in termini cognitivi e le loro conseguenze in termini sociali. Parlare dell'ansia come ubiquitaria in virtù del fatto che in determinate situazioni possono prodursi manifestazioni vegetative simili o identiche o per via della somiglianza di alcuni quadri comportamentali, ci sembra, anche alla luce delle considerazioni fatte sulla specificità dei vissuti emotivi, una forma di riduzionismo che rischia di privare di rappresentatività altre concezioni dell'uomo e del corpo, nonché altre abitudini culturali. Se il lavaggio rituale del fedele musulmano può apparentemente somigliare ad un sintomo compulsivo non è perché questi stia esprimendo un disagio o una sofferenza di qualche tipo: egli sta semplicemente adeguandosi ai gesti prescritti dalla propria appartenenza culturale e religiosa. È difficile dire se questo possa andare incontro a chi *naturalmente* già esprime un disturbo ossessivo senza dare per scontato che questo *esista* indipendentemente dal modo di considerarlo. Alcuni comportamenti ripetitivi e cogenti hanno potuto qui da noi essere tipizzati e iscritti in una 'sindrome', hanno cioè acquisito valore e *significato* patognomonico, proprio per via del loro interferire con la vita quotidiana e produttiva dei soggetti che li esprimevano. È evidente come in un ambito islamico il rituale del lavaggio sia qualcosa di radicalmente altro, che non possiede tale significato sintomatico, ma al contrario costituisce la norma sociale alla quale ogni buon musulmano deve tendere. Ciò che rende questa pratica religiosa incommensurabile con una patologia è proprio il significato che essa possiede in quello specifico contesto e non la semplice apparenza comportamentale, la quale spesso cela, l'abbiamo già detto, dietro ad una aleatoria «somiglianza di famiglia» definizioni, rappresentazioni, emozioni distanti e spesso incompatibili.

Se alcune prescrizioni culturali hanno potuto essere assimilate a dei disturbi d'ansia, a maggior ragione questo è stato possibile per condotte considerate anche nei loro contesti di insorgenza come anormale, anormali o devianti. È il caso di alcuni modelli di espressione della sofferenza che, per la loro difficile correlabilità con forme a noi

più familiari, sono state ascritte alla lista delle cosiddette «sindromi culturali» o «*culture-bound syndromes*» ('sindromi legate alla cultura') o ancora «sindromi culturalmente ordinate» (Inglese e Peccarisi, 1997). Si è così evocato il disturbo d'ansia per "spiegare" manifestazioni quali il *koro*, il già citato *dhat* (10), il *susto*, ecc., talvolta trascurando gli elementi di coerenza culturale e sociale che questo tipo di manifestazioni possedevano (e possiedono) in dati momenti della storia di un popolo. Come ha osservato R.E. Bartholomew rispetto al *koro*, l'effetto è stato spesso quello di indurre una «medicalizzazione della devianza esotica» (Bartholomew, 1998), attribuendo un significato patologico a fenomeni di natura prettamente sociologica caratterizzati dalla diffusione di credenze, convinzioni o pratiche particolari su un substrato culturale fertile e recettivo. Il *koro*, questa intensa paura che il pene nell'uomo e più raramente le grandi labbra o le mammelle nella donna stiano ritraendosi e che a questo evento segua la morte, laddove sia pensato esclusivamente come variante di un attacco di panico, non sembra dar conto del fatto che «non esiste una convincente evidenza che indichi che i partecipanti ad episodi collettivi siano psicologicamente disturbati o esibiscano reazioni somatoformi» (Bartholomew, 1998, 5). Quell'insieme di reazioni di *arousal* psicofisiologico che definiscono nel nostro linguaggio una risposta di tipo ansioso, non sono dunque alla base di una patologia che attraverso esse diventa visibile e conclamata, bensì costituiscono una intensa risposta emotiva mediata da dei significati sociali diffusi in un dato gruppo o, più spesso, sottogruppo. L'esempio riportato da Prince relativo alla diffusione ciclica di epidemie del *koro* nell'isola di Hainan (Mar Cinese Meridionale) è in questo senso estremamente rappresentativo.

