

Volumen 40 • I 2006

ISSN 0185-1225

ANALES DE ANTROPOLOGÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



INSTITUTO DE
INVESTIGACIONES
ANTROPOLOGICAS

Anales de Antropología

FUNDADOR JUAN COMAS

CONSEJO EDITORIAL

Lyle Campbell, Universidad de Canterbury

Milka Castro, Universidad de Chile

Gian Franco De Stefano, Universidad de Roma

Mercedes Fernández-Martorell, Universidad de Barcelona

Santiago Genovés, Universidad Nacional Autónoma de México

David Grove, Universidad de Illinois, Universidad de Florida

Jane Hill, Universidad de Arizona

Kenneth Hirth, Universidad Estatal de Pennsylvania

Alfredo López Austin, Universidad Nacional Autónoma de México

Joyce Marcus, Universidad de Michigan

Katarzyna Mikulska, Universidad de Varsovia

Carlos Navarrete, Universidad Nacional Autónoma de México

Kazuyazu Ochiai, Universidad de Hitotsubashi

Luis Vásquez, CIESAS Occidente

Cosimo Zene, Universidad de Londres

EDITORES ASOCIADOS

Yolanda Lastra, Universidad Nacional Autónoma de México

Rodrigo Liendo, Universidad Nacional Autónoma de México

Rafael Pérez-Taylor, Universidad Nacional Autónoma de México

Carlos Serrano Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de México

EDITOR

Mario Castillo, Universidad Nacional Autónoma de México

Anales de Antropología, vol. 40-I, 2006, es editada por el Instituto de Investigaciones

Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F. ISSN: 0185-1225. Certificado de licitud

de título (en trámite), Certificado de licitud de contenido (en trámite), reserva al título de Derechos de Autor 04-2002-111910213800-102.

Se terminó de imprimir en mayo de 2007, en *Robles Hermanos y Asociados, S.A. de C.V.*, México,

D.F. La edición consta de 500 ejemplares en papel cultural de 90g; responsable de la obra: Mario

Castillo; la composición la hicieron Ada Ligia Torres y Martha Elba González en el IIA; en ella se

emplearon tipos Tiasco y Futura de 8, 9, 11 y 12 puntos. La corrección de estilo en español estuvo

a cargo de Adriana Incháustegui; la edición estuvo al cuidado de Ada Ligia Torres y Héliida De

Sales. Diseño de portada: Martha González. Adquisición de ejemplares: librería del Instituto de

Investigaciones Antropológicas, UNAM, Circuito Exterior s/n, Ciudad Universitaria, C.P. 04510,

México, D.F., tel. 5622-9654, e-mail: libroia@servidor.unam.mx

ENFERMEDAD, PERSONA Y SABERES DE LA CURACIÓN. ENTRE LA CULTURA Y LA HISTORIA*

Roberto Beneduce

Departamento de Antropología, Universidad de Turín, Italia

Resumen: El artículo intenta acercarse a un complejo análisis teórico-metodológico de la antropología médica, de la salud y de la psiquiatría transcultural, finalmente de la etnopsiquiatría.

Tanto a través de una atenta reconstrucción histórica de los autores y de las corrientes a las que éstos dieron vida, como de una perspectiva analítico crítica, se acerca a las varias “etnopsicologías” y profundiza en las contribuciones y limitaciones de los conceptos que se construyeron desde los lenguajes psiquiátrico y antropológico. Enfatiza, además, cómo estos conceptos delimitaron el campo de estudio de cada disciplina fragmentando de esta manera el diálogo científico.

Por otro lado, el artículo señala la necesidad de considerar las diferencias culturales de la salud y de la enfermedad haciendo hincapié en la necesidad de no universalizar los datos, sino de considerar los códigos locales: estructura simbólica, ideológica y social.

Palabras clave: etnopsiquiatría, antropología transcultural, etnomedicina.

Abstract: The article tries to come closer to a complex theoretical-methodological analysis of the medical anthropology, of the health and of the psychiatry transcultural, finally of the ethnopsychiatry.

So much through an attentive historical reconstruction of the authors and of the currents to those that these gave life, as of a perspective analytic critic, it comes closer to the several “ethnopsychology” deepening in the contributions and limitations of the concepts that were built from the psychiatric language and from the anthropological one. It emphasizes, also, how these concepts defined the field of study of each discipline taking a risk to break into fragments this way the scientific dialogue.

On the other hand, the article puts emphasis in the necessity of considering the cultural differences of the health and of the illness of the contexts that it take in consideration emphasizing in the necessity of not universalizing the data but of considering the local codes: it structures symbolic, ideological and social.

Keywords: ethnopsychiatry, transcultural anthropology, ethnomedicine.

*Traducción de la doctora Miriam Castaldo Cossa.

Il lavoro interdisciplinare di cui tanto oggi si parla, non è un confronto tra discipline già costituite (nessuna delle quali in fondo è disposta a lasciarsi andare). Per fare qualcosa di interdisciplinare non basta scegliere un “soggetto” (un tema) e raccogliervi attorno due o tre scienze. L’interdisciplinarietà consiste nel creare un nuovo oggetto che non appartiene a nessuno.¹

R. Barthes

Si la antropología cultural fue radicalmente repensada y lo mismo ocurrió con la psiquiatría, quizá también para la etnopsiquiatría llegó el tiempo de repensar sus métodos y sus objetivos de investigación, pero sobre todo, los instrumentos de su propia actividad clínica, a la que han sido dirigidas las críticas más severas.

Durante este siglo, el estudio de la relación entre cultura, sicopatología y terapia de las enfermedades mentales, asumió varios nombres y connotaciones. Marsella (cuadro 1) en un trabajo reciente recordó² las principales denominaciones propuestas, pero en su cuidadosa reseña se confiere poca importancia al hecho de que, ya en 1953, el primero que propuso el término “etnopsiquiatría” fue probablemente el psiquiatra colonial John Colin Dixon Carothers (*The African Mind in Health and Disease. A Study in Ethnopsychiatry*).³

¹ El trabajo interdisciplinario, del que tanto se habla hoy, no es una confrontación entre disciplinas ya constituidas (ninguna de las cuales, a fin de cuentas, debe descuidarse). Para hacer algo interdisciplinario no es suficiente escoger un “sujeto” (un tema) y reunir dos o tres ciencias en torno a éste. La interdisciplinarietà consiste en crear un nuevo sujeto que no pertenece a nadie.

² Aunque, según Devereux, el primero que habló de “etnopsiquiatría” fue Louis Mars, psiquiatra haitiano.

³ El trabajo publicado por Frantz Fanon en la revista *Esprit*, en febrero de 1952 titulado “Le syndrome nordafricain”, constituye una feliz excepción que quizás se puede considerar como el momento inaugural de una etnopsiquiatría crítica y autorreflexiva. Joven interno de psiquiatría (tenía sólo 25 años), Fanon frecuentaba el hospital de Grange-Blanche, en donde se practicaba la psiquiatría organicista del profesor Dechaume. Alice Cherki recuerda que Fanon en su breve artículo no nos ofrece el análisis de una enésima *cultur bound syndrome*, como dejaría pensar el título, sino una profunda y valiente crítica respecto a la actitud de muchos psiquiatras y psicólogos de aquella época en cuyo lenguaje el Otro es descrito a menudo con términos despreciativos de *bicot, bougnole, raton, melon*. Según Fanon el obrero norafricano, exiliado de su país y separado de su familia, no podía encontrar audiencia en la metrópoli del país colonial por parte de un cuerpo médico racista e indiferente. Ridiculizado y humillado, él no lograba que percibieran su dolor de “hombre que moría cotidianamente”, que vive en un sentimiento de total inseguridad, amenazado en su afectividad social (citado en Cherki, 2000: 32).

Cuadro 1

Nombres atribuidos en el siglo XX al estudio de la relación entre cultura y sicopatología (Marsella, 1979 y 1993, modificada)

1904	Kräpelin	Psiquiatría comparada
1940	Devereux	Psiquiatría primitiva
1945	Aubin	Etnopsicopatología
1951	Gallais et Planques	Perspectivas etnopsiquiátricas
1953	Carothers	Etnopsiquiatría
1955	Slotkin	Cultura y sicopatología
1957	Mars	Etnopsiquiatría
1956	Devereux	Antropología psiquiátrica
1960	Field	Etnopsiquiatría
1961	Devereux	Etnopsiquiatría
1961	Kaelbing	Sicopatología comparativa
1964	Kiev	Psiquiatría folclórica
1965	Wittkover y Rin	Psiquiatría transcultural
1965	Murphy y Leighton	Psiquiatría a través de las culturas
1967	Weinberg	Sociología psiquiátrica
1973	Kennedy	Psiquiatría cultural
1977	Crapanzano	Etnopsiquiatría
1977	Kleinman	Nueva psiquiatría transcultural
1982	Murphy	Psiquiatría comparativa

El olvido de este hecho, además de ser relevante desde la perspectiva filológica e histórica, amenaza con dejar en la sombra un aspecto muy significativo: la etnopsiquiatría nace en un contexto marcado por relaciones de dominio, definido por una violencia simbólica y material en cuyo interior cada discurso sobre el Otro y sobre la Alteridad adquiere un perfil oscuro; el Otro cultural y el Otro patológico se superponen, constituyendo una doble alteridad que no deja espacio ni a una auténtica relación de curación, ni a una posibilidad de comprensión del significado del sufrimiento y de sus particulares idiomas en otros contextos (véase Collignon, 1997; McCulloch, 1995; Vaughan, 1991).

Aceptar la invitación de pensar la diferencia cultural y las condiciones de la producción del conocimiento antropológico dentro de la cual se definieron los conceptos “situación colonial” y “postcolonial” (Balandier, 1955; Mbembe, 2001) significa, en nuestro caso, repensar la etnopsiquiatría en un horizonte histórico y político preciso (el colonial), que diferencie desarrollos, categorías y contradicciones de los mismos.

Las investigaciones sobre la función de los factores socioculturales en la etiología y en la clasificación de los trastornos mentales, o en su indiferente

distribución, sintomatología y evolución, dominaron desde su origen este nuevo (y todavía incierto) campo disciplinario. Sin embargo, las relaciones entre antropología y psiquiatría no representaron un ejemplo de alianza fácil; por ejemplo, son notorias las reservas expresadas por los antropólogos con respecto al evolucionismo y al etnocentrismo, presentes todavía hoy en buena parte de la psiquiatría transcultural. Algunos autores pensaron reconocer las raíces de esta desconfianza en la perplejidad ya expresada por Durkheim hacia cualquier modelo o interpretación de la sociedad que hiciera referencia a explicaciones de orden psicológico.

En el transcurso de los años la psiquiatría se volvió más sensible a la necesidad de una reorientación de sus modelos en sentido antropológico. Estudios ya famosos como el International Pilot Study of Schizophrenia (WHO, 1973), realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años 60, pueden justamente ser considerados ejemplares debido a que se reconocía el valor del contexto para determinar el proceso y la prognosis de una enfermedad mental particular: la esquizofrenia. También debido a los cuestionamientos inherentes a los métodos de relevación y al grado de pertinencia de los cuestionarios utilizados en diferentes regiones del mundo. Muchos de estos problemas se abordaron durante el debate que acompañó a la análoga investigación sobre la depresión (*Depressive Disorders in Different Cultures. Report on the WHO, Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorder*: WHO, 1983).

Pero, ¿cómo se describe hoy la etnopsiquiatría? En el folleto que ilustra las actividades del Centro Georges Devereux (dirigido en los años pasados por Tobie Nathan en París y más recientemente por Lucien Houunkpatin) leemos: “La etnopsiquiatría puede ser definida como una técnica psicoterapéutica que otorga la misma importancia a la dimensión cultural del trastorno; por un lado se hace cargo de éste, y por el otro del análisis de los funcionamientos psíquicos internos. En el plan teórico la disciplina se constituye sobre un principio metodológico: el complementarismo, y sobre dos discursos, el del psicoanálisis y el de la antropología”.

Esta definición, si bien cautivante, no está exenta de problemas. Como se sabe, desde una perspectiva transcultural es difícil definir qué es un “trastorno”. Si bien esto es posible para las formas más relevantes, acaban por coincidir aquellas cuya observación es conducida por el sentido común y aquella producida por los más sofisticados modelos teóricos. De igual forma se acepta el surgimiento de los problemas que necesitan una intervención por parte de la comunidad o de sus técnicos. Esta posibilidad se vuelve aún más borrosa para las formas menores, pero no menos importantes, de sufrimiento psíquico y

para aquellas en donde se ponen en juego los códigos culturales (y mutables) de la norma y la desviación.

De hecho, la etnopsiquiatría no siempre se mostró capaz de la necesaria torsión autoreflexiva que el prefijo *etno* también destacaba.⁴ En otras palabras, expreso la sospecha de que no se ha desarrollado adecuadamente la capacidad de someter a una oportuna relativización cultural nuestros instrumentos, categorías o modelos teóricos; es más, se continúa dotándolos de un supuesto valor universal.

Efectivamente, son pocos los autores que hicieron énfasis en que la psicología y la psiquiatría occidentales se deben considerar como algunas entre las muchas “etnopsicologías” o “etnopsiquiatrías” (Lutz, 1985; Simons, 1985). Se necesita regresar a Fanon y a sus críticas rigurosas, para encontrar una clara conciencia de que los exámenes psicodiagnósticos, como el TAT, producían resultados dudosos al aplicarse a personas que provenían de otros contextos socioculturales y que además se insertaban en un ámbito violento y supresor, como la época colonial.⁵

Las diferencias sociales y culturales fueron consideradas a menudo, incluso por los psiquiatras empeñados en contextos no occidentales, como irrelevantes a los fines diagnósticos o terapéuticos de pacientes con trastornos del comportamiento. Al contrario, se utilizaron impropriamente para sostener una interpretación cultural y psicológica de comportamientos que tienen otros significados. Este es el caso de Octave Mannoni (1990), psiquiatra iluminado, que en su análisis de la población del Madagascar arriesga interpretaciones escasamente fundadas en el conocimiento de las culturas locales para explicar el comportamiento revolucionario contra los colonizadores franceses. En su célebre libro *Psychologie de la colonisation*, Mannoni no se exime de interpretar en clave psicoanalítica los sueños de ansia y de incertidumbre de adultos y niños que vivían en un contexto de material y generalizado atropello cotidiano. El juicio de Maurice Bloch, antropólogo que realizó investigaciones en Madagascar, es muy severo al respecto:

The reason for this misunderstanding is simple; it is Mannoni's arrogance. It is not the racist arrogance of the white man [...] it is the arrogance of the psychoanalyst or anthro-

⁴ Muchas de sus observaciones metodológicas podrían ser válidas también para los inmigrados que actualmente son atendidos por servicios sanitarios, incapaces de reflexionar sobre sus propias prácticas y categorías y que se preocupan sólo de producir diagnosis (Beneduce, 2003; Sayad, 2002).

⁵ El acre comentario fue expresado por Müller (1993).

pologist, who unthinkingly comes to indulge in the different but no less objectionable claim to superiority that this professional knowledge apparently gives him [...] ultimately, Mannoni disguises his ignorance of Malgasy motives only by substituting other motives deduced from theories originating in the highly specific intellectual tradition of his own culture (Bloch, 1990: XVIII-XIX).

Un ejemplo más reciente, el libro de Pradelle de Latour, *Ethnopsychanalyse en pays bamiléké*, deja la sensación de que la interpretación psicoanalítica representa un dispositivo capaz de abrir cualquier puerta. Sin preocuparse demasiado por la posibilidad de hacer desaparecer el objeto mismo de la investigación, el autor acaba por “ignorar con soberbia el contexto etnográfico cuando plantea algunas de sus demostraciones lacanianas”.⁶ Pero quedan todavía otros problemas: ¿los funcionamientos psíquicos “internos” son tales por estatuto ontológico o, más bien, son definidos (pensados, narrados) con referencia a coordenadas específicas histórico-culturales? En otros términos ¿es siempre posible distinguir una parte cultural y una parte interna? O más bien, ¿no tendremos que reconocer, como lo hizo La Barre, que en el juego de las reverberaciones, característico del “animal social” es difícil decir cuánto corresponde a una parte y cuánto a la otra?

El camino abierto por un pequeño prefijo puede, por lo tanto, hacer que vacilen los presupuestos tradicionales y generar conspicuas interrogantes, más aún cuando la etnopsiquiatría se inclina hacia el sentido de horizonte terapéutico. Nathan (1993), prosiguiendo su trabajo crítico sobre los conceptos clave del psicoanálisis y sobre la posibilidad de su adaptación a un *setting* multicultural, propuso en efecto, considerar la etnopsiquiatría como una “práctica clínica específica que volvió necesaria una redefinición del paisaje teórico y de los habituales espacios técnicos de la psicología clínica y de la sicopatología”.

En la crítica del lenguaje y de la ideología de las disciplinas médico-psiquiátricas, así como en el análisis de la estrecha relación existente entre cultura y prácticas terapéuticas, no fueron menos determinantes las recientes contribuciones de la antropología médica anglosajona y francesa, cuyos autores (Kleinman, Littlewood, Good, Obeyesekere, Lutz, Retel-Lurentine, etcétera) indagaron profundamente aspectos como “el comportamiento de la búsqueda de la curación” (*health care seeking behaviour*); las dimensiones simbólicas y sociales de la salud y de la enfermedad (*social construction of health and disease/illness*); y la interacción entre los diferentes sistemas médico-terapéuticos.

⁶ Piénsese en el célebre *Mohave ethnopsychiatry* de Devereux o en el recentísimo *Ethnopsychiatry Maghrébine* de Aouattah.

