



**UNIVERSITÀ DI MILANO-BICOCCA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE PER LA FORMAZIONE**

**“RICCARDO MASSA”**

**DOTTORATO IN ANTROPOLOGIA DELLA CONTEMPORANEITÀ:  
ETNOGRAFIA DELLE DIVERSITÀ E DELLE CONVERGENZE CULTURALI**

**IL TEMPO LUNGO DELLA VIOLENZA  
*ETNOGRAFIA DELLA SALUTE MENTALE NELLA SOMALIA  
CONTEMPORANEA***

Dottorando: Massimiliano Reggi

Matricola n° 716288

Tutor: Prof. Alice Bellagamba

XXIII CICLO

*A Elena, Amalia e Daniela,  
d'amore e di pazienza (la loro)*

**IL TEMPO LUNGO DELLA VIOLENZA**  
**ETNOGRAFIA DELLA SALUTE MENTALE NELLA SOMALIA**  
**CONTEMPORANEA**

**INDICE**

INTRODUZIONE.....	6
1. Intersoggettività e dimensioni della violenza nell'esperienza quotidiana .....	6
2. Sofferenza sociale e soggettività .....	14
4. Posizionamenti: da cooperante a ricercatore .....	25
5. Questioni etiche .....	30
6. Cronologia riassuntiva della presenza sul campo .....	34
7. Capitolo per capitolo .....	35
<b>CAPITOLO 1 LA SALUTE MENTALE NEGLI STUDI SOMALI .....</b>	<b>38</b>
1.1 <i>In</i> Somalia.....	38
1.1.1 Somaliland .....	39
1.1.2 Puntland .....	44
1.1.3 Centro – Sud della Somalia .....	45
1.2 Contesti di rifugio o di approdo.....	49
1.2.1 Stati Uniti d'America .....	50
1.2.2 Regno Unito ed Europa .....	56
1.2.3 Australia e Nuova Zelanda .....	60
1.2.4 Canada .....	63
1.3 Campi rifugiati e ambito regionale .....	67
<b>CAPITOLO 2 SALUTE MENTALE NELLE STRUTTURE DELLA QUOTIDIANEITA’</b> .....	<b>71</b>
2.1 Introduzione al diritto consuetudinario Somalo .....	71
2.1.1 Giurisprudenza della salute mentale: <i>Xeer</i> e <i>waali</i> .....	76
2.1.2 La consuetudine del contenimento 1 : carceri e polizia .....	83
2.2 Politiche sanitarie locali .....	94
2.2.1 Centro-Sud Somalia .....	102
2.2.2 Puntland .....	104
2.2.3 Somaliland.....	114
<b>CAPITOLO 3 IL MALATO E LA FAMIGLIA A CONFRONTO CON IL DISAGIO</b> <b>MENTALE.....</b>	<b>121</b>

3.1	Identificazione del disagio.....	121
3.2	Categorie ed esperienze di anormalità .....	128
3.3	La crisi profonda: Waali .....	140
3.4	La vita sociale di Colaad: essere <i>waalan</i> e il suo contrario .....	148
3.4.1	L'arrivo, lo stereotipo .....	148
3.4.2	I precedenti .....	152
3.4.3	Eziologia familiare .....	157
3.4.4	La religione, la resistenza .....	159
3.4.5	Il processo di cambiamento collettivo.....	162
3.4.6	Una camicia nuova per Colaad, piccolo imprenditore .....	167
3.4.7	Quale guarigione? .....	171
3.5	Epilogo .....	180
<b>CAPITOLO 4 LA SFERA PRIVATA E QUELLA PUBBLICA .....</b>		<b>181</b>
4.1.	Forme quotidiane di tristezza: <i>murugo</i> , <i>niyad-jab</i> e dintorni .....	181
4.2.	Fattori protettivi: Islam, aridità e famiglia .....	199
4.3.	La consuetudine del contenimento 2 : la famiglia e le catene .....	211
4.3.1.	Dimensione del fenomeno .....	216
4.3.2.	Motivazioni del contenimento con catene .....	223
4.3.3.	Pratiche di contenimento .....	235
4.3.4.	L'utilità delle catene .....	240
<b>CAPITOLO 5 LUOGHI E ATTORI ESPERTI DELLA GUARIGIONE .....</b>		<b>243</b>
5.1.	Il ruolo dell'Islam .....	249
5.1.1	Lo Sheikh e l'eziologia religiosa .....	251
5.1.2	Identificazione del <i>jiin</i> .....	262
5.1.3	Luoghi di guarigione (e riposo) coranici .....	266
5.2.	Altri attori esperti .....	275
5.3	<i>Mingis</i> tra Zar e Islam .....	276
5.3	<i>Daawo-Somali</i> e erboristeria .....	281
5.4	Il <i>Takhtar</i> , dal farmacista allo psichiatra .....	283
5.4.1	Farmacie .....	283
5.4.2	Strutture a carattere ospedaliero.....	286
5.4.3	I “nuovi” reparti di salute mentale: Bosaso e Burco. ....	288
5.4.4	Le “vecchie” strutture di salute mentale: Berbera e Hargeisa. ....	290
5.5.	La modernità tradizionale: i nuovi centri di “riposo” per la salute mentale	299