Prince (1992) ha mostrato come la credenza nella ritrazione del pene, che ha visto dar luogo nel corso del tempo a numerose epidemie di '*suo yang*' (come si definisce il *koro* in lingua locale), sia supportata dall'interazione con altre convinzioni e concetti tradizionali che intrattengono con essa dei precisi rapporti di significazione. Le credenze condivise circa la mancanza di organi genitali negli spiriti, nella potenza vitale rappresentata dal seme in quanto principio maschile o *yang*, nonché nel potere dello spirito della volpe, che, trasformandosi in donna avvenente, può rubare il pene dell'uomo per carpirne il vigore e trasformarsi in essere celeste, sono esplicative della congruenza e della referenzialità che collega fra loro i miti, le rappresentazioni, i vissuti, gli affetti e tutti i significati espressi all'interno della cultura di origine cinese dell'isola di Hainan. La paura della perdita del pene e della morte conseguente si situa all'interno di tale orizzonte di senso, dove vi trova definizione e conferma, diventando, per molti soggetti, anche "evidenza".

La lettura psicopatologica che sta già alla base dell'etichettamento di modelli culturali in termini di "sindrome", che motiva la ricerca di pattern fisiologici riconducibili all'ansia e agli attacchi di panico, si fonda anch'essa, implicitamente o dichiaratamente, sull'idea dell'universalità delle manifestazioni emotive e della sostanziale uniformità delle risposte agli agenti stressanti, visti essenzialmente nelle loro connotazioni naturalistiche. Volendo d'altra parte tentare una lettura comparativa che vada al di là delle specificità locali (fatto sempre problematico ma vitale per qualunque scienza umana) potremmo osservare come l'apparato genitale ben si presti ad un lavoro psicologico di investimento e di conseguente metaforizzazione delle questioni del potere, del vigore, della vitalità, della generatività, e come il tema ricorrente della castrazione sia leggibile proprio a partire dall'esigenza di rendere comunicabile attraverso un codice (e il corpo ne rappresenta senza dubbio la matrice primaria) l'esperienza, questa sì profondamente umana, dell'incertezza, della provvisorietà, dell'*impotenza*. Come osserva Kirmayer «l'equazione fra seme ed energia deriva senza dubbio dalla constatazione fenomenologica che l'ardore sessuale che alimenta l'attrazione [...] è, almeno temporaneamente, raffreddato in seguito all'eiaculazione per essere rimpiazzato da uno stato di tranquillità, di sonnolenza, di passività» (Kirmayer, 1992, 140) (11). Icona di tale energia, il fallo in erezione possiede in molti contesti anche occidentali connotazioni che ne fanno un simbolo di potere, di forza, di autorità, mentre di converso il pene flaccido è considerato segno di inabilità, debolezza, inettitudine e viene fatto oggetto di scherno e di umiliazione.

È precisamente in questi termini che potrebbero essere dunque lette quelle epidemie di *koro* che in Nigeria (Ilechukwu 1992, Ifabumuyi e Rwegellera 1985) o altrove si sono scatenate proprio a partire dalla supposta azione malefica di stranieri (spesso bianchi) il cui furto magico era pensato accrescere un potere già ampiamente visibile e minaccioso. È sempre secondo questa chiave di lettura che può essere interpretato un altro caso di epidemia di *koro*, riportato da Prince (1992) che si diffuse nel nord-est della Thailandia nel 1976, quando alta era la conflittualità nella zona nonché la paura di una invasione vietnamita. I commercianti vietnamiti, economicamente potenti agli occhi dei locali, furono sospettati di avvelenare i generi alimentari allo scopo di minare la fertilità dei Thai e il loro vigore, rappresentato qui in modo evidente dalla potenza sessuale. Un ulteriore caso commentato anche da Murphy (1982) riguarda l'epidemia di '*shook-yang*' innescatasi a Singapore nel 1967, quando quasi tutta la popolazione cinese (circa 500 individui) presentò i segni del *koro* in relazione alle voci di un avvelenamento di cibo (maiale in particolare, consumato dalla popolazione di origine cinese ma non da quella malese). Il conflitto fra Cina e Malesia in