Estas investigaciones permitieron que nos familiarizáramos con la idea de que la sicopatología, como se edificó en occidente, no es menos culturalmente construida que los modelos de comportamiento y enfermedad propios de otras sociedades.

Si la etnopsiquiatría y la etnomedicina todavía definen el estudio del conocimiento y de las representaciones relativas a la enfermedad, o a las estrategias terapéuticas en otras culturas,⁷ entonces el examen de la medicina profesional y de la psiquiatría en las sociedades occidentales, “exactamente de la misma manera que los otros sistemas médicos” (Littlewood, 1993), se volvió uno de los objetivos dominantes de la “New crosscultural psychiatry” y de la antropología médica. Con este acercamiento fue posible someter a un análisis crítico los modelos precedentes como los de Devereux o La Barre, autores en quienes permanece un residuo considerable de aquello que Lucas y Barrett definieron como paradigma “barbárico”. Un ejemplo lo constituye el acre comentario de Devereux quien considera que los rituales del chamán no estaban dotados de una auténtica eficacia terapéutica y se podían definir como “bromuros culturales” (Devereux, 1998: 46). Otro ejemplo es la idea de “sociedades enfermas”, o la representación del chamán como objeto profundamente neurótico o sicótico y la elaboración de un concepto no menos discutido como el de un “inconsciente étnico” (Lucas y Barrett, 1995).

Una siega de trabajos inspirados en una nueva perspectiva metodológica, según un acercamiento histórico-antropológico, analizó la constitución y el funcionamiento de algunas categorías de la psiquiatría y de la sicopatología occidentales; su significado en el “control” del cuerpo femenino o en la definición de los roles sexuales y de la identidad; y también los problemas inherentes a la utilización de las categorías psiquiátricas occidentales en otros contextos socio-culturales. Sin embargo, es necesario recordar otro obstáculo antes de examinar algunos de los temas del “campo etnopsiquiátrico”.

De Devereux en adelante, el complementarismo parece poder ofrecer la estrategia metodológica más apropiada; pero en los hechos la comparación entre instrumentos, lenguajes y estilos de investigación que se rehacen en disciplinas diferentes,⁸ está lejos de haber alcanzado una síntesis satisfactoria, tanto en el investigador individual como en los grupos “interdisciplinarios” y, por lo menos en mi experiencia, son todavía pocas las situaciones en las que la armonía metodológica constituye la costumbre. Es difícil decir si esto es el

⁷ Por ejemplo la etno-antropología y la lingüística por un lado, el psicoanálisis y las ciencias psicológico-siquiátricas por el otro.

⁸ Como aquello del célebre Foster, relativo a los perfiles interpretativos que prevalecían en las medicinas tradicionales y en aquella cosmopolita; *personal* y respectivamente *impersonal*.

producto de aquella complementariedad que Devereux (1985) interpretaba como la imposible coexistencia de realidades diferentes (por tanto para los diferentes instrumentos de análisis adoptados) en el momento de la observación, o más bien del hijo más miserable de preocupaciones y celos académicos.

De cualquier forma, queda la urgente necesidad, testimoniada por casi un siglo de estudios y experiencias, de un espacio *teórico y clínico* en que diferentes presupuestos epistemológicos y procedimientos empíricos autónomos confluyan y se superpongan; se pongan a prueba e interroguen recíprocamente sin el miedo de perder su especificidad. También aquel territorio de lo ignoto en donde, retomando una expresión de Goethe, observaba con sarcasmo Mauss: “los profesores se comen recíprocamente, en donde se acumulan ‘conjuntos de hechos’ todavía en la espera de una oportuna interpretación y colocación. Es justamente aquí donde se tiene que penetrar. Es aquí donde se encuentran seguramente verdades por descubrir” (Mauss, 1965: 385). Como se demostrará también a través de algunos ejemplos, mezclando las miradas y los instrumentos teóricos de la medicina, la biología, la epidemiología, la lingüística, el psicoanálisis, la antropología y la sicología, quizá la etnopsiquiatría y la antropología de la curación pueden contribuir a resolver una de las muchas opresoras dicotomías de nuestra tradición cultural: aquella entre *geisteswissenschaften* y *naturwissenschaften*.

¿ETNOMEDICINA O ETNOPSQUIATRÍA?

Creo que se puede compartir en gran medida lo que sostiene Shiloh cuando dice que las muchas personas que buscan ayuda en los centros de salud mental, no tienen problema con su neuroquímica, o funcionamiento intra-psíquico, sino más bien tienen “problemas del vivir”; probablemente porque no logran sostener las demandas de la sociedad contemporánea. Esta observación tendría que conducirnos a reconsiderar la utilización de la psiquiatría que, con base en los hechos, desborda continuamente los confines dentro de los cuales se trata de circunscribir su teoría y su práctica.

Pero la pregunta que otorga el título a este apartado abre otras interrogantes. Si bien el prefijo *etno* nos impone colocar cada fenómeno (en este caso cada fenómeno del campo “salud/enfermedad”) y cada discurso que a ello se refiere, dentro de un contexto histórico-cultural preciso, no podemos eximirnos de resolver el problema de definir preliminarmente qué es *médico*, y qué es *psiquiátrico* en culturas diferentes a la occidental.

Hughes (1990) se cuestiona igualmente en los siguientes términos: “¿Qué es lo esencial del término etnopsiquiatría desde el punto de vista semántico? Ésta es diferente de la etnomedicina (y si es así ¿sobre qué bases?)”. En efecto, adoptando esta dicotomía disciplinaria se acaba por aplicar a prácticas, representaciones y conjuntos nosológicos diferentes de aquellos de la biomedicina un presupuesto metodológico preciso, que por economía de palabras definimos aquí como *modelo cartesiano de la persona*, de la *salud* y de la *enfermedad*. Este modelo no es necesariamente dual, es decir derivado de la distinción que se produjo en Occidente entre una ciencia que se ocupaba principalmente de los procesos patológicos del cuerpo y una disciplina relativa a los trastornos de la mente y del comportamiento. White (1982), consciente de la determinación histórico-cultural de esta distinción, dice que “el investigador transcultural puede preguntarse con todo derecho: ¿qué es lo ‘mental’ con respecto a la ‘salud mental’?” Un doble ejemplo puede aclarar tales problemas o, por lo menos, puede explicar algunas de sus múltiples facetas.

Una paciente que encontré durante una investigación realizada en el Centro de Medicina Tradicional de Bandiagara, en el oeste del Mali, a causa de problemas que sus acompañantes definían de “orden psiquiátrico” (insomnio, apatía, irritabilidad, comportamiento trastornante en las relaciones familiares) remontaba el comienzo de su “mal” a un episodio ocurrido hacía diez años: en esa época, una astilla de madera penetró en su pie provocándole una grave infección mientras iba a un pozo para tomar agua. Un evento que nuestros modelos psicólogos nos enseñan a percibir y categorizar como banal (¿qué espacio hubiera recibido una información parecida en una anamnesis psiquiátrica tradicional?) en su interpretación constituía el trauma, el *evento inicial* a partir del cual la enfermedad se había desarrollado después. Durante los encuentros sucesivos, este evento se reveló privado de connotaciones simbólicas particulares y más bien representó el momento en el que se rompió un cierto equilibrio (por lo tanto, eso era “pertinente” para la paciente que hablaba de sus problemas de salud, además de cada connotación psicológica o somática y que había colocado eventos lejanos y próximos dentro de una misma narración reveladora).

Durante nuestra investigación se presentó una cuestión no muy diferente. Los síntomas más disímiles (picazón, dolores de abdomen, vómito, diarrea, rigidez articular) se yuxtaponían a disturbios del comportamiento en el relato de pacientes atendidos por nuestro equipo neuro-psiquiátrico, o en la descripción que los curanderos proponían cuando los interrogábamos sobre las categorías nosológicas locales, próximas al campo de las enfermedades men-

tales, como *wèzè* (“viento”), *ogulu* (“boscaje”), *yapilu* (“mujer blanca”) (Beneduce, 1996). Además, estos mismos curanderos reseñados como especialistas en el tratamiento de los trastornos mentales, se ocupaban también de afecciones como la lepra y la epilepsia, en virtud del modelo etiológico común adoptado para ellas; puesto que la locura se interpreta como la consecuencia de la intervención de demonios (*seytané*), de genios (*jinné*), de acciones de brujería o sortilegio (*dabali*, *coumo*, *maraboutage*).

¿Estas categorías y estas prácticas (diagnóstico-advinatorias, terapéuticas, religiosas, etcétera) tendrían que ser objeto de estudio de la etnomedicina, o de la etnopsiquiatría?

Otro aspecto de este problema se ha replanteado durante las investigaciones realizadas en países no occidentales y dirigidas a evaluar más cuidadosamente la incidencia de afecciones orgánicas, como aquellas de tipo parasitario, eventualmente concomitantes con trastornos de tipo psiquiátrico. En efecto, se observó que la reproposición de un modelo interpretativo etno-psiquiátrico en su totalidad llevaba a subestimar, o a descuidar, la posibilidad de otras enfermedades. El acercamiento clínico al paciente, o el significado de los estudios epidemiológicos sobre la relevancia de algunos síntomas, resultaban obviamente falseados: aquella “picazón”, “insomnio” o vagos “dolores móviles”, representaban un conjunto inextricable en el sufrimiento subjetivo narrado por el paciente. Éstos eran parte de un *mismo mal* que concernía a la *misma persona* y al mismo tiempo remitían a problemas diferentes que se quedaban escondidos en los pliegues de una mirada dicotómica sobre la enfermedad. Fabrega (1974) expresa una opinión parecida, al notar que el efecto de la orientación mentalística en etnomedicina fue a menudo el de “oscurecer las influencias que las dimensiones biológicas tienen en las enfermedades”.

El *proprium* de la diferencia entre etnomedicina y etnopsiquiatría parecería encontrarse, sobre todo, en los modelos epistemológicos particulares implícitos en el saber y en las categorías que el observador utiliza en “el campo” para analizar e interpretar fenómenos, representaciones y conocimientos locales (*emic*), reconduciéndolos después a una síntesis y a una comparación (*etic*); aunque éstos no necesariamente reflejan la organización epistemológica o las representaciones originarias. Si bien la pareja *emic/etic*, derivada por analogía de la lingüística, es de importancia fundamental en la investigación de otros sistemas y de otras prácticas de curación o de prevención, no puede resolver todos los problemas por sí misma.

Un aspecto extremadamente complejo y ejemplar de las dificultades de las que nos estamos ocupando es aquello que concierne al estudio de las nosologías

tradicionales y de los conceptos particulares de causalidad que las categorizan (Zempleni, 1985). Su diferente organización y jerarquía no posibilita siempre, más allá de las apariencias, la comparación entre síndromes identificados por las culturas médicas locales y enfermedades ya conocidas por la medicina convencional. Muchos de los modelos propuestos⁹ se revelaron inadecuados en el análisis de todas las clasificaciones y etiologías diferentes. De manera particular, la imposibilidad de una traducción satisfactoria entre las categorías de los diferentes sistemas nosológicos puede ser explicada en algún caso por el hecho de que en muchas de las sociedades definidas como *tradicionales*, a diferencia de lo que ocurre en el modelo clasificatorio de la biomedicina, las enfermedades no se representan como unidades taxonómicas discretas y en relación de recíproca exclusión. Dicho de otra manera, existen múltiples posibilidades de segmentación del evento “enfermedad”, así como diferentes fenomenologías de los sufrimientos, del cuerpo, de la reproducción o de la muerte que impiden la traducción entre ellas de estructuras cognoscitivas y simbólicas de los diferentes sistemas médicos. Estas estructuras no son menos intraducibles que las experiencias subjetivas a través de las cuales se nominan y elaboran; en la comparación “término-a-término” se perdería precisamente lo que más importa. En fin, la idea de que se pudiese siempre realizar una comparación entre medicinas convencionales y medicinas tradicionales creó a menudo más problemas de los que podía resolver, descuidando la existencia de otros “sistemas de razonamiento” y la especificidad de otros sistemas de curación (Young, 1997; Pool, 1994a).

Al considerar las particularidades epistemológicas que existen en las medicinas no occidentales, Marsella y White (1982) recuerdan cómo en los sistemas cognitivos ayurvédico, chino, balinés o japonés se prefigura una concepción holística de la relación individuo/mundo tal que sustancias naturales, energías y fuerzas sobrenaturales se creen capaces de atravesar los confines del cuerpo y de la persona. Los eventos corporales no se conciben como *separados* de aquellos del ambiente y la experiencia psicológica *no se experimenta de manera diferente* que las condiciones somáticas. Los autores hipotetizan que precisamente es el

⁹ Los Good, en la crítica ya mencionada, hacían además referencia a una singular y discutible analogía propuesta por Frake, según quien “el mundo de la enfermedad, como el mundo de las plantas, se divide exclusivamente en un conjunto de categorías *mutuamente exclusivas*” (Frake, 1961; cursiva nuestra). Este presupuesto es sistemáticamente desmentido en la investigación etnomédica y etnopsiquiátrica y cuando se coloca la enfermedad en su preciso contexto histórico-social (véase a este propósito también la investigación de Fassin, 1992).

mayor grado de segmentación del pensamiento occidental el que vuelve a este último más “naturalista” en la conceptualización de las relaciones cuerpo/mente.

Estas diferencias no son insignificantes, las volveremos a encontrar cuando esbocemos 1) los problemas de las terapias tradicionales, 2) la lógica que implica los diferentes significados del término “curación” y 3) el problemático horizonte de la “eficacia” en los rituales terapéuticos. En referencia a los nexos etiológicos y a los diferentes órdenes de causalidad (originaria, contingente, mecánica o instrumental, etcétera), además se debe tener presente el papel particular que ejerce la *forma* misma del conocimiento en las sociedades de tradición prominente o absolutamente oral, en donde la “transmisión verbal por reproducción imitativa y contextual de los conocimientos etiológicos les confiere, casi *necesariamente*, un cierto grado de inconsistencia, de contradicción y pluralidad. Por tanto, es por lo menos arriesgado presuponer que las sociedades sin escritura totalicen y organicen tales conocimientos en alguna “taxonomía”, “teoría” o “sistema etiológico único”. Otros autores plantearon que las formas de un saber médico pueden ser analizadas sólo en relación con la estructura social, ideológica y simbólica característica de una cultura particular. Por ejemplo Vandermeersch (1974) refiere que:

...para una mentalidad como la china, en la que el principio del orden de las cosas juega el papel de una categoría fundamental, las nociones de causa y efecto que conducen a la idea de relaciones unilineales, segmentarias y pobres en referencias totalizantes parecen mucho menos pertinentes que aquellas de concatenación y organización. Éstas al ser realizadas según innumerables orientaciones y clasificaciones jerárquicas, se sobreponen o se recortan de múltiples maneras llegando sin duda a series menos coherentes pero más representativas, para la satisfacción del espíritu, de la superioridad de contestarse todas a través de una identidad de estructura reveladora, de la unidad ordenada del universo... (estas conclusiones pueden ser útilmente comparadas con aquellas a las que llegó Lévi-Strauss en *La pensée sauvage*).

Sin embargo, se deben recordar también las críticas decisivas dirigidas por Good y Del Vecchio Good (1982) a las investigaciones que conferían un valor excesivo al estudio de las terminologías nosológicas tradicionales, reproduciendo el vicio empirista del pensamiento médico-psiquiátrico occidental en esta atención al carácter ostensivo de las categorías analizadas. También Walter (1981-1982), partiendo de premisas diferentes escribe que muy a menudo “el *corpus* de datos así reunidos es lastimosamente separado del contexto concreto en el que se desarrolló el evento enfermedad. Ello es además separado del *corpus* de mitos que podría eventualmente servir como marco de referencia”. La investigación transcultural no puede limitarse a un estudio de nombres

y categorías, porque la donación de un nombre a un evento, a una enfermedad, no agota su complejidad en la pura dimensión semántica: cada nominación, lo que en la terminología del filósofo del lenguaje Kripke podríamos definir como “bautismo”, constituye siempre —esta es la enseñanza de Cassirer— un *acto social extremadamente complejo*, dirigido a sustraer al caos: un fenómeno, una experiencia, un evento y a posicionarlos en un orden particular compuesto por nexos, por concreciones simbólicas y por mitos. Bibeau (1978) enseñó de manera ejemplar, a partir de sus investigaciones sobre los sistemas médicos Ngbandi del Zaire (ahora República Democrática del Congo) que el acto de denominar una enfermedad o un disturbio se coloca en el punto nodal donde se cruzan múltiples líneas y clasificaciones que, según los casos, pueden atañer al cuerpo, a los síntomas, a las causas, a los valores socioculturales y al universo analógico-metafórico propio de una cierta lengua y cultura.

Si hace tiempo había sido criticada la tendencia a la objetivación propia de la psiquiatría, en la etnopsiquiatría y en la etnomedicina este riesgo se pudo reproducir en el insospechable lugar de la investigación etnosemántica. Es decir, un modelo que se reveló útil en el estudio de las representaciones indígenas del mundo vegetal (como es la etnobotánica) no resulta necesariamente adecuado cuando es necesario comprender y descifrar síntomas, enfermedades y comportamientos rituales que se constituyen y definen precisamente a partir del enlace mutable de dominios heterogéneos del saber y de la experiencia. Quisimos poner en evidencia este discutido perfil de la investigación etnopsiquiátrica porque también las contribuciones recientes parecen haberse quedado prisioneras en ello.