5.5.1 I luoghi di cura .....	301
5.5.2 Il servizio, la terapia, il contenimento .....	304
<b>CAPITOLO 6 DAGLI ITINERARI TERAPEUTICI ALLA MIGRAZIONE</b>	
<b>TERAPEUTICA.....</b>	<b>314</b>
6.1. Itinerari terapeutici .....	314
6.2. Migrazione come strategia terapeutica.....	321
6.2.1 Culture della migrazione?.....	321
6.2.2 <i>Daqhancalin</i> e i ritorni “rigenerativi” .....	329
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>350</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>361</b>
<b>APPENDICE.....</b>	<b>390</b>
<b>FOTOGRAFIE .....</b>	<b>398</b>

*La differenza tra la parola giusta e la parola quasi giusta  
è la stessa che esiste tra un lampo e una lucciola*  
Mark Twain

## INTRODUZIONE

Prendiamo due pezzi di carta e scriviamo su uno la parola *Somalia* e sull'altro *salute mentale*, facciamoli leggere a uno sconosciuto e chiediamogli cosa gli venga in mente.

Guerra, violenza, brutalità saranno con molta probabilità le immagini suscitate dalla combinazione delle due parole chiave. La violenza è presente e non potrebbe essere altrimenti considerando che dal 1991, in vaste aree del Paese, ventidue anni guerra a diverse intensità continuano a segnare il tempo del quotidiano. Inoltre, le conseguenze della guerra “passata” e di quella “presente”, che nell’esperienza dei soggetti sono a volte in continuità a volte in discontinuità tra di loro, svolgono un ruolo pervasivo invadendo anche quei territori, soprattutto al nord, dove la guerra non è concretamente combattuta. La violenza s’*insinua* nelle esperienze e nei rapporti tra le persone a diversi livelli, assumendo svariate forme. Su quest’ordine di considerazioni dobbiamo fermarci un attimo e cercare di fare luce, innanzitutto rispondendo a una semplice ma non scontata domanda: *di che violenza stiamo parlando?*

Con questa introduzione cercheremo di mostrare, attraverso la definizione di un quadro di riferimento teorico-metodologico, in che modo alcuni concetti, quali ad esempio quelli di violenza e soggettività, hanno contribuito all’etnografia della salute mentale che ho condotto in Somalia. Questi non sono gli unici temi d’interesse per il presente lavoro, la scelta di affrontarli subito è motivata dal fatto di avere condotto la ricerca in un campo insicuro e instabile e con soggetti altamente vulnerabili. Saranno dunque esplicitate subito questioni etiche e di posizionamento che troveranno una successiva elaborazione, assieme ad ulteriori elementi teorici d’interesse per la trattazione del materiale proposto nei diversi capitoli di questo lavoro.

### **1. Intersoggettività e dimensioni della violenza nell'esperienza quotidiana**

Il tema della violenza è stato affrontato relativamente di recente dall'antropologia, soprattutto in seguito alla svolta riflessiva degli anni 1980, attraverso la tematizzazione del carattere storicamente e politicamente situato della ricerca (Dei, 2005). Questo permise di dare visibilità a forme di violenza<sup>1</sup> precedentemente mascherate dietro il

---

<sup>1</sup> Va qui ricordato la formidabile influenza che concetti come quello di “violenza simbolica” elaborato da

realismo etnografico, e di inaugurare una serie di ricerche concentrate principalmente sulla violenza politica (Colvin, 2007)<sup>2</sup>, o violenza “collettiva” e ai connessi temi della testimonianza e del ruolo e posizionamento dell’antropologo di fronte alle atrocità di massa (cfr. Nordstrom e Robben, 1995, Robben e Suarez-Orozco, 2000; Scheper-Huges e Bourgois, 2004; Beneduce, 2008; Dei, 2005; McKinney, 2007), siano esse perpetuate durante la permanenza sul campo oppure documentate attraverso la raccolta di biografie o il lavoro clinico con rifugiati (Robben, 1995; Mallki, 1995, Beneduce, 1998 e 2010). In ambito psicologico si è maggiormente studiata la relazione tra esposizione alla violenza e conseguenze sulla salute mentale delle persone. Nello specifico, sono state principalmente analizzati il concetto di trauma, dominante nelle scienze psicologiche a partire dagli anni 1980 (Fassin, Retchman, 2009; Beneduce, 2010; Young, 1997). È il periodo in cui in cui la categoria diagnostica del PTSD- *Post Traumatic Stress Disorder* ha avuto origine e si è affermata, dando nuova linfa a settori come quello della psicotraumatologia e della psicologia dell’emergenza (Petrogalli et al., 2003; Lo Iacono, 2002), costruiti intorno alla triade violenza-trauma-disagio psichico.