occasione del ritiro delle truppe britanniche dall'ex colonia si trasforma, secondo Murphy, nel timore di un genocidio a danno dei cinesi che prende la forma del *koro*. Potremmo osservare come anche in questo caso la paura dell'impotenza, dell'annientamento, della perdita di potere, la "*crisi della presenza*" di un intero soggetto collettivo, ne investa i corpi trasfigurandone le angosce (gli affetti) in una rappresentazione socialmente formulabile. Una lettura di tali eventi in chiave esclusivamente psicopatologica (che, lo ricordiamo, costituisce già al suo nascere una semplificazione puramente cognitiva) tende ad appiattirne lo spessore, a ridurne la complessità dei significati, contribuisce ad occultare quei conflitti che, su più livelli, si giocano in ogni manifestazione della sofferenza.

Queste conseguenze, che si rendono visibili in particolare per il *koro* nelle sue forme epidemiche, sono d'altra parte condivise da tutte le altre *culture-bound syndromes*, considerate spesso come forme patologiche spurie, e quindi "culturali", solo perché non assimilabili direttamente alle categorie ontologiche della psicopatologia. La sua definizione come classe di malattie «*culture-bound* nel senso che la relativa tipologia sintomatologica è inusuale e determinata da fattori culturali sia nella forma che nella frequenza» (Yap, cit. in Ciminelli 1998, 95) fa sì che il termine venga usato per identificare tutto ciò che in qualche modo è strano o non apparentemente conforme all'idea abituale di disturbo psichico. Il procedimento è indirettamente presente in tutta la sua problematicità nell'uso che ne fa Leff, il quale, commentando uno studio di Beiser e al. sulle categorie di malattia presso i *Serer* del Senegal afferma che «si è riusciti a classificare tutti i disturbi contemplati nella cultura *serer* per mezzo dei categorie psichiatriche occidentali, con l'eccezione del *Pobouh Lang* (12), che è infatti una sindrome dipendente da fattori culturali e richiede quindi uno studio specifico» (Leff, 1992, 38-39). Secondo questo modello implicito tutto ciò che non è correlabile ad un tipo di diagnosi noto diventa automaticamente «*culture-bound syndrome*»: questo rende i risultati delle ricerche difficilmente falsificabili poiché il modello dei ricercatori usa come elemento di conferma anche l'anomalia, che, al contrario, dovrebbe costituire uno spunto di problematizzazione e messa in crisi del modello. Il concetto di sindrome culturale è così «categoria residuale» (Hahn cit. in Ciminelli 1997 e 1998, Collignon 1991), funzionale ad uno sguardo ipostatizzante, che osserva e tratta le affezioni "esotiche" come variazioni culturali di prototipi clinici universali, continuando a perpetuare un diniego ormai sospetto verso le numerosissime evidenze circa le determinanti sociali e culturali della malattia. Criticando la stesura definitiva dell'ultima versione del DSM (la quarta), Hughes osserva che «una volta che le definizioni culturali siano accettate come parte di tutte le categorie diagnostiche, non è più necessario raggruppare pochi o