Es significativa, por ejemplo, la elección de Leff (1988) quien propone la imagen, en sí elocuente, de dos coleccionistas de mariposas: uno inglés y el otro nigeriano que se tienen que comunicar sus descubrimientos; utiliza esto como metáfora de las diferentes categorías diagnósticas utilizadas en el mundo para hablar de los disturbios del comportamiento. Después de alguna incompreensión “los dos coleccionistas se enteran de que están hablando de la misma mariposa a la que dieron evidentemente dos nombres diferentes”. En el caso de las enfermedades mentales es efectivamente un asunto parecido que tiene que ponerse en discusión y la etnopsiquiatría experimenta sistemáticamente estas dificultades cuando se apresta a interpretar trastornos, síntomas o teorías propias de otra cultura.¹⁰ Quizá las “mariposas de Leff” reproponen solamente

¹⁰ Muchas de las cuales caracterizaron el debate sobre las *culture-bound syndromes* (véase Simons y Hughes, 1985).

una versión particular de lo que Geertz definió irónicamente como el modelo “layer cake” (pastel de estratos): la cultura, recuerda Geertz, representa sólo una capa, la más externa, entre las muchas que recubrirían el núcleo duro, el supuesto núcleo biológico o psicológico universal del hombre (o, en nuestro caso, de la enfermedad).

La adhesión de muchas investigaciones a estos presupuestos epistemológicos, o si se prefiere al dogma del *continente* y del *contenido*, produjo numerosas equivocaciones¹¹ y, peor aún, contribuyó a reproducir la hegemonía de las ideologías médicas occidentales en otras culturas. Un ejemplo tomado nuevamente de la medicina dogon expresa en todo su espesor la irreductibilidad de un “constructo cultural” a los vínculos de la nosología convencional.

La noción de *ya-pilu* en los Dogon, que impropriadamente el diccionario de Kervran (1982) análoga con la histeria, se encuentra en el centro de una compleja red de reenvíos simbólicos, conflictos (sociales, religiosos, morales, de género) y elementos ambientales que se anudan en el interior de una categoría nosológica de escaso cotejo: la de *ya-pilu*, o “mujer blanca”, referida a un conjunto polimorfo de síntomas psíquicos y orgánicos en pacientes de sexo femenino en casi la totalidad de los casos, a menudo diagnosticados a través de uno o más encuentros de adivinación. El periodo en el que surge la enfermedad es generalmente el puerperio, pero son susceptibles de padecerla también mujeres sin hijos. El complejo de los síntomas se interpreta como consecuencia de la trasgresión de los procedimientos relativos a la sepultura de mujeres muertas embarazadas, o de las reglas que la mujer tiene que respetar en el periodo inmediatamente sucesivo al parto. De la misma manera, un papel importante es atribuido al espíritu errante e inquieto de una mujer muerta durante el parto, o de un hombre muerto sin haber engendrado hijos.

Todos estos perfiles se enlazan a su vez con otras referencias: a) la historia del éxodo del pueblo dogon y las tradiciones de origen mandinga, cuya memoria y reproducción es obra de unos cuantos curanderos; b) los conflictos consecuentes al abandono de estas tradiciones durante el proceso de islamización, vehiculado sobre todo por los pueblos peul en aquellas regiones; c) la condena social para los que mueren en situaciones de “esterilidad” en sentido lato (es decir de aquellos que se sustrajeron a su tarea de la reproducción sexual); d) el delicado espacio de transición en el que se encuentra la mujer africana.¹²

¹¹ Su rechazo, o la más pequeña contradicción en lo que concierne a sus roles tradicionales, son vividos como amenaza por la familia y todo el grupo y, por tanto, activan una serie de tensiones y conflictos cuyo producto puede ser en muchos casos la enfermedad.

¹² Tomo en préstamo este término de Sahlins (1999).

Entre los aspectos más interesantes está el hecho de que, en los casos que conocemos, sólo desde que un complejo sintomatológico parecido se reconoció y diagnosticó como *ya-pilu*, se abrió la posibilidad de una adecuada terapia y de la curación (Beneduce y Collignon 1995).

Ejemplos como estos, que enseñan el nexo indisociable entre orden simbólico, orden social y orden biológico (Augé y Herzlich, 1983; Bonnet, 1988 y 1988-1989), muestran también cómo las dimensiones de la salud, de la enfermedad y de la curación en otras culturas están construidas y yuxtapuestas, con base en relaciones que *violan el cuadro epistémico de nuestras categorías biomédicas*; la renuncia a la utilización de estas últimas (o por lo menos su ubicación entre paréntesis) es la paradójica, pero necesaria, condición para su comprensión. Las dificultades metodológicas evocadas no se refieren sólo a diferencias de orden epistemológico entre los sistemas médicos disímiles, sino que derivan también del estatuto antropológico de la experiencia de la *enfermedad*. Esto ocurre desde el momento en que la enfermedad no constituye nunca una realidad biológica y/o psicológica separada, individual, sino un complejo proceso de “construcción social” o, según la fecunda expresión acuñada por Mauss en referencia al don, un *hecho social total*, en el que los significados se negocian y se comparten, las experiencias se narran en contextos precisos y las estrategias de curación se producen dentro de vínculos individuales, culturales e institucionales (Kleinman, 1987 y 1995).

En fin, el acercamiento a otros sistemas médicos necesita tener presente su incesante dinamismo; en efecto, es constante el intercambio con otras tradiciones y, dentro de éstas, entre saber culto y conocimiento popular. Innumerables son las contaminaciones y los sincretismos, mientras que por su parte la “profesionalización” de la medicina tradicional, con la formalización y el reconocimiento oficial de conocimientos y prácticas informales introduce otras variables imprevisibles en la estructura de estos saberes y en los comportamientos de sus actores. A propósito de la cultura china, Kleinman (1974) menciona el ejemplo proporcionado por Sivin sobre la mutación del término médico *hsieh ch'i*. En los textos clásicos éste indicaba indistintamente cada entidad patológica responsable de la introducción de la enfermedad en el cuerpo de un individuo (entonces un agente *impersonal*); en la medicina popular terminó por indicar el exceso de energía vital que se queda después de la muerte y bajo la forma de un espíritu puede provocar casos de posesión (de esta manera se volvió un agente altamente *personalizado y sobrenatural*). Estas dinámicas conceptuales y lingüísticas (y las estrategias terapéuticas conexas) al ser consideradas “por el lado” de los pacientes, o en relación con los múltiples significados atribuidos

a tales disturbios, contribuyen a que se incremente aquella flexibilidad cognitiva y pragmática que caracteriza la investigación de las curaciones; una flexibilidad que en la literatura médico-antropológica se define como “pluralismo médico”.

A este propósito los ejemplos de “permutaciones”¹³ podrían ser muchos, tanto en la medicina convencional como en las medicinas tradicionales. En lo que a estas últimas atañe, es ineludible recordar que no siempre es posible, o legítima, la comparación con las medicinas convencionales; es decir que existen diferencias *estructurales* que es necesario reconocer. En efecto, la misma noción de “enfermedad”, en el caso de las medicinas africanas, es habitualmente incluida dentro de más sistemas explicativos, un “caso particular” del fracaso o de la desgracia. Autores como Fortes, Yoder, Bibeau, Horton, con el fin de valorar los sistemas médicos tradicionales y destacar su fundamento empírico, llegaron a distanciarse excesivamente de los primeros modelos de Rivers, Foster o Evans-Pritchard. Estos últimos, al evidenciar que la dimensión etiológica constituía el núcleo central de los otros sistemas de curación, concentraban su atención en la recurrencia frecuente a interpretaciones mágicas y en el rol de las etiologías *personalísticas* en la interpretación de la enfermedad y de la mala suerte. Éstas se interpretaban siempre como la consecuencia de la intervención *activa e intencional* de una entidad humana (brujo), extrahumana (antepasados, espíritus) o sobrenatural (divinidad).¹⁴

¹³ Esto las distinguiría radicalmente de lo que contrariamente hace la biomedicina al fundar su postura en la casualidad y en la intervención de entidades naturales (condiciones climáticas, bacterias, etcétera). Además ésta separa netamente la enfermedad del orden moral que, al contrario, en el primer caso comprendería también otros eventos. Por otro lado, no siempre es cierto que la biomedicina excluye la dimensión “moral”, o aquella de la responsabilidad; es suficiente pensar en el caso de las campañas de prevención del SIDA y de las enfermedades cuyo riesgo está directamente conectado con el humo o con la dieta.

¹⁴ Merecería un discurso aparte el estudio de los rasgos cognitivos que—según los diferentes autores y las particulares orientaciones metodológicas—caracterizarían el conocimiento humano en su diferentes y *locales* realizaciones. Aquí no es posible mencionar tampoco sintéticamente las numerosas investigaciones que con diversos títulos entrelazan los dominios de la antropología, de la sicología (antropología psicológica o cognitiva) y de la lingüística (etnolingüística, etnosemántica). Remitimos a este propósito a Bourguignon (1983) y a Cardona (1976, 1986). La importancia de estos estudios para la etnopsiquiatría está testimoniada además por las investigaciones sobre las definiciones de “creencia” y de verdad, en relación con cuestiones como la brujería (aquella de Hallen y Sodipo, 1987, en particular, que aquí recordamos para la original utilización de la filosofía del lenguaje en el dominio etnográfico), la estructura cognitiva de los sistemas médicos locales o la construcción de los enunciados relativos a las

Según Pool (1994a y 1994b), reivindicar la importancia de estudiar los sistemas médicos tradicionales “en sí”, y en su base pragmática como lo propuso Yoder, representa ciertamente un objetivo que se puede compartir que no puede ser realizado independientemente de las diferencias y de las especificidades irreductibles que los diferencian de la biomedicina. Insistir en el dato según el cual también estos sistemas utilizan principios causales análogos a los de la biomedicina, o que los discursos locales de la gente común se refieren a menudo a categorías biomédicas, no contribuye a explicar el comportamiento real adoptado por tales poblaciones frente al mal y a la enfermedad. ¿Por qué tendríamos necesariamente que cancelar el hiato entre medicina tradicional y biomedicina? Se pregunta Pool.

La idea de que las culturas no occidentales son inferiores a las nuestras es por cierto inaceptable, pero ¿la única alternativa para tomarlas seriamente en consideración es reducirlas a sencillas variantes de un supuesto tema universal (Pool, 1994b: 16)? Concluyendo con las palabras de Murray Last, Pool sugiere la importancia de analizar la “medicina” como una expresión de aquellas estrategias culturales que, como vestirse y nutrirse, nos permiten sobrevivir. Por tanto, las medicinas tradicionales revelan lógicas propias que sólo en algunos aspectos se pueden comparar con la biomedicina; esto hace repensar a Pool en la legitimidad de la noción de etnomedicina, o sistema médico tradicional, y su hipotética unidad conceptual.

acusaciones de sortilegios o a otras prácticas “mágicas” (Favret-Saada, 1977). En cuanto a lo que a la noción de “creencia” atañe, es útil recordar brevemente lo que escribía De Certeau (1981). Según el autor, el creer, bajo sus múltiples expresiones, pone siempre “una reacción à *de l'autre*”, a la alteridad en sentido lato, una alteridad que la creencia reconoce y determina a través de una suerte de contrato de negociación y de intercambio (al contrario del creyente encarna a quien rompe el pacto: el renegado, el traidor). Además, verdadera y propia “telaraña que organiza el tejido social”, la creencia se distinguiría del *ver* y del *saber* por inscribirse directamente en una “relación temporal entre un sujeto y otro”, y menos por una mera cuestión epistemológica y para un diferente valor de verdad de sus aserciones. De esta manera la creencia funda una temporalización que prevé la restitución futura de lo que se ha encargado a alguien: “en las relaciones sociales la cuestión del creer es la cuestión del tiempo”, porque ello crea una red de deudas y créditos, un reenvío al otro y al futuro, garantizando una sociabilidad e “imposibilitando la unificación totalizadora del presente”. Creo que la intuición de De Certeau sobre el creer como práctica que transforma la *alteridad del tiempo* en una *práctica de comunicación* es esencial para comprender el valor de la “creencia” en las relaciones de curación y repensar en la noción de “eficacia terapéutica” (Beneduce, 2005a; véase también Severi, 2004 y Taliani, 2004).

Individuo, sociedad, grupo: fronteras ambiguas de la experiencia

Las diferentes fases del desarrollo del individuo (modalidades de destete socialización, aprendizaje, etcétera) representaron ciertamente uno de los temas predilectos de la psicología transcultural.¹⁵ La evocación de estos aspectos es motivada por la consistente recaída de ellos en el dominio etnopsiquiátrico. Es suficiente recordar la relación puesta en evidencia por diferentes autores entre los efectos de un largo periodo de amamantamiento y estructura de la personalidad (en particular entre oralidad y frecuencia de los temas antropófagos en los delirios persecutorios); entre construcción de un “Yo de grupo” (considerado característico de muchas culturas africanas) y dinámicas sociales; entre desarrollo de estilos existenciales como el típico de la modalidad depresiva y prácticas educativas (Murphy, 1995). En estas notas circunscribiremos nuestra atención a temas más propiamente psicológicos.

En la amplia bibliografía existente sobre al asunto, el trabajo de Zempleni y Rabain (1972) constituye hasta aquella fecha una síntesis exhaustiva de las investigaciones llevadas a cabo sobre estos temas (sobre todo de aquellas realizadas en las culturas africanas), y al mismo tiempo brinda rigurosos puntos de referencia metodológica. En primer lugar ambos autores refieren los límites de los acercamientos que se proponían estudiar las culturas tradicionales como conjuntos estáticos o sistemas cerrados y el hecho de que a menudo se había adoptado hacia ellas el prejuicio de una “sicología en negativo”.¹⁶ La totalidad de los procesos cognitivos de aquellas poblaciones durante la edad evolutiva terminaba por ser caracterizada como “pobre”, cuando se encontraba aprisionada en rejas interpretativas construidas para evaluar los mismos procesos en las sociedades occidentales.¹⁷ A este límite no hubieran escapado tampoco las investigaciones de tipo “culturalista”.

Los estudios sobre la percepción que trataron de relacionar este proceso con los modelos de socialización, constituyen un repertorio de investigaciones muy interesantes también con el perfil de una historia de la etnopsicología.

¹⁵ Es decir en la que impropriadamente se destacaban sólo los aspectos de carencia: de los estímulos ambientales, de los juegos infantiles o del ambiente doméstico.

¹⁶ En el análisis de la relación madre-hijo, por ejemplo, el observador habitualmente terminaba por subestimar el sostén implícito, discreto, no verbal ofrecido por la madre al niño.

¹⁷ Véase a éste propósito Berry, Irvine y Hunt (1988). Berry recuerda por ejemplo el valor de un análisis de los refranes de la cultura shona, en grado de revelar los comportamientos cognitivos valorados (vigilancia, capacidad de decisión, atención, etcétera) y aquellos que por lo contrario, no reciben particular relieve o reconocimiento.

Mientras que en el pasado, generalmente, se destacaban los efectos de la ausencia de la escolarización (sobre la capacidad de percibir los índices de profundidad, por ejemplo), o se relacionaban las diferentes respuestas a las pruebas de ilusión perceptiva con las características físicas del ambiente, para los autores de estudios posteriores la percepción de elementos “discretos” en el ambiente, o la capacidad de estructurar perceptivamente un campo débilmente organizado (como aquello de las landas árticas habitadas por los inuit), estaban determinadas sobre todo por las modalidades particulares del proceso de separación del niño de su madre, modalidades que, por tanto, se podían considerar verdaderos y propios “indicadores” de este proceso.

En estos trabajos la “rigurosa definición de una variable dependiente (la estructuración perceptiva) no garantizaba necesariamente la validez de esta inferencia” porque “la prueba de correlación se debilitaba por la evidente interacción de variables socioeducativas, ecológicas y lingüísticas”.

El mérito de estas investigaciones, además de sus frecuentes límites metodológicos, fue el de refutar definitivamente la hipótesis de la uniformidad del estilo cognitivo en las diferentes culturas y mostrar cómo cada una de ellas influencia ampliamente las modalidades particulares del desarrollo psicológico (por ejemplo, piénsese en la valoración del llamado “espíritu de proyecto” en las economías de mercado).¹⁸ En lo que concierne a la relación sociedad/desarrollo psicológico se tienen que citar las valiosas observaciones de Bruner, según quien es la presión que el ambiente social ejerce sobre el hombre, en vista de la integración y de la traducción de sus modalidades fundamentales de conocimiento (aquello mediado por gestos imitados y repetidos o “enactif”, aquello icónico, simbólico y verbal), lo que construye el principal motor del progreso cognitivo. Pero también Bruner es criticado por Zemleni y Rabain por haber descuidado que las sociedades africanas fundan la transmisión de su saber, no solamente en el “mostrar” y en el “hacer”, sino también en el “decir” (por ejemplo, es determinante el papel del cuento de grupo). Bruner es además criticado por haber investigado poco, como otros investigadores, el valor propiamente *cognitivo* que tienen empresas como la adquisición de reglas, la adhesión a complejos rituales socio-religiosos o la integración de un individuo dentro del propio grupo.