Il PTSD -*Disturbo Post Traumatico da Stress* in italiano- è stato introdotto come categoria diagnostica nella versione III del DSM-Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie Mentali-(APA, 1980), il principale testo di riferimento del settore, realizzato a partire dal 1952 dall’American Psychiatric Association. Formulato a partire da considerazioni clinico-sociali circa i disturbi psichici dei veterani della guerra del Vietnam, esso è considerata la più comune tra le conseguenze a lungo termine per chi è stato vittima diretta o testimone di un evento doloroso di straordinaria intensità (Marsella et al., 1996; Young et al., 1998; Eherenreich, 2001). Nel DSM IV-TR sono definiti fattori traumatici estremi quelli che:

implicano l’esperienza personale diretta di un evento che causa o possa comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all’integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all’integrità fisica di un’altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui si è in stretta

---

Pierre Bourdieu e quello di “violenza strutturale” in particolare nella formulazione datagli da Paul Farmer (2004) hanno esercitato e continuano ad esercitare sugli studiosi. Per una critica del concetto di violenza strutturale, al suo valore retorico/ valore teorico, si vedano i commenti all’articolo riportati a margine dello stesso. In particolare, come ricorda Didier Fassin (2006), spesso l’enfasi sulla centralità della violenza strutturale avviene a detrimento dei significati che gli eventi hanno per coloro che ne sono coinvolti in prima persona.

<sup>2</sup> Sull’ambiguità del termine “violenza politica” si veda Antze e Lambek (1996).



relazione (APA, 2000, p.497).

Dal punto di vista sintomatologico sono identificati i seguenti criteri per la diagnosi di PTSD: i) un'esposizione all'evento catastrofico tale da aver subito una minaccia alla propria o all'altrui sopravvivenza o all'integrità fisica; ii) la presenza di pensieri o esperienze intrusive che impediscono un'elaborazione adeguata del trauma; iii) sintomi di annebbiamento cognitivo e di evitamento; iv) uno stato d'ipervigilanza; v) la persistenza dei sintomi per almeno un mese. Il PTSD è classificato fra i disturbi d'ansia nonostante la sua composizione sia trasversale comprendendo sintomi depressivi, fenomeni dissociativi e disturbi somatoformi. La complessità dello spettro di manifestazioni, l'eterogeneità delle cause, e l'insieme dei disturbi raggruppati sotto l'etichetta "PTSD" rendono conto della genericità di questa categoria diagnostica che ha proprio nel fatto di essere vaga ed omnicomprensiva allo stesso tempo il suo maggiore limite e la ragione del suo successo (Marsella et al.; 1996). A molti disturbi scatenati da cause diverse tra di loro, esterne all'individuo, indipendentemente dall'origine, dal contesto socio-politico, dalle implicazioni per il soggetto o la comunità, viene così fatta corrispondere un'unica definizione e un numero ristretto di possibili trattamenti. L'operazione di mascheramento di fattori sociali sottostanti forme di violenza che l'uso di tale categoria può implicare e il suo utilizzo standardizzato in contesti assai diversi tra di loro, sono solo due delle numerose critiche sulle qualità *politiche* e destoricizzanti del PTSD (Young, 1997; Kienzler, 2008; Breslau, 2004; Bracken et al., 1995)<sup>3</sup>.

Se l'obiettivo della scrittura antropologica è farci cogliere il punto di vista dei nativi, cioè ricostruire la compattezza fenomenologica del loro mondo, ha argomentato Roberto Beneduce, di fronte alla violenza radicale:

si tratta piuttosto di restituire il senso della dissoluzione di un mondo culturale, della disintegrazione dell'ordine culturale che si vorrebbe scoprire e restituire (Beneduce, 2008, p.14-15).