tanti) specifici modelli di comportamento culturalmente determinati in una classe disgiuntiva come quella di “CBS”» (Hughes, 1998, 420), e ciò nella misura in cui risulta evidente come *ogni* malattia sia specifica e localizzata, fondandosi su definizioni del soggetto peculiari, su vissuti emotivi contestuali e su processi rappresentativi particolari. Il concetto di «sindrome legata alla cultura» perde dunque di referenti differenziali poiché tutto potenzialmente vi può rientrare, ed è questa l'esperienza che oggi abbiamo con le categorie che riguardano le CBS, che si ampliano a dismisura e che, a seconda degli autori, arrivano ad includere pattern comportamentali che con la patologia *strictu sensu* hanno ben poco a che vedere: vi sono stati variamente assimilati gli stati di trance, la credenza nella possessione, le morti vudù, i parasuicidi, l'agorafobia, l'obesità e l'anoressia, l'esibizionismo, la tossicodipendenza e le overdosi, la paura degli spiriti, la stregoneria, la stanchezza, in un elenco che sembra allungarsi indefinitamente, fino a comprendere ogni tipo di manifestazione del “linguaggio del dolore”. È solo ed esclusivamente per questo motivo che non si ritiene utile né significativo proporre in questa sede l'iscrizione dei ‘disturbi d'ansia’ e dei ‘disturbi dell'umore’ a tale categoria: non per il fatto che si tratti di figure universali o basilari, ma proprio perché ogni definizione patologica, e a maggior ragione psico-patologica, è da considerarsi culturalmente specifica (e dunque *culture-bound*). Lo studio antropologico della malattia svela una contraddizione la cui portata è al contempo tragica ed epistemologicamente illuminante: non è un dato di fatto né una supposta “verità biologica”, bensì una teoria egemonica, dunque un potere, che stabilisce che un criterio di riferimento piuttosto che un altro (tristezza invece che perdita del seme) debba essere applicato universalmente per decidere della salute o della malattia.

NOTE

- (1) Una rappresentazione dell'uomo cosiddetta «scientifica», che, possiamo dire, non è altro che una particolare forma di rappresentazione culturale.
- (2) Come ha osservato White (1992) la coerenza e la forza del discorso culturale è questione di pratiche sociali più che di idee.
- (3) A questo proposito Geertz parla di «aura di fattualità» per definire quella coerenza interna, quella autosostenibilità che permette ad ogni sistema di simboli di dirsi vero.
- (4) Non altrettanto si può dire per altre concezioni dell'uomo. Si veda ad esempio in Lutz (1985) il concetto Ifaluk di *numuan* (pensiero / sentimento), carattere indispensabile di ogni adulto intelligente e socialmente adeguato.
- (5) Ammesso che ne esista *una*. Sulla reale opportunità di considerare la psichiatria in Occidente come un corpus univoco di conoscenze omogenee e di metodologie standardizzate il dibattito è aperto. Numerosi studi comparativi si sono focalizzati sulle procedure diagnostiche degli psichiatri in varie parti del mondo «occidentale» giungendo a risultati attestanti l'assoluta mancanza di criteri univoci. I confronti effettuati fra Gran Bretagna e Stati Uniti, fra Gran Bretagna e Francia, fra Stati Uniti e Unione Sovietica e all'interno del Regno Unito hanno dimostrato che il processo diagnostico è molto più diversificato ed eterogeneo di quanto comunemente si creda, che le sindromi evidenziate hanno nomi diversi e che i sintomi hanno spesso differenti criteri di attribuzione (Helman, 1994 e Leff, 1992).
- (6) Più tardi, e con esplicito riferimento alle contraddizioni della psichiatria transculturale, definirà il concetto «reificazione di una categoria nosologica sviluppata per un particolare gruppo culturale applicata in seguito ai membri di un'altra cultura, per i quali manca di coerenza e la cui validità non è stata stabilita» (Kleinman, 1987).
- (7) Littlewood mette in evidenza che questo assunto pregiudiziale è frequente anche per le donne, o in genere per le categorie deboli: «La "non-verbalità" è sempre stato un attributo comunemente destinato ai gruppi non dominanti, incluse le donne e le classi lavoratrici» (1992, 9).
- (8) È dunque lecito domandarsi in base a quali indici si possa definire questo stato del paziente come «depressione», dal momento che i segni fisici manifesti rimandano a tutt'altro ambito di riferimento e i pazienti stessi, come riporta Helman, «frequentemente negano di sentirsi depressi o di avere alcun problema personale» (1994, 267). Siamo probabilmente di fronte ad un caso di «fallacia categoriale», nella misura in cui si assume che a determinati *life events* quali la perdita, la frustrazione ripetuta o lo sradicamento debbano necessariamente fare seguito manifestazioni di tipo depressivo, che dunque vedono, nelle risposte corporee, forme improprie. Non si vuole negare qui che tali eventi possano dar luogo a qualche tipo di scompensamento, ma mettere in dubbio l'adeguatezza di un'iscrizione ad un registro così culturalmente connotato quale è quello depressivo (vedi oltre). Anche Marsella (cit. in Schieffelin, 1985) sottolineava come le differenze nell'espressione dei sintomi sono così radicali da far pensare a disturbi differenti.
- (9) Inteso in senso batesoniano in quanto «espressione di un sistema culturalmente organizzato degli istinti e delle emozioni degli individui» (Bateson, 1988).
- (10) Nel tentativo di ricercare sovrapposizioni con le categorie psichiatriche ufficiali spesso molte CBS hanno ricevuto dagli studiosi diversi e molteplici appellamenti: ansia, depressione, schizofrenia, epilessia, isteria sono categorie che si sono variamente succedute e giustapposte per dar ragione di *amok*, *koro*, *dhat*, *susto*, *pibloktoq*, *whitigo*, per citare solo i casi più conosciuti, evidenziando chiaramente i problemi sollevati da tali ascrizioni.
- (11) È analogamente intuibile come la donna possa essere con facilità associata ad un'entità sottrattrice dell'energia maschile e del suo potere generativo, che nel mito prende la forma della strega, della creatura ermafrodita, della mantide che copula e divora, dello spirito che si trasforma per rubare vigore agli esseri umani (vedi Prince, 1992; Kirmayer, 1992; Bottéro, 1993; Paris, 1992).