Otros aspectos como la relación entre estado nutricional, interacción con el ambiente y desarrollo cognitivo, o la misma posibilidad de una confrontación intercultural entre diferentes etapas del aprendizaje, se retoman rápidamente

¹⁸ Para un análisis médico-antropológico del *kwashiorkor*, en Camerún, véase también Pool (1994a).

en el trabajo de Brill y Lehalle (1988) al que remitimos por la amplia bibliografía hasta aquella fecha. Entre muchos ejemplos posibles en este ámbito de estudios, recordamos aquí los disturbios en la relación madre-niño y sus consecuencias sobre el desarrollo psicofísico. El trabajo de Geber (1989, 1991) analiza estas correlaciones en el caso específico de una enfermedad, el *kwashiorkor* (literalmente “niño rojo” o con referencia al orden de nacimiento “primero-segundo”). En su investigación el dato universal de la importancia de las relaciones emocionales entre madre e hijo funda un análisis etnopsicológico muy meticuloso del surgimiento y, sobre todo, de la evolución de este grave disturbio (Geber, 1991).¹⁹

Una atención a las representaciones culturales de las enfermedades y a las expresiones que la lengua local adopta para designarlas puede ser en muchos casos tan reveladora como el más sofisticado examen clínico: el término *luganda* (la lengua de la población en donde se realizó la investigación de Geber) indica los síntomas presentes en el *kwashiorkor*²⁰ con la palabra *obwosi*, que puede ser traducida como “niño colérico porque la madre se separa de él”, o “como enfermedad del niño causada por la enfermedad de la madre que se aleja”. Por más de una razón se trata de un caso ejemplar en el que experiencias subjetivas (la aceptación del rol materno, los sentidos de culpa por la enfermedad del hijo), reglas típicas de la cultura considerada (la modalidad de la separación que interviene bruscamente durante el destete o la actitud de las madres hacia el hijo enfermo), y aspectos conexos con el contexto específico (como la escasez de los recursos alimenticios, o la actitud de las instituciones hospitalarias hacia las madres de los pequeños pacientes) determinan un perfil sindromático característico y complejo, en donde el *análisis etnográfico* se revela complementario e indisoluble de aquel *psicológico e individual*.

En un trabajo de hace algunos años lo recuerdan Marie Cécile y Edmond Ortigues (1993), quienes destacan precisamente la importancia de reconocer “la parte de lo cultural” en el comportamiento de las madres de estos niños enfermos; además los autores refieren la necesidad de concebir la cultura no sólo como “herencia recibida por el pasado con sus normas convencionales estereotipadas”, sino también como la necesidad de concebirla en los términos de un “continuo proceso de creación y espontaneidad necesario a la sinceridad de los sentimientos”. La relación entre lo psicológico y lo cultural manifiesta otra

¹⁹ Depigmentación, edema generalizado, crecimiento retrasado, diarrea, apatía, adinamia, tristeza, etcétera.

²⁰ Una identidad que se preocupa menos de su originalidad, pero que al mismo tiempo intenta afirmar su individualidad (Jackson y Karp, 1990), (Karp y Masolo, 2000).

expresión de su complejidad también en las investigaciones que hablan de “negligencia social y materna”, cuando se trata de explicar los problemas de la malnutrición infantil que según algunos autores no puede ser entendida independientemente de las particulares representaciones culturales del niño y de la enfermedad, del apego materno y de la muerte (Bonnet, 1996; Scheper-Hughes, 1992).

Antes de recordar algunos de los principales ejes de la reflexión etnopsicoanalítica, queremos brevemente retomar otro tema en extremo pertinente para la investigación etnopsiquiátrica: aquello de la *noción de persona* en las diferentes culturas. Fue Mauss quien primero invitó a preocuparse por este tema; lo hizo intuyendo que éste desempeñaba un papel fundamental para entender la organización de otras sociedades y la multiforme expresión de comportamientos, estrategias de supervivencia, relaciones familiares y mediaciones simbólicas propias de cada una. Para el interés de estas notas la noción de persona tiene una evidente importancia al asumirse en referencia a la construcción de la relación Sí/Otro; a los conceptos de responsabilidad y de culpa; a los disturbios del pensamiento y del comportamiento, y a algunas formas particulares de cura (rituales de posesión).

La confrontación entre nuestras nociones de persona, de individuo, de conciencia y aquellas propias de las culturas llamadas “tradicionales”, hace inmediatamente perceptible el hiato existente entre las primeras y las segundas. En donde el Occidente con sus psicologías celebra el dominio de la mónada, del individuo que tiene que construir durante la vida su propia autonomía, defender su “unicidad” y testimoniar siempre y donde quiera su obra, en otras culturas prevalecería una identidad *difundida*.²¹ Las relaciones interpersonales

²¹ El análisis de los nombres propios, incluidos los de persona, constituye otro privilegiado territorio de análisis de la relación individuo / sociedad y padece obviamente de las elecciones metodológicas de diferentes autores. Lévi-Strauss (1978) los consideraba como “el fleco de un sistema general de clasificación, de los que son a un mismo tiempo la prolongación y el límite, ‘último acto de la representación lógica’ en el que se queda como una discontinuidad entre el acto de significar y el acto de enseñar”. El estudio del nombre de la persona en los peul de Mali y del Níger llevado a cabo por Seydou (1977), colocándose en un diferente horizonte metodológico, muestra la densidad de este signo portador de una carga individualizante en cuyo interior se juega la plena coincidencia entre nombre y persona, ambos inscritos en una red de referencias entre las cuales cae la elección de los tres diferentes nombres que recibe cada individuo (*yetoore* o nombre del clan; *innde* o nombre de nacimiento, sometido a numerosas prohibiciones; *sowooere* o apodo, según los casos escogidos en relación con el orden de nacimiento, por un título, en término calificativo o descriptivo, etcétera). Véase en relación con las diferentes nociones de persona descritas por la antropología (por la africana en particular) la contribución de Jacobson-Widding

se consideran como la más fundamental de todas las realidades y sería decisivo el papel que ejercen: el mundo de los antepasados, la ceremonia de la elección del nombre y el grupo en la construcción de los roles individuales. Además la red de relaciones (familiares, de linaje, de clan) dentro de las cuales estamos capturados desde el nacimiento y de las que nunca nos liberaremos, constituiría en muchas sociedades el instrumento privilegiado de una organización social rígidamente jerarquizada. Escribían los Ortigues, en su *Œdipe africain*, que la fe en las sociedades de tradición animista no tiene el efecto individualizante propio de las “religiones del Libro” y “lo sobrenatural es una experiencia inherente a la vida social”. La inviolabilidad del Sí, la noción de un individuo autónomo (de un cuerpo de los confines netos e impermeables) capaz de escoger libremente y pensar en sus asuntos, tiene que parecer una idea ajena y extravagante a los miembros de aquellas sociedades complejas y jerarquizadas como son los Oriyas de la India con sus veinticuatro castas: sociedad en la que cada individuo vive con el otro de manera interdependiente, sintiéndose investido de una responsabilidad colectiva y de la necesidad de una recíproca regulación (Schweder y Bourne, 1982). Hallowell, en los años de 1940 recordaba cómo la identificación entre ‘persona’ y ‘ser humano’, típica de la tradición científica occidental, representaba una suerte de excepción, una “abstracción radical de la realidad psicológica”, del momento en que casi todas las culturas, como la de los indios ojibwa, “incluyen clases de personas no humanas como parte integral del campo psicológico del individuo” (*classes of other-than-human persons*) (citado en Garro, 2002: 12). Con tonos no muy diferentes de aquellos de Hallowell, Jackson y Karp (1990: 64), analizando el concepto de metamorfosis humana entre los kuranko (Sierra Leona), afirma más recientemente que:

...distinta de la palabra inglesa ‘personalidad’, el término morgoye no sugiere la noción de una identidad personal, de un carácter individual diferente o de un ser moral autónomo[...]. El ser no está necesariamente limitado al ser humano [...]. El campo de las relaciones sociales puede incluir antepasados, espíritus del bosque, un creador divino y animales totémicos como personas.

En las culturas no occidentales, la “persona” y su estructura se perciben generalmente como la agregación heteróclita de componentes móviles (en constante interacción con el ambiente externo natural y sobrenatural) de almas múltiples, de dobles, de sombras, de fuerzas cuya integración no es nunca obvia

(1990), que a partir del análisis de la noción de “sombra” como “expresión de individualidad” en el sur del Congo, destaca la importancia y el rol del contexto etnográfico en la construcción discursiva de los interlocutores de las diferentes representaciones de la persona.

y cuyo desequilibrio, que está en el origen de muchas enfermedades, puede ser inducido de varias maneras. La individualidad es pensable sólo a través de sus reflejos y sus hendiduras; la persona es el teatro en donde múltiples entidades entrelazan su diálogo, en constante comunicación con las realidades homólogas del mundo circundante. Lo que ocurre, lo que se piensa, cae como en un fondo de constante murmullo (murmullo nocturno de almas que pueden ser capturadas por espíritus hostiles, por dobles que abandonan el cuerpo después de la muerte, de antepasados que toman posesión de los recién nacidos, marcándolos con signos particulares). A este propósito es valiosa la observación de Augé (1977) sobre aquella instancia psíquica común a muchas culturas africanas traducida con el término “sombra”; “un elemento esencial de la identidad personal sólo se manifiesta a la luz del día, en la mirada de los otros y si ello desaparece al caer la noche es para mezclarse con el *combate de las sombras*, con la vida nocturna “en doble” cuyos resultados se aprecian con el tiempo o todo de una vez al regresar el día”. Un ejemplo rápido tomado de la investigación etnográfica es el siguiente.

Entre los samo de la actual Burkina Faso, el ser humano se piensa como constituido por nueve elementos (entre los cuales aparece el *l ep er ε*, literalmente “la boca habla”, es decir, el destino individual); es en el momento del nacimiento que el neonato, en directa relación con Dios durante la vida fetal, pronuncia el destino de su propia vida. Es aún el *l ep er ε* que hace posible, o no, la creación de la vida, la concepción; una mujer no puede ser responsable de una hipotética esterilidad sino sólo su *l ep er ε* (Héritier, 1980). Entre los guaiaki, cazadores nómadas del Paraguay sur oriental, el día en que pare una mujer el marido va a cazar, aunque no lo necesite por escasez alimentaria, porque en esta circunstancia él se volvió un hombre *bayja*: “el que atrae a los seres”. Para una sociedad de cazadores ésta es una condición particularmente feliz. Dotado de una fuerza que atrae a los animales, pero que escapa a su control, él podrá matar muchas presas; la ambigüedad de la condición que deriva de la presencia de este “doble” está en el hecho de que él atrae también a los animales predadores como el jaguar. Según Clastres (1980) “ser *bayja* significa, por lo tanto, vivir en la ambigüedad, ser al mismo tiempo cazador y presa, en fin, significa encontrarse entre natura y cultura”. En los jörai de la Indochina *pô* es el término que designa el cuerpo, *böngat* es el doble, *jua* el sopro vital; la integridad de estos elementos es la condición para estar sano. Mientras el cuerpo está interesado por formas ligeras de malestar en las que habitualmente intervienen curanderas, el doble está afectado por enfermedades más graves, aquellas que por ejemplo se deben a la captura del *böngat* por parte de una divinidad, cuando este principio deja el cuerpo durante los sueños. Será tarea

del terapeuta recuperarlo durante una sesión chamánica y curar al enfermo quien, de otra manera, estaría destinado a la muerte (Dournes, 1987). Durante las investigaciones que realicé en el sur del Camerún entre las poblaciones bulu (beti), la noción habitualmente (e impropriamente) traducida como “hechicería”, expresa en la lengua local una sustancia y una fuerza de los confines vagos, cuya forma es humana y animal al mismo tiempo; suerte de verdadera y propia quimera frecuentemente representada en los dibujos infantiles o en los cuentos de los curanderos y de la gente común como un cangrejo, una araña, una serpiente o un murciélago. Colocada dentro del cuerpo, a menudo en el vientre, esta *sustancia activa* participa además en la “construcción” del niño, del ser humano, a través de un ritual específico que busca constituir un individuo dotado de poderes y características particulares: suerte de doble, ella no es necesariamente denotada –por lo menos antes de la llegada de los misioneros– como negativa.

Los ejemplos podrían multiplicarse y en lo que concierne a las culturas africanas en donde es siempre evidenciada la fuerza de la unión del individuo con el sistema simbólico y social que lo constituye y la idea de “persona como creación continua” (Bastide, 1981: 40), remitimos a las contribuciones recogidas en el volumen colectivo *La notion de personne en Afrique noire* (AA.VV. 1981) y a la célebre imagen de los tres ejes que constituyen a la persona en África: aquello “horizontal” y sincrónico (la fratría, las clases de edad, etcétera), aquello “existencial” relativo al proyecto del individuo y aquello “vertical” que ensambla a este último con la línea de su linaje y con el mundo de los antepasados (Sow, 1977 y 1978).²² De hecho, las oposiciones entre el “yo individual” y el “yo grupal”²³ la traducción literal de las instancias psíquicas antes mencionadas, o las dicotomías sociedad individualista/sociedad sociocéntrica, si bien pueden ser aceptadas cuando se trata de producir simples modelos, se revelan extremadamente impropias en un análisis etnopsiquiátrico más profundo.

También Augé alerta sobre las apresuradas conclusiones en cuanto al significado del concepto de persona, o sobre el papel del grupo en otras culturas: “como si las teorías de la persona como fragmentación, y como herencia en las sociedades no occidentales, comportasen la ausencia de una vivencia indivi-

²² Término adoptado probablemente por Federn en 1936 por primera vez, pero utilizado después por Parin en una acepción diferente, y pensando sobre todo en las relaciones de identificación con los de la misma edad y del mismo sexo, que se establecen en la infancia o en la adolescencia (Parin, 1979).

²³ El conocimiento que se puede notar en estas transformaciones y un tal dispositivo “social” de curación, según nosotros, es una singular expresión de aquella *aura of factuality* de la que habla Geertz a propósito de los sistemas culturales.

dual, de intereses y de estrategias individuales”. Un riguroso examen de las diferentes nociones de identidad y de persona enseña, en efecto, cómo también en las sociedades generalmente definidas, sociocéntricas, existen complejos y sutiles fenómenos de individualización, a menudo subestimados en los acercamientos tradicionales. El estudio de Riesmann sobre la realización de la libertad individual en los peul del Alto Volta (actual Burkina Faso), a través de un análisis fenomenológico y etnolingüístico, revela cómo “no obstante los individuos estén abiertos el uno hacia el otro, esto no conduce a una homogeneización de la persona y el individuo no se confunde en una masa social indiferenciada” (Riesmann). Corin (1980) en sus investigaciones realizadas en el Zaire (ahora República Democrática del Congo) planteó además cómo se pueden identificar por lo menos tres maneras de particularización, a través de las cuales la persona puede defenderse de la presión colectiva de su referencia clánica: aquella mediada por la relación con personas particulares (como el abuelo paterno en las sociedades matrilineales), aquello de la diagnosis de una enfermedad (evento individualizante por excelencia desde el momento en que es siempre un individuo particular quien se enferma y no cualquier otro), en fin, aquello de los rituales de posesión (Beneduce, 2002). La noción de un “yo de grupo”, según Dorès (1981), expresaría nada más que la confusión entre datos psicológicos y datos sociológicos, además de una idea paternalista o racista cuando se utiliza para legitimar la inviabilidad de una psicoterapia individual en un paciente africano.

La contradicción de los procesos de individualización y de socialización, el conflicto entre expectativas del grupo y deseo individual, exacerbadas durante los cambios socioculturales o eventos como la migración, quizá en el origen de verdaderos disturbios mentales, encuentran singular expresión en fenómenos psicológicos como el *tajin kyòfu*, literalmente “miedo a los otros, ansia en las relaciones con los otros”, complejo sindromático descrito en Japón (Doi, 1991). Pero una expresión aún más ejemplar de estas contradicciones y laceraciones es el *wootal* (“llamada” descrita en los wolof del Senegal [Sylla y M. Baye, 1990-1991]), y su equivalente dogon *bondu*, en Mali (Beneduce, 1998). En ambos casos la comunidad o la familia, a través de un miembro suyo (generalmente la madre), se dirigen a un *marabout* para que envíe un mensaje al hijo emigrado que descuidó sus deberes para con el grupo; si este mensaje extremo, una suerte de verdadero y propio sortilegio, se quedase sin respuesta, su destinatario se podría volver loco y hasta suicidarse.

Un análisis particularmente original de las metamorfosis del individuo, del surgimiento del sentido de culpa, de la relación entre proceso de individua-

lización y surgimiento de ideas persecutorias, fue realizado por Piault (1975) en la comunidad terapéutica de Bregbo, en Costa de Marfil y sobre su profeta Atcho. En este caso los enfermos que piden ser curados y salvados, invirtiendo el modelo persecutorio clásico, confiesan públicamente su propia culpa, que fue atacar y matar a alguien por medio de la hechicería (o de haberlo, por lo menos, deseado). Es así como la lógica de la culpa se vuelve error, enfermedad, locura, y es aún más porque se encuentra inmerso en historias de fracaso social y económico, en un país empujado a una rápida y a menudo caótica, modernización. En su brillante contribución al volumen colectivo coordinado por Piault, Auge escribe que:

...esta “monadización” de la persona es también la muerte del antiguo orden social del linaje y de la aldea fundada [...] en la peregrinación incesante y siempre necesaria de almas parciales ávidas de cuerpos y de vida. Este pasaje del alma nómada al alma mónada es al mismo tiempo la expresión de una nueva coyuntura histórica y de un proyecto que busca identificarse con éste.

Consideraciones como éstas –como la investigación antes mencionada en Costa de Marfil– se desarrollaron en el seno de una discusión etnológica y muestran cuál puede ser el terreno de la investigación médico-antropológica y etnopsiquiátrica. Confrontadas con el evento de la enfermedad mental, éstas señalan hombres y comunidades atravesadas por silenciosas y dramáticas mutaciones y se esfuerzan por dar un sentido a los procedimientos “terapéuticos” en virtud de una estructura que los vuelve “coherentes” con las transformaciones simbólicas, históricas y sociales en curso.

A este propósito son esclarecedoras las investigaciones de Murphy sobre la depresión, también con un perfil metodológico (Beneduce y Collignon, 1995; Murphy, 1980), aunque no se deben descuidar los componentes ideológicos que marcaron todo el desarrollo del debate sobre el significado, las formas y la prominencia de la depresión en las culturas africanas.

Las particulares representaciones del cuerpo y de la persona; del desarrollo (y de sus “tiempos fuertes”, como por ejemplo la circuncisión, el aprendizaje de lenguas secretas, etcétera); de la reproducción o de las relaciones entre vivos y difuntos, están en directa relación con los modelos de salud y enfermedad, con la interpretación de particulares disturbios, con la defensa de la norma; además determinan directamente las prácticas de curación y de prevención, así como la reacción de aquellas eventualmente introducidas por el exterior. Pero, estas definiciones de individuo y de persona son decisivas también por las conexiones que se entrelazan con las representaciones sociopolíticas pro-

pías de cada sociedad: “la constitución de la identidad es precisamente el *proprium* del poder y de su eficacia [...]. La figura individual se inscribe en la configuración del conjunto que delimita la totalidad de lo posible y de lo pensable” es decir, de la ideología por medio de la cual “razón individual y razón social tienden a identificarse” (Augé, 1977). Estos son todos fragmentos de aquel mosaico al que llamamos aquí indiferentemente “antropología de la curación”, “etnopsicología” o “etnopsiquiatría”, cuyo horizonte disciplinar se queda espurio, como lo es de hecho cada discurso y cada práctica concerniente a las dimensiones de la locura, de incomodidad, del riesgo existencial o del conflicto interpersonal.

Los inciertos territorios de las leyes de Edipo: el etnopsicoanálisis

A su manera, Lacan pone en términos decisivos el problema que nos ocupa en este párrafo (esto no significa más claros, ni insustituibles: simplemente va al corazón del problema y por esto lo recordamos).

Escribe Lacan (1991) que en un psicoanálisis realizado a tres personas provenientes de Togo, no había podido hallar “trazas de las costumbres y creencias tribales, que ellos habían olvidado, que conocían, pero desde el punto de vista de la etnografía...”. Poco más adelante: “su inconsciente funcionaba según las buenas reglas del Edipo. Era el inconsciente que se les vendió junto con las leyes de la colonización”, concluyendo: “para tener una pequeña posibilidad de hacer una adecuada encuesta etnográfica, lo repito, no se tiene que proceder a través del psicoanálisis, sino quizá, si esto existe, ser un psicoanalista”. Pero aun si estamos de acuerdo con esta afirmación,²⁴ en mi opinión, debe discutirse la premisa con la que Lacan se asombra al no haber hallado en el inconsciente de los tres africanos nada más que las buenas reglas del Edipo. ¿Por qué asombrarse si el dispositivo analítico, sus reglas, la estructura del *setting*, su lenguaje y hasta las expectativas implícitas y explícitas de sus actores permiten ver, representar sobre la escena precisamente (o solamente) aquéllas?²⁵ Pero sobre todo: ¿Cuál

²⁴ De particular manera por lo que dice Lacan de los efectos psicológicos de la colonización, argumento en el que domina la reflexión de Fanon.

²⁵ La observación de Nathan que proponemos responde quizá a la perplejidad de Lacan, y al mismo tiempo corrige (resuelve se podría decir) la portada: “No puedo todavía entender cómo los clínicos que se han sumergido en una atmósfera psicoanalítica [...] pueden todavía recibir pacientes inmigrados, aun si hablan perfectamente el francés (desearía decir ‘sobre todo si hablan perfectamente el francés’) sin la ayuda de un interprete en grado de discutir las connotaciones de tal palabra, el paradigma de tal idea o de tal representación” (1993: 50-51);

presunción, cuál idea de cultura plantea el psicoanalista, esperando ver aflorar el inconsciente “tribal”, si no es aquella radicada en el más ingenuo de los exotismos?

Un largo (y aquí ciertamente insondable) debate animó en las décadas pasadas la comparación entre psicoanálisis y antropología. En particular nos preguntábamos, desde los tiempos de Malinowski en adelante, si los instrumentos del psicoanálisis serían adecuados para entender lo que ocurría en otras culturas; si los conceptos clave de éste pudieran funcionar para individuos en quienes relaciones de parentesco, formas de trasmisión del saber y de la subjetividad, códigos de la ley y de la autoridad eran totalmente diferentes y, sobre todo, qué método pudiera ser el adecuado a la “situación analítico-etnológica” (Ortigues). Justamente en el seno de estos discursos, la obra de Deleuze y Guattari *L’anti-Oedipe*, podía llegar a contraponer sociedades modernas y sociedades primitivas sobre la base de la inversión privada y respectivamente colectiva (la institución de las máscaras por ejemplo), de los órganos y del deseo (Deleuze y Guattari, 1975: 157). Las preguntas ahora evocadas son fundamentales porque los padres de la etnopsiquiatría, como Devereux y Wittkover (este último fundador de la revista *Transcultural Psychiatry Research Review*), trataron precisamente de entrelazar recíprocamente a través del psicoanálisis los dominios de la psiquiatría y de la antropología; tales preguntas son fundamentales sobre todo si, acogiendo las conclusiones de Foucault (1966), se admite que psicoanálisis y etnología se encuentran en relación de “profundo parentesco y simetría, constituyendo un “perpetuo principio de inquietud, de problematización y de contestación de lo que en otros lados podía parecer adquirido” respecto a “lo que constituye los límites externos” del concepto de hombre.

En el debate de estos temas, que no se desarrolló en los mismos años en los que aparece la obra de Foucault (para entendernos, los años en que fueron numerosos y fecundos los intercambios entre el psicoanálisis y las ciencias sociales), sobresalen por su riqueza y su problematicidad las investigaciones de Parin, Morgenthaler y Parin-Matthèy (1966) y aquella de Marie-Cécilie y Edmond Ortigues (1966; sobre la herencia del trabajo de los cónyuges Ortigues véase también Bullard, 2005). En suma, la primera intentaba trazar un cuadro de los

sobre el problema de la no equivalencia metafórica en el dominio transcultural véase también Dunnigan, McNall y Mortimer (1993). En lo que concierne la relación entre psicoanálisis y antropología, una relación que fue descrita como un “diálogo incumplido”, “una frágil atracción” y hasta como un diálogo “discapacitado”, véase el número especial de *Journal des Anthropologues* (1996: 64-65); además son útiles las páginas de crítica a la epistemología freudiana planteadas por Tullio-Altan (1971).

conflictos síquicos (de aquello edípico, en particular) en los dogón de Mali, a través de entrevistas analíticas conducidas fuera de contextos institucionales particulares (“el sentido de nuestra encuesta ha sido dejar que los africanos nos dijeran lo que sienten y piensan, y comprenderlos”). La segunda, por lo contrario, indagaba estos mismos aspectos en un grupo de doscientos sesenta pacientes, en su mayoría muchachos y adolescentes escolarizados, enviados por siquiátras y pediatras para que visitaran al equipo mixto que trabajaba en aquellos años en Dakar; los grupos étnicos más representados estaban constituidos por los wolof y los lebou. Las conclusiones de los Ortigues destacaban la relación con los hermanos de la misma edad, como vehículo de las representaciones y de las leyes constitutivas del inconsciente (super-yo, individuación, sentido de vergüenza, etcétera) y su papel en el desarrollo de las psicosis; de particular manera las psicosis declinadas en el modelo persecutorio. Los autores llegaron también a trazar un cuadro estructural de las relaciones de hechicería-antropofagia (correspondientes al nivel pregenital-oral), de aquellas características de los actos de *maraboutage* (correspondientes al nivel genital-fálico y a la angustia de castración), y de aquellas que definen la posesión por parte de los espíritus ancestrales (inherentes a la necesidad de consolidar las relaciones con los antepasados del linaje y las figuras de parentesco).

La investigación de Parin sobre los dogón fue objeto de numerosas críticas y los Ortigues en particular acusaban a los autores de aquellos raros *entretiens* de no poder psicoanalizar a alguien que no lo hubiese antes pedido: en efecto, en aquel caso “los sujetos no pedían nada, venían sobre invitación para hablar [...] para distraerse quizá, no se sabe, para un poco de dinero [...]”. Dicho de otra manera, es la pregunta del “analista” la que estructura las entrevistas, y es su deseo latente que hubiese tenido que ser descrito. Y más adelante: “Nos parece que las perspectivas sicoanalítica y etnológica sean incompatibles en la acción misma”; es decir que no pueden coexistir en la misma acción y en el mismo momento (Ortigues y Ortigues, 1966: 18-19). Las cuestiones del método, la manera de plantear las preguntas (Parin, Ortigues), la manera de situar el conocimiento etnográfico y psiquiátrico uno con respecto al otro (Lebigot y Mongeau), el problema de no dejarse llevar por la curiosidad (Ortigues) y la contemporánea, simétrica necesidad de no ignorar las realidades socioculturales (la penalización consiste en construir una “identificación ilusoria del paciente con la nueva imagen”) (Dorès), constituyeron una suerte de preocupación para los psicoanalistas y psiquiatras que quisieron enfrentarse a la dimensión clínica en otros contextos culturales, interrogándose radicalmente sobre la propia posición, hasta concluir como hacen los Ortigues, que no se puede

hablar propiamente de psicoanálisis en aquellos casos, o como lo sugiere Dorés, que los daños para los pacientes pueden ser superiores a los beneficios.

Pero, si las dificultades metodológicas en el trabajo son, a fin de cuentas, previsibles (piénsese solamente en el papel de la lengua, en las malas jugadas que pueden suscitar los malentendidos de la traducción), el psicoanálisis constituye un ámbito epistemológico aún más crítico en esta comparación, desde el momento en que su construcción, que gira en torno a la cuestión edípica (o si se prefiere en torno a los problemas de la sexualidad infantil, de la prohibición del incesto, y de cómo esas *matrices* generan al individuo), se imaginó siempre como universal.²⁶ Hoy que las preguntas sobre el método (y en particular sobre la “cientificidad” del psicoanálisis) perdieron buena parte de su peso dentro del debate epistemológico, (¿cuántos estarían todavía dispuestos a seguir el camino abierto por Popper y Grünbaum?) estos problemas adquieren otro valor. Es decir, se trata de indagar la mayor o menor pertinencia de un acercamiento, de un modelo, de medir la capacidad de anclaje sociocultural y, sobre todo, la capacidad de dialogar con sujetos que no comparten nuestro horizonte simbólico (como los inmigrados, por ejemplo).

En esta dirección se sitúa la contribución de Nathan (1993, 1994) que, si bien por un lado se apresta a construir una síntesis original de las diferentes estrategias psicoterapéuticas (occidentales y no) en su actividad clínica con pacientes inmigrados, por otro lado recuerda cuán impropia puede ser la utilización de conceptos psicoanalíticos clásicos (periodo de latencia, incesto, etcétera)

²⁶ Una síntesis del debate y de los malentendidos que caracterizaron las relaciones entre la antropología y el psicoanálisis se encuentran en el número monográfico del *Journal des Anthropologues* (1996: 64-65). Célebres ejemplos de este difícil encuentro se ejemplifican en los titubeos expresados por Víctor Turner sobre la legitimidad de interpretar en los términos psicoanalíticos los símbolos rituales en el mismo plan de los símbolos oníricos (sobre esto y otros aspectos véase Oring, 1993). Sobre los límites de la interpretación en sentido fálico de la forma del peinado de la divinidad Esu, véase Parsons, 1999. En fin, Manfredi (1997: 174), respecto a una severa crítica de la interpretación analítica propuesta por Ottenberg de los espíritus ancestrales, y de las máscaras *igbo* que según él representarían el triángulo edípico, refiere que: “La cuestión eurocéntrica es que el primogénito tiene que sustituir a su padre, pero el sistema de nombramiento entre los Ehugbo muestra que el papel del primogénito [...] es, más bien, el de reencarnar a su abuelo”. El análisis propuesto por Manfredi, sobre un cuidadoso trabajo etimológico y etnolingüístico, llama nuestra atención en el hecho de que dos diferentes sistemas de reproducción social y familiar (a través de la filiación y a través de la reencarnación), no se pueden absolutamente confundir dentro de una común perspectiva interpretativa. También la interpretación del ritual iniciático en términos fálicos, propuesta por Ottenberg, se desmorona por el análisis de Manfredi, que demuestra cómo las referencias simbólicas y léxicas remiten al ombligo, y eventualmente, a la figura materna.

en las sociedades tradicionales y con pacientes de otras culturas, si preliminarmente no se pensó en su “traducción”, en el universo particular de las relaciones de parentesco y simbólicas propias de estas últimas.

La obra de Obeyesekere (1990) lleva en cierta medida la misma dirección, y constituye a este propósito uno de los análisis más originales y fecundos del problema relativo a la utilización del complejo de Edipo en contextos culturales diferentes al occidental. Desde Vernant hasta Devereux se observó que la noción del “complejo de Edipo” era filológicamente impropia; según Vernant porque traicionaba la estructura misma del mito, según Devereux porque *escotomizaba*, por así decirlo, su parte “complemental”: es decir, el amor y las actitudes seductivas de los padres hacia los hijos (llamadas especulativamente complejo de Yocasta y complejo de Laio, este último refiriéndose al amor homosexual por Edipo). Si razones históricas y culturales hubieran inducido a Freud a realizar esta distorsión (toda la “responsabilidad” del complejo edípico tenía que caer en los niños durante la época victoriana), no existe razón para hacer también hoy una generalización de esta teoría construida sobre la base de un “razonamiento circular” que descuide considerar el horizonte mítico, simbólico y social de otras culturas. Asumido este presupuesto, Obeyesekere trata de deshacerse de aquel *fictional term* que es el complejo de Edipo, y piensa al mismo tiempo en un “Edipo múltiple” a partir de los mitos de la cultura hinduista, y de los modelos de relaciones familiares propias de sociedades del sureste asiático. El análisis del “trabajo de la cultura” es particularmente interesante cuando, sobre el ejemplo de la comparación hinduismo-budismo, invita a reconsiderar los efectos de las dinámicas sociales del sentido mismo (de la significación) de los mitos.

Si los errores de los “guardianes del templo”²⁷ fueron tan numerosos; si Lacan nota que el inconsciente de miembros de culturas no occidentales se arriesga a funcionar en el *setting* analítico como una parodia de los pacientes occidentales (volviendo cada interpretación sencillamente privada de significado); si, en fin, los intentos en el terreno provocaron numerosas objeciones, parecería poder concluirse que es necesario no sólo un redimensionamiento de las pretensiones del psicoanálisis, sino también poner en discusión cada posibilidad de psicoterapia intercultural.²⁸ Por tanto, cuando el psicoanálisis se experimenta en la curación de pacientes de otras culturas ¿tiene que ceder

²⁷ Según la expresión que Nathan reserva a los psicoanalistas obsesionados por la ortodoxia.

²⁸ “Cuando una psicoterapia individual fracasa con un africano, esto no es sólo porque lo aleja de su grupo, es porque lo aleja en primer lugar de sí mismo” (Dorès, 1981).

el paso a otras técnicas terapéuticas? ¿Su dispositivo se reduce, en estos casos, a un repertorio léxico y conceptual del cual sacar al máximo, y con muchas cautelas, algunas analogías? Leyendo a Nathan tenemos la impresión de que, además de haber sido mal formuladas estas preguntas, quizás no tienen sentido; en efecto siguiendo su ejemplo podemos preguntarnos si es más importante preocuparse por definir *a priori* el campo de legitimidad teórica del psicoanálisis y de sus aplicaciones, o mirar más bien la eficacia de los resultados que se obtienen a través de una serie de estrategias terapéuticas “mestizas”, en sociedades multiculturales.

Además, amerita recordarse otro problema que hoy se encuentra en el centro del debate antropológico. La noción de individuo en las sociedades post-coloniales, la noción de persona y de grupo, fue sometida a complejas dinámicas de redefinición y de reescritura frente a procesos de la modernización en los escenarios de la violencia social y de la crisis moral de sociedades como las africanas. Tales aspectos se producen debido a la acción conjunta de diferentes dinámicas de la herencia colonial y misionera, de los efectos de la economía capitalista y la contemporánea acción de las iglesias independientes (la pentecostal de los *Born again*, por ejemplo) en la definición de conceptos como “sujeto”, “responsabilidad”, “autonomía”, “individuo”, “pasado”, “vínculos familiares”, etcétera (véase el trabajo de Joan Comaroff (1985), sobre este argumento). Algunos autores destacan, además, cómo la guerra, que se volvió un modo de vida para muchos jóvenes, constituye en estos escenarios un elemento de las prácticas contemporáneas de definición (de “escritura”) del sí, igual que un estado mental, no menos determinante que la familia o la escuela. Estas perspectivas se suman a las ya mencionadas y son parte de la tradición de los estudios de africanistas; representan campos teóricos decisivos en el actual horizonte de la investigación antropológica, e imponen un viraje en nuestros recorridos teóricos (Karp y Masolo, 2000; Werbner, 2000 y 2002).