(12) «La gente che mangia la terra; cosa questa che i Serer considerano normale nelle donne gravide o nei bambini prima dello svezzamento, ma che è ritenuto in tutti gli altri casi un sintomo patologico» (Leff, 1992, 38).

BIBLIOGRAFIA

- ALLOVIO, S., FAVOLE, A. (a cura di) 1996. *Le fucine rituali. Temi di antropo-poiesi*, Torino, Il Segnalibro.
- AUGÉ, M. 1986. «Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento», in AUGÉ, M., HERZLICH, C., *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il Saggiatore, p. 33-85.
- AUGE, M. 1988. *Le dieu objet*, Paris, Flammarion.
- BARTHOLOMEW, R.E. 1998. «The Medicalization of Exotic Deviance: A Sociological Perspective on Epidemic Koro», *Transcultural Psychiatry*, 35 (1), p. 5-38.
- BATESON, G. 1988. *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*, Torino, Einaudi.
- BEEMAN, W.O. 1985. «Dimensions of Ddisphoria: The view from Linguistic Anthropology», in KLEINMAN, A., GOOD, B., *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press, p. 216-243.
- BENEDUCE, R. 1995. «Figure della morte e depressione nelle culture africane», in BENEDUCE, R., COLLIGNON, R. *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Napoli, Liguori, p. 7-40.
- BENEDUCE, R. 1996. «Mental Disorders and Traditional Healing Systems among the Dogon (Mali, West Africa)», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 33, p. 189-220.
- BHATIA, M.S., MALIK, S.C. 1991. «Dhat syndrome – A useful diagnostic entity in Indian Culture», *British Journal of Psychiatry*, 159, p. 691-695.
- BIBEAU, G. 1978. «L'organisation Ngbandi des noms de maladies», *Antropologie et Societé*, 2 (3), p.83-116.
- BIBEAU, G. 1979. *De la maladie à la guérison. Essai d'analyse systématique de la médecine des Angbandi du Zaïre*, Thèse doctorale, Université Laval, Quebec.
- BIBEAU, G. 1995. «Premesse per un'epidemiologia antropologica della depressione», in BENEDUCE, R., COLLIGNON, R. *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Napoli, Liguori, p. 41-59.
- BORGNA, E. 1998. *Le figure dell'ansia*, Milano, Feltrinelli.
- BOTTÉRO, A. 1993. «Dépression, spermatorrhée et "Culture-Bound Syndromes"», *I Fogli di Oriss*, 2, p. 7-30.
- BRIGGS, J.L. 1970. *Never in Anger*, Cambridge, Harvard University Press.
- CAUGHEY, J.L. 1980. «Personal Identity and Social Organization», *Ethos*, 8, p. 173-203.
- CIMINELLI, M.L. 1997. «Culture-bound syndromes: un concetto vago e di dubbia utilità», *AM*, 3-4, p. 247-280.
- CIMINELLI, M.L. 1998. « La decostruzione del concetto di Culture-Bound Syndrome », in LANTERNARI, V., CIMINELLI, M.L. *Medicina, magia, religione, valori. Vol.II: Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Napoli, Liguori, p. 85-108.
- COLLIGNON, R. 1991. «Pour un retour sur les "Culture-Bound Syndromes" en psychiatrie transculturelle», in LAVALLEE, M., OUELLET, F., LAROSE, F. *Identité, culture et changement social*, Paris, L'Harmattan, p. 394-404.
- DEVEREUX, G. 1973. *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma.
- EIBL-EIBESFELDT, I. 1980. «Strategies of Social Interaction», in PLUTCHIK, R., KELLERMAN, H. *Emotion: Theory, Research and Experience*, New York, Academic, p. 57-80.

- EKMAN, P. 1980a. «Biological and Cultural Contributions to Body and Facial Movements in the Expressions of Emotions», in RORTY, A. *Explaining Emotions*, Berkeley, University of California Press, p. 73-101.
- EKMAN, P. 1980b. *Face of Man: Universal Expression in a New Guinea Village*, New York, Garland.
- EKMAN, P. 1984. «Expression and the Nature of Emotion», in SCHERER, K., EKMAN, P. *Approaches to Emotion*, Hillsdale, Erlbaum, p. 319-343.
- FABIETTI, U. 1995. *L'identità etnica*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- GEERTZ, C. 1987. *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino.
- GOOD, B.V., DEL VECCHIO, M.J. 1984. «Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories», in MARSELLA A.J., WHITE, G.M. *Cultural conceptions of mental health and therapy*, Reidel, Dordrecht.
- HALLOWELL, A.I. 1967. «The Self and its Behavioral Environment», in *Culture and Experience*, New York, Schocken Books (ed. orig. 1954).
- HELMAN, C.G. 1994-3^a ed. riv. *Culture, Health and Illness*, Oxford, Butterworth-Heinemann.
- HUGHES, C.C. 1998. «The Glossary of 'Culture-Bound Syndromes' in DSM IV: A Critique», *Transcultural Psychiatry*, 35 (3), p. 413-421.
- IFABUMUYI, O.I., RWEGELLERA, G.G.C. 1985. «Koro in a Nigerian Male Patient: A Case Report», in SIMONS, R.C., HUGHES, C.C. *The Culture-Bound Syndromes*, Dordrecht, Reidel.
- ILECHUKWU, S.T.C. 1992. «Magical Penis Loss in Nigeria: Report of a Recent Epidemic of a Koro-Like Syndrome», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29 (1), p. 91-108.
- INGLESE, S., PECCARISI, C. 1997. *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, Milano, Utet Periodici Scientifici.
- KEYES, C.F. 1985. «The Interpretative Basis of Depression», in KLEINMAN, A., GOOD, B., *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press, p. 153-174.
- KIRMAYER, L.J., YOUNG, A., HAYTON, B.C. 1995. «The Cultural Context of Anxiety Disorders», *The Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3), p. 503-521.
- KIRMAYER, L.J. 1992. «From the Witches' Hammer to the Oedipus Complex: Castration Anxiety in Western Society», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29 (1), p. 133-158.
- KLEINMAN, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*, Los Angeles, University of California Press.
- KLEINMAN, A. 1986. *Social Origins of Distress and Disease*, New Haven, Yale University Press.
- KLEINMAN, A. 1987. «Anthropology and Psychiatry», *British Journal of Psychiatry*, 151, p. 447-454.
- KLEINMAN, A. 1996. *Writing at the Margins*, Berkeley, University of California Press.
- LEFF, J. 1992. *Psichiatria e culture*, Torino, Sonda.
- LEIGHTON, A. e al. 1963. *Psychiatric Disorders among the Yoruba*, New York, Cornell University Press.
- LÉVI-BRUHL, L. 1971. *La mentalità primitiva*, Torino, Einaudi.
- LINDHOLM, C. 1982. *Generosity and Jealousy: The Swat Pukhtun of Northern Pakistan*, New York, Columbia University Press.
- LITTLEWOOD, R. 1990. «From Categories to Context: A Decade of the "New Cross-Cultural Psychiatry"», *British Journal of Psychiatry*, 156, p.308-327.
- LITTLEWOOD, R. 1992. «Towards An Intercultural Therapy», in KAREEM J., LITTLEWOOD R., *Intercultural Therapy*, Oxford, Blackwell, p.3-13.
- LUTZ, C. 1985. «Depression and the Translation of Emotional Worlds», in KLEINMAN, A., GOOD, B. *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press, p. 63-100.
- LUTZ, C. 1988. *Unnatural Emotions. Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and their Challenge to Western Theory*, Chicago, University of Chicago Press.