Los desafíos antropológicos de la curación y de la eficacia terapéutica

Con el término “etnoterapia” no se pretende imaginar una nueva disciplina, sino evidenciar en estas conclusiones algunos aspectos teóricos y clínicos surgidos del análisis médico-antropológico de los significados y del valor de las prácticas terapéuticas de otras culturas y tradiciones médicas. Antes recordamos cómo la reflexión sobre las técnicas terapéuticas tradicionales permitió a autores como Nathan desarrollar una intervención psicoterapéutica con pacientes inmigrados, dotada de una gran pertinencia cultural. Los materiales que él asumió indiferentemente de la mitología griega, de las teorías de Freud,

Ferenczi, Anzieu, o de los rituales terapéuticos del Maghreb, de las Antillas y del África occidental, componen un cuadro heterogéneo como lo es el horizonte simbólico y afectivo de la demanda de curación de los pacientes provenientes de mundos tan diferentes. La indagación metodológica de las técnicas terapéuticas tradicionales originó conceptos muy fecundos como aquello de “operadores terapéuticos”: objetos, estatuillas, gestos, conjunciones lógicas que actúan trayendo su potencia menos del mundo de las palabras que del de las imágenes, y que pueden actuar “sin darlo a conocer ni terapeuta ni paciente”.

Más en general, el análisis de las terapias en otras culturas permite entender mejor las representaciones del mal y, al mismo tiempo, el comportamiento concreto de las personas y de los grupos frente al “evento enfermedad”; pero, sobre todo, ilumina el funcionamiento de las leyes psíquicas y de las redes simbólicas a través de las cuales el individuo articula su original experiencia de sufrimiento en un contexto particular. No es difícil imaginar que del examen sistemático de las terapias tradicionales se pueden tomar elementos para comprender mejor la naturaleza de los disturbios mentales y para responder a algunas de las interrogantes de las mismas psicoterapias occidentales. ¿Qué ocurre durante una curación, y qué determina su éxito o su fracaso? ¿Qué *transforma* la enfermedad, sus síntomas: la relación afectiva, el *transfert*, la modificación de esquemas cognitivos entumecidos, o qué otra cosa?, y ¿cómo interviene este algo sobre el otro, sobre la mayor o menor “voluntad de curación” (Guerin)? En fin ¿qué transforma un disturbio en una “llamada”, una crisis psicótica en un pasaje iniciático, un enfermo en adepto?

Un ejemplo de cómo estas preguntas pueden encontrar una feliz respuesta en un acercamiento antropológico y psiquiátrico se encuentra en el artículo de Kirmayer (1993), en el que el autor, reexaminando el concepto de *eficacia simbólica* hipotetiza un rol central en el dispositivo (cognitivo, imaginativo, lógico y autorreferencial) de las metáforas. Ellas actuarían como un puente entre el nivel de la experiencia sensitiva y somática (expresado generalmente en los arquetipos), y el de la experiencia social (que cristaliza en los cuentos de los mitos); el papel central de la curación simbólica sería la creación de una relación de *consustancialidad* entre mito y experiencia corpórea (lo que parece ser también la hipótesis expresada por Nathan, 1988); y las metáforas, más sencillas que “representaciones”, podrían ser definidas como verdaderos y propios “operadores” (conclusión extremadamente sugestiva, y en buena medida superpuesta al concepto de *operadores terapéuticos* propuesto por Nathan).

Sobre el valor terapéutico vehiculado por prácticas de curaciones religiosas, y en particular sobre la “eficacia de las palabras” utilizadas por los rabinos

chassídicos, Littlewood y Dein (1995) realizaron recientemente una interesante investigación en la que exploran los presupuestos simbólicos de tales estrategias terapéuticas (cosmogonía, nociones cabalísticas, mística del cuerpo, etcétera) y sus perfiles epistemológicos, los cuales no siempre son disímiles de los asuntos característicos de la medicina contemporánea. Por éstas y otras motivaciones, entre las que recordamos aquellas relativas al particular estatuto social del curandero,²⁹ el estudio de las terapias tradicionales constituye, a nuestro entender, una argumentación de interés crítico tanto para la investigación etnopsiquiátrica como para la clínica en general. Es necesario regresar rápidamente al concepto de eficacia simbólica que Lévi-Strauss acuñó en 1949 con referencia en las terapias cuna en el trabajo de parto. En esta célebre labor, después de haber destacado cómo el cuerpo de la parturienta se volvía “el teatro imaginario” de eventos narrados por el mito, y que el canto del chamán parecía ser eficaz precisamente borrando cada distinción entre temas míticos y fisiológicos, el autor destacaba además el siguiente aspecto:

Que la mitología no corresponde a una realidad objetiva, es un hecho carente de importancia: la enferma cree en esto, y es un miembro de una sociedad que lo cree [...] los espíritus protectores y los espíritus malignos [...] la enferma los acepta, o, más exactamente, no los pone en duda. Lo que no acepta son los dolores [...] Pero la enferma [...] no se limita a la resignación: se cura. Y nada de parecido ocurre a los enfermos de nuestras sociedades, cuando se les explicó bien la causa de sus disfunciones invocando secreciones, microbios o virus. Quizás nos acusarán de una paradoja si contestamos que *la razón de esto está en el hecho de que los microbios existen, mientras los monstruos no existen* (Lévi-Strauss 1978, pp. 221-222; cursiva nuestra).

La curación estaría entonces determinada por una relación que se transformó en *interna* entre monstruos y dolores gracias a la utilización de un lenguaje (el del mito) que permitiría a la enferma formular, *pensar*, (en otros términos simbolizar) sufrimientos, sensaciones y experiencias de otra manera informados. El trabajo del chamán, concluye Lévi-Straus, no difiere del que realiza el analista y estaría dotado de la capacidad de inducir una transformación

²⁹ Durante los últimos años asistimos, entre otras cosas, a una mutación de perspectiva bastante espectacular en el estatuto social, psicológico y profesional del curandero gracias al reconocimiento oficial de los organismos internacionales en 1978, en la declaración de Alma Ata, ante quienes pasó de ser un “individuo mentalmente desviante, a quien la cultura consentía actuar su personal sicopatología dentro de un prestigioso papel”, como lo designó, por ejemplo, Devereux “a encarnar un médico calificado, potencialmente útil como recurso terapéutico y económico en los modernos modelos de *health care*” (Jilek, 1994), de este último autor véase además *Indian healing* (Jilek, 1988).

orgánica y una reorganización estructural: la eficacia simbólica no sería otra cosa que esta “propiedad inductora”. En la imposibilidad de tomar en consideración los diferentes acercamientos adoptados y analizados en la literatura, en contextos culturales particulares, esquematizamos en el cuadro 2 algunos de los principales modelos propuestos para explicar el funcionamiento y la eficacia de los tratamientos terapéuticos tradicionales. Estos modelos: a) no deben entenderse como generalizables a todas las terapias tradicionales, b) pueden coexistir dentro de la misma estrategia ritual y terapéutica, c) pueden resultar contradictorios entre ellos, d) no hacen referencia en el esquema a las importantes modificaciones terapéuticas inducidas por los medicamentos, remedios vegetales y similares, campo de investigación de la etnofarmacología.³⁰ Pero algunos aspectos del esquema exigen una aclaración.

³⁰ Etkin (1990), recordando el vasto campo disciplinar representado por la etnofarmacología (botánica, farmacología, dietética, agricultura, historia natural y ecología), plantea la importancia de esta disciplina para la antropología médica y sostiene que la utilización de referencias y parámetros exteriores (biomédicos) en el análisis de los tratamientos tradicionales no necesariamente se traduce en su devaluación. Retomando una perspectiva de investigación inaugurada por Horton (1967), procura atenuar las supuestas diferencias de categorías entre biomedicina y etnomedicinas y borrar “falsas dicotomías”, de manera particular las que introdujeron (para después redimensionar) Kleinman y Sung en su investigación en Taiwán entre medicina occidental, que se ocuparía de la realidad objetiva y biológica de la enfermedad (*disease*), y medicinas tradicionales, que por lo contrario tratarían prominentemente sus dimensiones subjetivas y sociales (*illness*). Es necesario profundizar en otra diferencia (menos evidente cuando se considera el caso particular de la automedicación) entre la medicina científica y las medicinas tradicionales (o populares; por la problematización terminológica, véase Seppilli, 1989) ya que están cerca la una de la otra, *sin solución de continuidad*, la acción farmacológica de plantas y remedios, empíricamente experimentada y concientemente utilizada por los curanderos, y aquella mágico-religiosa o espiritual, o meta-empírica y social. Quizá una parte importante de esta diferencia se disolvería al sustituir la expresión “acción mágico-religiosa” con aquella de “acción-simbólica”, y reconociendo que ninguna terapia (convencional o tradicional) es despojada de una dimensión simbólica. Pero, se advierte también la necesidad de construir puentes conceptuales y modelos de la eficacia terapéutica capaces de dar cuenta de las complejas dimensiones (también aquellas neurobiológicas) implicadas en el proceso de la curación. Ya Prince (1982a, 1982b, 1996) destacó las intrigantes conexiones entre chamanismo y endorfinas, más recientemente autores como Laughlin, McManus y Daquili (1993) supusieron que la eficacia de los rituales proviene de su capacidad de implicar—a través de dispositivos retóricos diferentes (utilización de metáforas, de símbolos, etcétera)—los “niveles más profundos de la organización neuro-cognitiva e introducir cambios en ellos”. Esta afirmación parece en parte retomar la hipótesis levi-straussiana de la eficacia simbólica. Empero, antes evocamos la crítica realizada por Pool hacia quien intentó construir analogías demasiado apegadas entre la lógica de la medicina tradicional africana y la lógica de la medicina convencional. Sobre la medicina tradicional en el sur del Camerún, véase Beneduce,

Antes que todo la expresión “sicología tradicional” o mejor “indígena”, se refiere a un perfil particular del saber de los curanderos cuando utilizan gestos rituales, técnicas de relajamiento, interpretaciones de síntomas, sueños, comportamientos, o conflictos interpersonales, así como cuando administran la vida cotidiana de sus propios pacientes, también por largos periodos. Estos diferentes momentos revelan una competencia y un saber intencionalmente puestos en marcha en la curación de los disturbios de tipo psiquiátrico, cuya compleja articulación no se rinde adecuadamente tanto en las posiciones de Róheim (gestión “intuitiva”) como en aquellas de Lévi-Strauss (manipulación simbólica). La primera acoge solamente el plan intuitivo, no organizado bajo forma de poder de aquellas estrategias y la segunda descuida que la intervención del curandero se extiende más allá de la pura manipulación simbólica. También Corin (1976 y 1982) es de la misma opinión cuando se refiere a la sicología y a la sociología de la curandera que actúa en el ritual de posesión *zebola* (República Democrática del Congo) como una verdadera y propia “exégesis psicosocial”.

La expresión “activación de recursos endógenos de curación” designa las complejas interrelaciones neuro-endocrino-inmunitarias que fueron evidenciadas en las investigaciones de estas últimas décadas y que se revelaron de fundamental importancia tanto en el surgimiento de las enfermedades como en las respuestas a las curaciones suministradas (quizá se podrían considerar los trabajos de Selye y de Cannon sobre el estrés y sobre la muerte vudú como los fundadores de este ámbito de estudios).

En fin, se hizo referencia en más ocasiones a formas de posesión como ejemplo de terapias tradicionales. El problema de la posesión y del *trance*, reactualizado por el reciente debate que acompañó su inclusión en el DSM-IV (Cardeña 1992; Lewis-Fernández, 1992), es efectivamente un problema-modelo de la investigación etnopsiquiátrica, porque en ello convergen aspectos diferentes y complejos (tanto que De Heusch escribe: “los cultos de posesión por un lado, y los diferentes aspectos del chamanismo por el otro, responden precisamente a una estructuración global de la experiencia de la enfermedad mental”). En primer lugar, la confluencia del discurso religioso y del terapéutico, en buena medida significativa de las terapias en las sociedades no occidentales, encuentra aquí su expresión ejemplar: *hierofania*, según la expresión que Eliade (1957) utiliza

2005b. Aquí no hemos considerado cuestiones como la pobreza y la desigualdad social: sobre la noción de “violencia estructural”, esencial cuando se toman en consideración los itinerarios terapéuticos de los pacientes, remitimos al lector a los trabajos fundamentales de Farmer (2001 y 2004).

para describir la manifestación de la potencia del sacro y *iatrofania*, término con el que yo indico la manifestación de un poder terapéutico, se sobreponen la una a la otra amplificando los respectivos dominios y entrecruzando palabra individual y discurso colectivo, en un quiasmo que es típico de las terapias tradicionales.

Pero el caso de la posesión es clarificador también por las variables que participan en ella, debido a las expresiones y los múltiples significados que asume y asumió en relación con particulares dinámicas históricas y sociales (Beneduce, 2002). Es decir que no estamos obligados a pensar en los términos de un fenómeno unívoco (estado alterado de conciencia, disturbio psiquiátrico, actitud mental, culto religioso o institución social que sea), sino a muchas formas de posesión, respecto a cuántos son los contextos y los tiempos en los que fue descrita (más allá de los dos o tres modelos identificados por De Heusch, 1971). De las tensiones introducidas por el dominio colonial (en el Níger, por ejemplo) a aquellas derivadas de la comparación con las nuevas religiones (islam en Senegal o en Mali, cristianismo en África occidental o en las Américas), de los conflictos de género (en las islas Comore) a los conflictos sociales y de clase (Filipinas), de la forma “feliz y auténticamente religiosa” a aquella del “enfermo-loco”, la posesión parece funcionar en algunos casos como un singular código de comunicación, una verdadera y propia *machine à communiquer* (parafraseando a Adler y Zempleni que definen la adivinación como una verdadera *màchine penser*). A través de una tal “máquina”, críticas de la realidad de otra manera imposibles, ridiculizaciones de la autoridad y del poder por parte de las clases y sujetos subalternos, así como condiciones de sufrimiento individuales *encarnan* literalmente en los protagonistas y en los actores de esta experiencia, encontrando en ellos su expresión particular.³¹ La posesión, el trance (que no se identifica necesariamente con la primera: Halperin, 1996), el éxtasis, funcionan además como una *bisagra* entre lo humano y lo divino (Mastromattei *et al.*, 1995) y a lo largo del plano de hendidura a veces imperceptible entre enfermedad/elección y “terapia”, restablecen el diálogo frecuentemente interrumpido entre el individuo por un lado, las comunidades, su memoria y sus mitos por el otro. A través de este diálogo, el ritual de posesión en la lectura de Krauskopff (1993) puede volverse *fenómeno que estructura toda la sociedad y sus relaciones de poder*. Estos perfiles están bien lejos de ser acogidos en la perspectiva psiquiátrica dominante. La incomodidad de los manuales diagnósticos como el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994: 490-491 y 727-729) está testimoniada en los enredos lingüísticos que esconden las varias definiciones; los *signos* del estado de trance son asumidos de

³¹ En relación con tales problemas véase también Lanternari, 1972.

hecho como síntomas, la referencia a la actitud *voluntaria* o *involuntaria* que precedería la asunción de particulares comportamientos no puede restituir a estos últimos todo su complejo significado, las situaciones *matizadas* tienden inevitablemente a prevalecer sobre aquellas *discretas* (es decir las que son necesarias al funcionamiento del orden diagnóstico), etcétera.

La dimensión colectiva y “teatral” destacada, por ejemplo, por Leiris a propósito del *zâr* (ritual de posesión etiope descrito con algunas variantes también en otros países limítrofes) se revela por demás decisiva para los fines de la curación, o mejor, de una reafirmación del “consentimiento” por parte del grupo (consentimiento social vehiculado en la forma de un “consentimiento diagnóstico”, según Zempleni) y de una “redefinición” del rol social del paciente, que en el caso de disturbios mentales pueden ser considerados, literalmente, ya terapéuticos.³²

No es necesario repetir aquí que las preguntas sobre la posesión como técnica singular del cuerpo (Mauss, 1965) aprendida y codificada según reglas bien definidas o como expresión de desórdenes de la personalidad se sobreponen abundantemente a aquellas concernientes a las diferentes nociones de persona, los diferentes tipos de relación entre individuo, familia y grupo, los particulares modelos de norma o de desviación que cada sociedad y cada época elaboraron. Considerando esta trama de problemas e interrogantes, De Heusch (1971) decía que había llegado el tiempo de “buscar un terreno común de discusión entre la etnografía, la historia de las religiones y la psiquiatría, de proponer una perspectiva en donde todas las manifestaciones ‘histeriformes’ se inserten en una estructura psicosociológica coherente”. En mi opinión, aun aceptando el espíritu de esta invitación (que de hecho traza el camino maestro de la etnopsiquiatría y de la antropología médica), debemos quedar perplejos frente a la propuesta de “estructuras” que pueden resultar coherentes para nuestra mirada, pero no necesariamente para las culturas o las manifestaciones que quisieran describir (Geertz) y que son generadas por la necesidad (legítima, pero no por esto universalmente válida) que tiene nuestro pensamiento y estilo epistemológico (Clifford) de caracterizar y ordenar fenómenos y “raras coincidencias” (De Heusch) que poseen muy poco en común; sobre todo cuando se mira al significado de las experiencias individuales, y a los diferentes contextos en donde éstas se concretan. Desconfiar de la utilización automática, redundante y toda comprimida en la sola acepción “lógica” de un concepto fundamental cómo el de “inversión simbólica”, posibilidad

³² Si bien tales estrategias no se corresponden totalmente con el registro terapéutico: Oliver de Sardan (1994).

a Augé percibir en los rituales definidos de inversión,³³ más que el significado de *perversión*, como si lo simbólico tuviera que presentarse bajo formas lúdicas y hasta de parodia.