- LUTZ, C., WHITE, G.M., «The Anthropology of Emotions», *Annual Review of Anthropology*, 15, p. 405-436.
- MURPHY, H.B.M. 1982. *Comparative psychiatry*. New York, Springer-Verlag.
- OBEYESEKERE, G. 1985. «Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka», in KLEINMAN, A., GOOD, B. *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press, p. 134-152.
- OMS 1974. *The International Pilot Study of Schizophrenia*, Vol. 1, Genève, OMS.
- OTS, T. 1990. «The angry liver, the anxious heart and the melancholy spleen», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, p. 21-58.
- PARIS, J. 1992. «Dhat: The Semen Loss Anxiety Syndrome», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29 (1), p. 109-118.
- PRINCE, R. 1992. «Koro and the Fox Spirit on Hainan Island (China)», *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29 (1), p. 119-132.
- REMOTTI, F. (a cura) 1997. *Le antropologie degli altri. Saggi di etno-antropologia*, Torino, Scritorium.
- REMOTTI, F. 1996a. *Contro l'identità*, Roma-Bari, Laterza.
- REMOTTI, F. 1996b. «"Che il nostro viaggio generi degli uomini": processi rituali di antro-po-gesi nande», in BUFFA, C., FACCI, S., PENNACINI, C., REMOTTI, F., *Etnomografia nande III. Musica, danze, rituali*, Torino, Il Segnalibro, p. 163-245.
- REMOTTI, F. 1996c. «Tesi per una prospettiva antro-poietica», Introduzione a ALLOVIO, S., FAVOLE, A., *Le fucine rituali. Temi di antro-poiesi*, Torino, Il Segnalibro, p. 9-25.
- ROSALDO, M. 1980. *Knowledge and Passion: Ilongot notions of Self and Social Life*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ROSALDO, M. 1984. «Toward an anthropology of self and feeling», in SHWEDER, R. e LEVINE, R.A. *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 137-157.
- SCHIEFFELIN, E.L. 1985. «The Cultural Analysis of Depressive Affect: An Example from New Guinea», in KLEINMAN, A., GOOD, B. *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press, p. 182-215.
- SHWEDER, R.A. 1985. «Menstrual Pollution, Soul Loss, and the Comparative Study of Emotions», in KLEINMAN, A., GOOD, B. *Culture and Depression*, Berkeley, University of California Press, p. 182-215.
- SINGH, G. 1995. «Dhat syndrome revisited», *Indian Journal of Psychiatry*, 27, p. 119-122.
- SPIRO, M. 1984. «Reflections on Cultural Determinism and Relativism with Special Reference to Emotion and Reason», in SHWEDER, R., LEVINE, R.A. *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 333-346.
- TAMBAH, S.J. 1993. *Magia, Scienza, Religione*, Napoli, Guida.
- WHITE, G.M. 1992. «Ethnopsychology», in SCHWARTZ, T., WHITE, G.M., LUTZ, C. *New Directions in Psychological Anthropology*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WIERTZBICKA, A. 1988. «Emotions across Culture: Similarities and Differences», *American Anthropologist*, 90, p. 982-983.
- ZEMPLINI, A. 1969. «La terapia tradizionale des troubles mentaux chez les Wolof et les Lebou (Senegal)», *Social Science and Medicine*, 3, p.191-202.