La recurrencia a modelos interpretativos que evitan cada esquematismo, cada analogía superficial, posibilitó la comprensión de la compleja naturaleza de la eficacia en los tratamientos tradicionales de las enfermedades mentales (superior a aquella de las psicoterapias occidentales, según algunos autores, los conceptos de eficacia y de curación necesitan ser contextualizados a su vez). Aunque la enfermedad no puede ser siempre *controlada* puede, en efecto, ser objeto de *curaciones* y el “trabajo terapéutico” producido por *todo el sistema de curaciones* gracias a su particular estructura cognitiva (no por un terapeuta aislado, como intenta hacer el sicoanalista en las sociedades occidentales) es susceptible de sancionar una *equivalencia* entre elaboración de un significado (por la enfermedad que se tiene que curar, por el sufrimiento que deriva de ella, para quien es afectado por ella, así como para el grupo social del que es miembro) y eficacia del tratamiento.

Cuadro 2

Algunos modelos propuestos para interpretar la eficacia y la acción de las terapias tradicionales

- 1) Recurso al mito (episodio de enfermedad subsumida dentro de una ejemplaridad mítica resolutive, pasaje del registro del imaginario al simbólico, uso de metáforas, alegorías y arquetipos capaces de volver narrable lo inefable del sufrimiento: Lévi-Strauss, de Martino, Gallini, Kirmayer, Nathan, etcétera);
- 2) Donación de un sentido formulado colectivamente en el evento amenazante de la enfermedad (consensus disgnostique, diagnosis comunitaria): Lévi-Strauss, Collomb, Zempleni, Ma Mbog, Corin, Aouattah, Gallini, Adler e Zempleni, etcétera;
- 3) Activación de recursos endógenos de autocuración (correlaciones psico-neuro-endocrinas, liberación de las endorfinas, etcétera) (Bibeau, Prince, Laderman, Jilek, etcétera) solicitados por el recurso consciente por parte del curandero a un sistema simbólico rico en conexiones, y analogías particularmente pertinentes dentro del modelo afectivo-emotivo dominante en la cultura considerada (Bibeau, Corin, Beneduce), y también a un conjunto de ejercicios psicofísicos, sustancias psicotrópica, estímulos algogénicos o sonoros e instrumentos musicales peculiares: Rouget, Carpitella, de Sardan, Vidal, etcétera);
- 4) Resocialización del paciente, acción de “grupo terapéutico”, recolocación del sujeto en el seno de la familia (Escuela de Dakar, Corin, Lambo, etcétera);
- 5) Puesta en marcha y manipulación de los significados ambiguos (“distinguir y confundir”) vehiculados por utilización de operadores terapéuticos (Nathan) y por otras imágenes “com-

³³ Algunos de los cuales, sobre todo los que tienen referencias sexuales, se activan durante formas célebres de posesión.

- partidas” de poder terapéutico (Glick); los símbolos serían eficaces porque son “ambiguos” (Laderman);
- 6) Despatologización de la enfermedad normada a través de oportunas ritualizaciones (periódicas crisis de trance o/y posesión, cultos carismáticos, etcétera) redefinidas, pasaje a un nuevo rol social (adepto, curandero, profeta) reconocido como positivo y ventajoso (también económicamente: “ventaja secundaria”) hasta necesario socialmente: el individuo enfermo participa en el acto que funda la vida religiosa del grupo (Ortignes), o se sitúa en un contexto sacralizado (Corin, relativo al ritual zebola, Zaire/Congo; Olivier de Sardan, Niger); pertenencia a una nueva comunidad y mayor autonomía para las mujeres que se vuelven miembros de una cofradía (Corin, Bakker); ganancia de mayor poder contractual para las mujeres en los conflictos de género (Lewis, relativamente al ritual del sar, Corno de África);
 - 7) Regresión controlada, favorecida por los particulares ritmos musicales, o en el caso de rituales como el ndöp (Senegal), reelaboración controlada de la experiencia del destete (Gollnhofer y Sillans, Micheaux); identificación con la divinidad (Rouget, etcétera);
 - 8) Liberación de la agresividad, reproducción dramatizada de la experiencia onírica (Róheim), abreación (Lévi-Strauss), psico-dramatización del ansia latente (Retel-Laurentine); intervención en la frontera público/privado y exterior/interior (Devereux, Ma Mbog, Nathan); catarsis y reconciliación con la propia alteridad a través de la expresión pública y ritualizada de deseos inexpresados o de conflictos interpersonales, sociales, religiosos o políticos (Nicolas relativo a los bori hausa; Laurent-Vidal, Oliver de Sardan y Stoller relativo a la posesión en Níger: Yenedy, gaanendi, holley horey etcétera; Lambeck, Ong, y otros en mérito a varias normas de posesión descritas en Madagascar, Filipinas, etcétera); teatralización (Leiris por lo zar en Etiopía);
 - 9) Sugestión (Devereux), acción pre-transfert (Nathan), acción terapéutica de la evocación de las posibles etiologías y de “técnicas activas” de influencia (Nathan);
 - 10) De-culpabilización y de-responsabilización del paciente: se favorecería el mecanismo de la proyección y no aquello de la introyección, y de la persecución mágica en lugar de la persecución interpersonal (Zempleni); la enfermedad, sus causas y sus agentes son puestos fuera del individuo y se evita la tendencia a la cronicización;
 - 11) Interiorización (realizable también porque es coherente con otros procedimientos económico-sociales de individualización) culpabilización, confesión pública de instancias agresivas, delegamiento de la curación a un curandero-profeta (Augé, Piault y Zempleni en mérito a la comunidad de Bregbo, Costa de Marfil; remodelando el universo fantasmático, el profeta (imagen viviente del mito y al mismo tiempo modelo de identificación) pone a disposición significantes para quien los busca (Lehmann);
 - 12) Comprensión y gestión “intuitiva” de los fenómenos psíquicos inconscientes descritos por el psicoanálisis (Róheim, etcétera);
 - 13) Confirmación y reproducción social de la enfermedad, de la terapia y de los roles de poder; la curación, excluyendo de hecho la amenazante diagnosis de brujería, sería testimoniada por los pacientes también en ausencia de una real mejoría; mitificación/mistificación de la curación (Fainzang, etcétera).
-

Los sistemas médicos que incluyen estas terapias, como todo sistema médico, nombran, clasifican, explican la enfermedad, racionalizan su tratamiento;

pero ofrecen, además, con sus esquemas interpretativos particulares, formas de sostén para cada uno de los individuos y para el grupo cuando conflictos, cambios y eventos como la misma enfermedad mental o desventuras colectivas rompen los lazos sociales (Hughes define las medicinas tradicionales como una forma de “medicina social”). La capacidad de intervención de la medicina tradicional en las dimensiones sociales y morales representa un aspecto particular de ésta; si bien se tiene que admitir que en los periodos de grave crisis social (conflictos, pobreza y fragilidad de las redes familiares) esta capacidad se pone seriamente en discusión.

Pero las medicinas tradicionales no se limitarían a otorgar estrategias para interpretar y tratar los disturbios del comportamiento: “soportes socialmente legitimados en los periodos de transición personal –ritos de paso y ceremonias para manejar la muerte y el luto– sugieren que los sistemas médicos tradicionales pueden tener mayores ventajas en la prevención de la enfermedad mental” (Kleinman, 1974); piénsese aquí en la depresión como ejemplo de un trastorno respecto a cuya prevención la psiquiatría occidental es sencillamente impotente y por cuya terapia está obligada a perseguir las promesas de esta o de aquella molécula. La investigación etnomédica y etnopsiquiátrica pudo explorar de esta manera el “trabajo de la cultura” (la expresión es de Obeyesekere, 1985), no solamente en la *construcción social de la enfermedad*, sino en aquella de la *curación* y de la *eficacia* (Etkin, 1990). Como conclusión de estas notas es importante reiterar que instrumentos metodológicos parecidos pueden adoptarse para comprender, también en los sistemas médicos occidentales, las razones del éxito de éste u otro procedimiento terapéutico, tratando de definir las dinámicas históricas y simbólicas que intervienen en el aumento o debilitamiento del valor de una terapia. Glick (1967) destaca que los diferentes sistemas médicos están estructurados en torno a las imágenes, culturalmente definidas y legitimadas, de las *fuentes de poder terapéutico* (ciencia, espíritus, divinidades, fetiches, etcétera), son estas mismas fuentes las que después determinan los modelos explicativos utilizados para explicar la enfermedad y racionalizar las formas de su tratamiento (Glick, 1967). Socorre quizá, en el análisis de estas tradiciones y de estos rituales terapéuticos, aunque acuñados en otro ámbito, también el concepto de “convención fundadora”: es decir la utilización intencional de una ficción que permitiría, más allá de su utilización inicial, *constituir* y fundar discursos, roles, prácticas, poderes, condiciones y comunicaciones.³⁴

³⁴ Este concepto fue propuesto por Remotti a propósito de la constitución de una unidad política a partir de una “ficción”: como en el caso de un tambor ritual que, adoptado como instrumento de regulación en el origen, se vuelve símbolo del poder político y de la identidad colectiva.

Para concluir, es oportuno recordar cómo la lógica de algunas terapias tradicionales parece interrogar el sentido mismo de nuestras categorías más discutidas (por ejemplo la de “simbólico” y de “imaginario”) sólo a condición de interrogarse sobre tales conceptos se pueden definir nuevos horizontes de reflexión y de práctica. En un trabajo de hace algunos años Stefania Pandolfo analizaba la lógica de un ritual terapéutico, el *sra'*, practicado en Marruecos y estudiado por la autora debido a la investigación con Si Lhassan un *fqih* del Valle del Draa:

Este término se traducirá como “dejar caer, el KO, la perdición en la locura [...]” para el paciente es una especie de muerte temporal, entendida como tal en el discurso del terapeuta, una verdadera desaparición que posibilita la presentificación de otra voz, una voz que habla y pide ser escuchada [...] [El *sra'* en el Chumwch al-anwâr se describe como Sol de las luces] como una técnica para obligar a los djinns a hablar, a revelar sus nombres, para vencerlos quemándolos (*hariq al-jinn*), o golpeándolos (*drib al-jinn*) (Pandolfo, 1997: 32-33).

El análisis propuesto por la autora es central para nuestras reflexiones, tanto porque nos ayuda a entender el sentido de la eficacia terapéutica de intervenciones parecidas, como porque analiza el sentido de la hostilidad de los psiquiatras y de los psicólogos magrebinos frente a estas terapias. Rehenes de las trampas de la dialéctica tradición / modernidad, ellos terminan por abdicar al valor de aquellas terapias, por el miedo a ser obligados a reinscribirse en un horizonte de oscurantismo y de barbaries al que se asocian estas estrategias. A menudo, hoy, son los psiquiatras y psicólogos del Maghreb o del África subsahariana quienes expresan las críticas más vehementes contra quien estudia y reconoce el valor de algunas de estas aproximaciones (pensamos en los escritos de autores como Aboubacar Barry, Ghita el Kayat). Son siempre ellos quienes se adhieren, de manera particularmente convencida, a los modelos de la psiquiatría occidental (Pandolfo, 2000). Las conclusiones de la autora contradicen, además, el punto de vista compartido por la casi totalidad de los psicoanalistas y psiquiatras que ella misma encontró durante la investigación, (es decir que estas terapias son sólo formas de sugestión) y permiten dar vuelta a la idea de que tales terapias actúan únicamente a nivel del imaginario.

Según Lacan la cuestión del sujeto puede ser puesta en el nivel simbólico, y es en este nivel que el sujeto puede sobresalir. En el orden simbólico el sujeto se sitúa en relación con una cuestión: la imposibilidad de no-ser. Dicho de otra manera, la muerte. Ahora yo afirmo que el rito del *sra'* obra precisamente en el nivel del orden simbólico, y en el nivel de la “ley”, pero que esto se cumple a través de otros senderos respecto a aquellos en los

que se inscribe el sujeto lacaniano. Y que el *sra'* es en sí mismo un viaje a las fronteras de la ley, en esta región además del pensamiento en donde el sujeto desaparece (*insara'*), y en donde al mismo tiempo es fundado (Pandolfo, 2000: 37).

La autora es consciente del riesgo de los malentendidos: haciendo referencia a la 'enfermedad' ¿no estamos reproponiendo la idea de una misma enfermedad *igual siempre y donde quiera*? “Es necesario proceder de otra manera. Pensar en un acercamiento que reconozca la especificidad cultural de las imágenes (*imagerie*) desarrolladas por el *sra'*, que antes que todo es un conjunto de imágenes concernientes a *la muerte, el otro lugar y el más allá*” (*Ibid.*: 38; cursiva nuestra).

Reconocemos en esta *lucha reglamentada* algo de familiar (no es casual que de Rosny hable de la *mystique du combat* cuando se refiere a las terapias y a las nociones de hechicería en Camerún) (De Rosny, 1981), en las “pruebas de la tumba” (*ibid.*: 39) reencontramos la imagen de la tumba a la que el enfermo baja durante el complejo ritual nocturno que se aplica a las víctimas de la hechicería y a quienes se culpabilizó de actos de hechicería entre los bulu del Camerún meridional (observación nuestra). En fin, reconocemos también en el *sra'*, las mismas eficaces paradojas que en otros rituales de posesión procuran el intercambio entre espíritus y cuerpos humanos (“es una flagelación del *djinn*, pero, sin duda alguna es el cuerpo del paciente el que aguanta los golpes” (Pandolfo, 1997: 40). ¿Acaso no está en este espacio intermedio, *irreductiblemente ambiguo*, mismo en el que se estructura entre paciente y *djinn*, entre la vida y la muerte, “el enigma y la fuerza” de ésta y otras técnicas?

En la oscilación entre diferentes epistemologías médicas, prácticas de curación y representaciones de la enfermedad, en el tránsito incesante entre diferentes disciplinas (la filosofía del lenguaje y la etnolingüística, el psicoanálisis, la etnografía, la ecología, la epidemiología, el estudio del comportamiento sanitario de las poblaciones y de los efectos de la migración de la salud mental, la etnofarmacología), la etnopsiquiatría y la antropología de la enfermedad dibujan hoy su todavía confundido pero densísimo horizonte de investigación (Bibeau, 1997) y su fatigosa actividad clínica. Si, por un lado, ésta muestra la actualidad de la lección metodológica de sus pioneros (Murphy, Devereux, Wittkower, de Martino, etcétera), por el otro, con sus propias interrogantes y la comparación con otras realidades de la enfermedad y de la curación invoca la necesidad de un *cambio antropológico en la psiquiatría y en la medicina contemporánea* que constantemente reproblematic las teorías sicopatológicas, los modelos terapéuticos y las ideologías de la salud.

REFERENCIAS

AA.VV.

- 1981 *La notion de personne en Afrique noire*. CNRS, París.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

- 1994 *DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington.

AUGÉ, M.

- 1977 *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort. Introduction à une anthropologie de la répression*. Flammarion, París.

AUGÉ M. Y C. HERZLICH

- 1983 *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Il Saggiatore, Milán.

BALANDIER, G.

- 1955 *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. PUF, París.

BERRY, J. W., S. H. IRVINE Y E. G. HUNT (EDS.)

- 1988 *Indigenous Cognition: Functioning in Cultural Context*. Martinus Nijhoff, Dordrecht, Holanda.

BASTIDE, R.

- 1981 Le principe d'individuation (contribution à une philosophie africaine). AA.VV., *La notion de personne en Afrique noire*, CNRS, París: 33-43.

BENEDEUCE, R.

- 1996 Mental Health Disorders and Traditional Healing Systems Among the Dogon (Mali, West Africa). *Transcultural Psychiatric Research Review*, XXXIII (3): 189-220.
- 1998 *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*. Angeli, Milán.
- 2002 *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*. Bollati Boringhieri, Turín.
- 2003 La terza sponda del fiume. Un approccio antropologico alla mediazione culturale. M. Andolfi (coords.) *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Angeli, Milán: 39-72.
- 2005a Enigmi della differenza. Roberto Beneduce y Elisabeth Roudinesco (coords.) *Antropologia e psicanalisi. Temi e protagonisti di un dialogo incompiuto*, 2 vol., Bollati Boringhieri, Turín.
- 2005b Medicina tradizionale a Sangmélíma (Camerún). Per un'economia del male e della cura, *Rivista Italiana di Antropologia Medica*, 19-20.

BENEDUCE, R. Y R. COLLIGNON (COORDS.)

- 1995 *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Nápoles.

BIBEAU, G.

- 1978 L'organisation Ngbandi des noms de maladie. *Anthropologie et Société* 2(3): 83-116.
- 1983 L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi. *Culture*, III (1): 33-49.
- 1997 Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatry* 34 (1): 9-42.

BLOCH, M.

- 1990 *New Foreward to Prospero and Caliban. The Psychology of Colonization*. The University of Michigan Press, Ann Arbor.

BONNET, D.

- 1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays Mossi (Burkina Faso)*. Edición de l'ORSTOM, Mémoires 110, París.
- 1988-1989 Désordres psychiques, étiologie moose et changement social. *Psychopathologie Africaine* XXII (3): 293-325.
- 1996 Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. *Sciences sociales et santé* 14 (1): 5-16.

BOURGUIGNON, E.

- 1983 *Antropologia psicologica*. Laterza, Bari.

BRILL, B. Y H. LEHALLE

- 1988 Le développement psychologique est-il universel? Approches interculturelle, PUF, París.

BULLARD, A.

- 2005 L'Oedipe africain. A retrospective. *Transcultural psychiatry* 42 (2): 171-203.

CARDEÑA, E.

- 1992 Trance and Possession and Dissociative Disorders. *Transcultural Psychiatric Research Review* XXIX (4): 287-300.

CARDONA, R.

- 1976 *Introduzione all'etnolinguistica*. Laterza, Bari.
- 1986 *La foresta di piume. Manuale di etnosciencia*. Laterza, Bari.

CHERKI, A.

2000 *Frantz Fanon. Portrait*. Seuil, Paris.

CLASTRES, P.

1980 *Cronaca di una tribù. Il mondo degli indiani gaiaki, cacciatori nomadi del Paraguay*. Feltrinelli, Milán.

COLLIGNON, R.

1997 Aliénation mentale et altérité du sujet colonial: de quelques difficultés de l'émergence d'une relation thérapeutique basée sur le dialogue en Afrique. Roberto Beneduce (ed.) *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*. L'Harmattan, Italia, Turín: 71-88.

COMAROFF, J.

1985 *Body of Power, Spirit of Resistance: The Culture and History of a South African People*. University of Chicago Press, Chicago.

CORIN, E.

1976 Zebola: une psychothérapie communautaire en milieu urbain. *Psychopathologie Africaine* XII (3): 349-390.

1980 Vers une réappropriation de la dimension individuelle en psychologie africaine. *Revue Canadienne des Etudes Africaines*, 14 (1): 135-156.

1982 La transformation des codes religieux dans les groupes thérapeutiques de possession au Zaïre. *Cahiers du CRSR*, n. Special Pathologie et Religion (4): 138-163.

DE CERTEAU, M.

1981 Croire: una pratique de la différence. Document de travail. *Documents de travail et pré-publications*. Centro Internazionale di Semiotica e di Linguistica, Università di Urbino, (106) serie A: 2-21.

DE HEUSCH, L.

1971 *Possession et chamanisme*. En *Pourquoi l'épouser? Et autres essais*, Gallimard Paris: 226-244.

DE ROSNY, E.

1981 *Les yeux de ma chèvre*. Plon, Paris.

DELEUZE, G. Y F. GUATTARI

1975 *L'anti-Edipo*. Einaudi, Turín.

DEVEREUX, G.

- 1985 *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion París.
 1998 *Psychothérapie d'un indien des Plaines. Réalité et rêve*. Fayard, París.

DOI, T.

- 1991 *Anatomia della dipendenza. Un'interpretazione del comportamento sociale dei giapponesi*. Cortina, Milán.

DORÈS, M.

- 1981 *La femme village. Maladies mentales et guérisseurs en Afrique noire*. L'Harmattan, París.

DOURNES, J.

- 1987 Conception du mal, de la maladie, de la guérison dans l'univers des représentations des populations autochtones traditionnelles en Indochine. A. Retel, Laurentine (ed.) *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. L'Harmattan, París: 65-72.

DUNNIGAN, T., M. MCNALL Y J. T. MORTIMER

- 1993 The Problem of Metaphorical non-Equivalence in Cross-Cultural Survey Research. Comparing the Mental Health Status of Hmong Refugee and General Population Adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 24 (3): 344-365.

ELIADE, M.

- 1957 *Mythes, rêves et mystères*. Gallimard, París.

ETKIN, N. L.

- 1990 Ethnopharmacology: Biological and Behavioral Perspectives in the Study of Indigenous Medicine, Johnson Th. J. & Sargent C.F (eds.) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger Publishers, Nueva York.

FAMER, P.

- 2001 *Infections and Inequalities. The modern Plagues*. California University Press, Berkley.
 2004 *On suffering and Structural Violence: A View from Below*, in Scheper-Hugues Nancy y Bourgois Philippe (eds.) *Violence in War and Peace. An Anthropology*, Oxford, Blackwell Publisher: 281-289.

FABREGA, H. JR.

- 1974 *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. MIT Press, Cambridge.

- FASSIN, D.
 1992 *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar.* PUF, Paris.
- FAVRET-SAADA, J.
 1977 *Les mots, la mort. Les sorts: la sorcellerie dans le Bocage.* Gallimard, Paris.
- FOUCAULT, M.
 1966 *Les mots et les choses.* Gallimard, Paris.
- FRAKE, C.O.
 1961 The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao. *American Anthropologist*, (63): 112-121.
- GARRO, L.
 2002 Narrating Troubling Experiences. *Transcultural Psychiatry* 2003, 40 (1): 5-43.
- GEBER, M.
 1989 Psychothérapie d'un enfant atteint de kwashiorkor. *Psychopathologie Africaine* XII (2):171-189.
 1991 Le devenir des enfants atteints de kwashiorkor. *Devenir* 3 (1): 36-54.
- GLICK, L. B.
 1967 Medicine as Anthropological Category: The Gimi of the New Guinea Highlands. *Ethnology* (6): 31-56.
- GOOD B.J. Y M. J. DEL VECCHIO GOOD
 1982 Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: 'Fright-illness' and 'Heart-distress'. Iran, Marsella A.J., White G.M. (eds.) *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*, Reidel, Dordrecht: 141-166.
- HALLEN, B. Y J. O. SODIPO
 1987 *Knowledge, Belief and Witchcraft. Analytic Experiments in African Philosophy.* Ethnographica Ltd., Londres.
- HALPERIN, D.
 1996 Trance and Possession: Are They the Same? *Transcultural Psychiatric Reserch Review*, XXXIII (1): 33-42.
- HÉRITIER, F.
 1980 L'dentità Samo. C. Lévi-Strauss (coord.) *L'identità*, Sellerio, Palermo: 50-79.

HORTON, R.

- 1967 African Traditional thought and Western science. *Africa* XXXVII: 50-71 y 155-187.

HUGHES, CH. C.

- 1990 Ethnopsychiatry. Johnson Th. J. & Sargent, C. F. (eds.) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger, Nueva York.

JACOBSON-WIDDING, A.

- 1990 The Shadow as an Expression of Individuality. Congolese Conception of Personhood, Jackson M., Karp I. (eds.) *Personhood and Agency. The Experience of Self and Other in African Cultures*. Acta Universitatis Upsaliensis & Washington, Smithsonian Institution Press, Upsala: 31-58.

JACKSON, M., E I. KARP

- 1990 The Man Who Could Turn Into an Elephant: Shape-Shifting among the Kuranko of Sierra Leone. Jackson M., Karp I. (eds.) *Personhood and Agency. The Experience of Self and Other in African Cultures*, Acta Universitatis Upsaliensis & Washington, Smithsonian Institution Press, Upsala: 59-78.

JILEK, W. G.

- 1988 *Indian healing. Shamanic Ceremonialism in the pacific Northwest Today*. Hancock House, Honk Hong.
- 1994 Traditional Healing in the Prevention and Treatment of Alcohol and Drug Abuse. *Transcultural Psychiatric Reserch Review* 31 (3): 219-258.

KARP, I. Y D. A. MASOLO (EDS.)

- 2000 *African Philosophy as Cultural Inquiry*. Indiana University Press, Bloomington.

KERVAN, M.

- 1982 *Dictionnaire dogon donno so, région de Bandiagara*. Paroisse Catholique, Bandiagara.

KLEINMAN, A.

- 1974 Cognitive Structures of Traditional Medical Systems: Ordering, Explaining, and Interpreting the Human Experience of Illness. *Ethnomedicine*: 3-27,
- 1987 Anthropology and Psychiatry: The Role of Culture in Cross-cultural Research on Illness. *British Journal of Psychiatry* (151): 447-454.
- 1995 *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley.

- KIRMAYER, L. J.
 1993 Healing and the Invention of Metaphor: Effectiveness of Symbols Revisited. *Culture, Medicine & Psychiatry* 17(2): 161-190.
- KRAUSKOPFF, G.
 1993 *Maîtres et possédés*. CNRS, Paris.
- LACAN, J.
 1991 *Le séminaire, Livre XVII. L'envers de la psychanalyse. 1969-1970*. Seuil, Paris.
- LAUGHLIN C., MCMANUS Y E. D'AQUILI
 1993 *Brain, Symbol, and Experience: Toward a Neuropharmacology of Human Consciousness*. Columbia University Press, Nueva York.
- LANTERNARI, V.
 1972 Occidente e Terzo mondo. *Incontri di civiltà e religioni differenti*. Edit. Dedab, Italia.
- LEFF, J.
 1988 *Psychiatry around the Globe. A Transcultural View*. Gaskell, Londres.
- LÉVI-STRAUSS, C.
 1978 *Antropologia strutturale*. Bompiani, Milán.
- LEWIS-FERNANDEZ, R.
 1992 The Proposed DSM-IV. Trance and Possession Disorder Category: Potential Benefits and Risks. *Transcultural Psychiatric Reserch Review* XXIX(4): 301-318.
- LITTLEWOOD, R.
 1990 From Categories to Context. A Decade of New Cross-Cultural Psychiatry. *British Journal of Psychiatry* (156): 308-327.
 1993 Ideology, Camouflage or Contingency? Racism in British Psychiatry. *Transcultural Psychiatric Reserch Review* (30): 243-290.
- LITTLEWOOD R. Y DEIN, S.
 1995 The Effectiveness of Words: Religion and Healing among the Lubawitch of Stanford Hills. *Culture, Medicine & Psychiatry* 19(3): 339-383.
- LUCAS, R. L. Y R. BARRETT
 1995 Interpreting Culture and Psychopathology: Primitivist Themes in Cross-Cultural Debate. *Culture Medicine and Psychiatry*, 19(3): 287-325.

- LUTZ, C.
1985 Depression and Translation of Emotional Worlds. Keinman A. and Good B. (eds.). *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. California University Press, Berkeley: 63-100.
- MANFREDI, V.
1997 Igbo Initiation: Phallus or Umbilicus? *Cahiers d'études africaines* 145, XXXVII (1):157-212.
- MANNONI, O.
1990 *Prospero and Caliban. The Psychology of Colonization*. The University of Michigan Press, Ann Arbor.
- MARSELLA, A. J.
1979 Cross-Cultural Studies of Mental Disorders. Marsella A. J., Tharp R., Cibowroski T. (eds.). *Perspectives in Cross-cultural Psychology*, Academic Press, Nueva York.
1993 Sociocultural Foundations of Psychopathology: an Historical overview of Concepts, Events and Pioneers Prior to 1970. *Transcultural Psychiatric Reserch Review* (30): 97-142.
- MARSELLA, A.J. Y G.M. WHITE (EDS.)
1982 *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Reidel, Dordrecht.
- MASTROMATTEI, R. ET AL.
1995 *Tremore e potere. La condizione estatica nello sciamanismo himalayano*. Angeli, Milán.
- MBEMBE A., R. ET AL.
2001 *On the Postcolony*. University of California Press, Berkeley.
- MAUSS, M.
1965 *Teoria generale della magia e altri saggi*. Einaudi, Turín.
- MCCULLOCH, J.
1995 *Colonial Psychiatry and 'the African mind'*. Cambridge University Press, Cambridge.
- MÜLLER, J. C.
1993 Compte rendu: Charles-Henry Pradelles de Latour, ethnopsychanalyse en pays Bamiléké. E.P.E.L., París, 1990. *Anthropologie et Sociétés* 17 (1/2): 265-267.

MURPHY, H. M.

- 1980 L'apparition des sentiments de culpabilité en tant que symptôme de dépressif courant: une comparaison historique pourtant sur deux continents. *Psychopathologie Africaine* XVI (2):143-170.
- 1995 Depressione, credenze nella stregoneria e sviluppo del Super-Io nelle società tradizionali. R. Beneduce y R. Collignon (coords.) *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa Occidentale*, Liguori, Nápoles: 115-147.

NATHAN, T.

- 1988 *Psychanalyse païenne. Essais ethnopsychanalytiques*. Dunod, París.
- 1993 *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était. Principes d'ethnopsychanalyse*. La pensée sauvage, París.
- 1994 *L'influence qui guérit*. Odile Jacob, París.

OBEYESEKERE, G.

- 1985 Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka. Keinman A. and Good B. (eds.). *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. California University Press, Berkeley: 134-152.
- 1990 *The Work of Culture. Symbolic Transformations in Psychoanalysis and Anthropology*. Chicago University Press, Chicago.

OLIVIER DE SARDAN, J. P.

- 1994 Possession, affliction et folie: les ruses de la thérapisation. *L'Homme* 131, julio-septiembre, XXXIV(3): 7-27.

ORING, E.

- 1993 Victor Turner, Sigmund Freud, and the Return of the Repressed. *Ethos* 21(3): 273-294.

ORTIGUES, M. C. Y E. ORTIGUES

- 1966 *Œdipe africain*. L'Harmattan, París.
- 1993 Pourquoi ces mères indifférentes? Ou comment faire la partie du culturel? *Psychopathologie Africaine* XXV(1): 5-31.

PANDOLFO, S.

- 1997 Rapt de la voix. *Revue d'Etudes Berbère* (15): 31-50.
- 2000 *The Thin Line of Modernity: Some Moroccan Debates on subjectivity*. T. Mitchell (ed.), *Questions of Modernity*, Minneapolis, Londres, University of Minnesota Press: 115-147.

- PARIN, P.
1979 Le moi et les mécanismes d'adaptation. *Psychopathologie Africaine*: 159-200.
- PARIN, P., MORGENTHALER, F. Y G. PARIN-MATTHEY
1966 *Les blancs pensent trop. 13 entretiens psychanalytiques avec les dogon*, Payot, París.
- PARSONS, S. W.
1991 Interpreting Projections, Projecting Interpretations. A Reconsideration of the Phallus en Esu Iconography. *African Arts*, summer: 36-45.
- PIAULT, C. (COORD.)
1975 *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*. Herman, París.
- POOL, R.
1994a *Dialogue and Interpretation of Illness. Conversations in a Cameroonian village*. Berg Publishers, Oxford.
1994b On the Creation and Dissolution of Ethnomedical Systems in Medical Ethnography of Africa. *Africa* 64 (1): 1-20.
- PRINCE, R.
1982a The Endorphins. A Review for Psychological Anthropology. *Ethos* 10 (4): 299-304.
1982b Shamans and endorphins. Hypothesis for a Synthesis. *Ethos* 10 (4): 409-423.
1996 Pioneers in Transcultural Psychiatry: John Colin D. Carothers (1903-1989) and African Colonial Psychiatry. *Transcultural Psychiatric Reserch Review*, XXXIII(2): 226-240.
- SAHLINS, M.
1999 Two or Three Things That I Know about Culture. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 5 (3): 399-421.
- SAYAD, A.
2002 *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Cortina Milán.
- SCHEPER-HUGHES, N.
1992 *Death without Weeping: the Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University Press, California.
- SEPPILLI, T. (COORD.)
1989 *Medicine e magia: le tradizioni popolari in Italia*. Electa, Milán.

SEVERI, C.

2004 *Il percorso e la voce*. Einaudi, Turin.

SEYDOU, C.

1977 La devise dans la culture peule: évocation et invocation de la personne. G. Calame-Griaule (ed.) *Langage et cultures africaines*, Maspero, Paris: 187-264.

SCHWEDER, R. A., Y E. J. BOURNE

1982 Does the Concept of Persons vary Cross-Culturally? Marsella A. J., White G. M. (eds.). *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Reidel, Dordrecht: 97-140.

SYLLA, O. Y M. MBAYE

1990-1991 Psychopathologie et migration: à propos d'un cas de wootal. *Psychopathologie Africaine* XXIII(3): 353-364.

SIMONS, R. C.

1985 Sorting the Culture-Bound Syndromes. Simons R.C., Hughes Ch. C. (eds.) *The Culture-bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Reidel, Dordrecht: 25-48.

SIMONS, R. C., HUGHES, CH. C. (EDS.)

1985 *The Culture-bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Reidel Dordrecht.

SOW, I.

1977 *Psychiatrie dynamique africaine*. Payot, Paris.

1978 *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique*. Payot, Paris.

TALIANI, S.

2004 *La costruzione dell'individuo in Africa. Conversazioni su male e infanzia in Camerun* (tesis doctoral, en prensa).

TULLIO-ALTAN, C.

1971 *Manuale di antropologia culturale. Storia e metodo*. Bompiani, Milán.

VANDERMEERSCH, L.

1974 De la tortue à l'achillée. AA. VV. (eds.) *Divination et rationalité*, Seuil, Paris: 29-51.

VAUGHAN, M.

1991 *Curing their ills. Colonial Power and African Illness*, Polity Press, Cambridge.

YOUNG, A.

1997 Modi del ragionare e antropologia della medicina. *Rivista Italiana di Antropologia Medica* (3/4): 11-28.

WALTER, A.

1981-1982 Ethnomédecine et anthropologie médicale: bilan et perspectives. *Cahiers ORSTOM*, XVIII (4): 405-414.

WERBNER, R. (ED.)

2000 *Memory and the Postcolony. African Anthropology and the Critique of Power*. Zed Books, Londres.

2002 *Postcolonial Subjectivities in Africa*. Zed Books, Londres.

WHITE, G. M.

1982 The Ethnographic Study of Cultural knowledge of "mental disorder". Marsella A. J. and White G. M. (eds.) *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. Reidel Dordrecht.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

1973 *International Pilot Study of Schizophrenia*. World Health Organization, Ginebra.

1983 *Depressive Disorders in Different Cultures. Report on the WHO Collaborative Study on Standardization Assessment of Depressive Disorders*. World Health Organization, Ginebra.

ZEMPLINI, A.

1985 Les maladies et ses causes. *L'Ethnographie* 2/3 (96/97): 13-43.

ZEMPLINI, A. Y J. RABAIN

1972 Milieu africain et développement. *Psychopathologie Africaine* VIII (2): 233-295.