L'aspetto *fisicamente* "distruttivo" è la prima evidente conseguenza che ogni guerra porta con sé. Questo però è immediatamente seguito da conseguenze altrettanto devastanti sulle dimensioni sociali e culturali, che danno alla violenza il suo potere e

---

<sup>3</sup> Per le critiche circa la categoria diagnostica e il suo utilizzo si vedano anche Summerfield (2001) e il dibattito relativo sul portale internet del British Medical Journal. Sul ruolo della memoria traumatica si vedano in particolare Antze e Lambek (1996) e il volume 34 (2) di ETHOS – Journal of the society for Psychological Anthropology (AAVV, 2006).

significato (Scheper-Hughes et al., 2004, p.1). La guerra pervade la vita sociale, s'insinua tra le persone e i rapporti interpersonali, comporta la progressiva distruzione dei modi quotidiani di vivere e interagire in una società (Beneduce, 2008, p.218). Non solo distrugge i corpi ma smonta le costruzioni culturali del corpo, dell'identità personale, della socialità primaria (Dei, 2005, p.49).

Come ricordano Nancy Sheper-Hughes e Philippe Bourgois (2004) nell'introduzione alla loro rassegna di saggi sulla violenza, quest'ultima è *non-lineare, produttiva, distruttiva e riproduttiva*. Se è facile riconoscerla in un atto violento diretto, non altrettanto facile è catturarne l'espressione quotidiana mediata da significati culturali, da contesti d'azione e pratiche sociali, da interessi storicamente definiti, così come difficile è, più genericamente, una sua categorizzazione. D'altronde, sottolineano ancora gli autori, essa *“può essere tutto o nulla; legittima o illegittima; visibile o invisibile; necessaria o inutile; senza senso e gratuita o totalmente razionale e strategica”* (ibid., p.2). La straordinaria plasticità della violenza fa sì che questa agisca, in mutate forme, a distanza di tempo. Il suo movimento “duplice” (Beneduce, 2008) distrugge e costruisce nel riprodursi e nel dare vita a nuove forme di violenza, nel modificare gli spazi e i luoghi delle relazioni umane, così come i tempi e le modalità degli stessi, nonché entrare nella quotidianità soprattutto in contesti, come quello somalo, dove si perpetua da decenni. Guerra significa cioè che la morte irrompe inesorabilmente nel quotidiano, e quando è finita può continuare ad abitare lo stesso spazio in tempo di pace. Le efferatezze di una guerra civile combattuta corpo a corpo, vicino di casa contro vicino di casa, sono tristemente note e immaginabili nella loro “creativa” crudeltà. Con molta compostezza una persona con cui ho lavorato per più di un anno mi raccontò che durante il primo anno di conflitto avesse assistito e partecipato “anche contro la sua volontà” ad azioni indicibili come quando dovette tenere per le braccia una persona catturata da membri del suo sottoclan mentre il cugino le teneva le gambe e un terzo lo sgozzava con un coltellaccio. Non ho mai scritto i particolari di questo racconto nel mio diario, non saprei dire perché. Quando però penso alle sue parole l'immagine di quel momento lo vedo, nitido e “identico” alla prima volta che me lo raccontò. Forse, come ricorda Caruth (1997), di fronte a racconti di tale intensità emotiva l'ascoltatore si pone nella posizione di chi *vede*, sfidando le abituali strategie conoscitive generando una prossimità complessa tra ascolto, testimonianza ed esperienza.

Non si vuole qui fare un elenco delle brutalità ascoltate negli anni passati in

Somalia. E' però significativo che queste irrompessero al di fuori di contesti clinici e di ricerca, anche in occasioni ludiche e di "naturale quotidianità", come ad esempio il giorno del mio compleanno quando verso la fine della serata rimasi sul terrazzo di casa con alcuni amici a masticare Qaat. Mogadiscio e la Somalia prima della guerra presero il palcoscenico. Tra i tanti eventi, ricordo nitidamente quello raccontatomi da una mia ospite che aveva come protagonista una sua parente, incinta, morta in seguito alle torture subite tra cui l'inserimento di batterie alcaline negli organi genitali sino a provocare un collasso interno.

Esperienze di tale tenore drammatico sono raccontati con dovizia di particolari in numerose interviste ed incontri effettuati, oppure al bar o passeggiando sulla costa, tratteggiando il macabro contesto, sempre diverso da storia a storia, che ha come filo conduttore l'annientamento di altri esseri umano. Siamo cioè in un ambiente sociale dove, in particolare dal 1990 in avanti, la morte di un vicino di casa o di un parente, così come lo è la vista di morti sconosciuti diventano consuetudini, raccontabili da qualsiasi famiglia.

Questi eventi traumatizzanti, non necessariamente nel senso paradigmatico del termine, hanno effetti potenzialmente devastanti per la stabilità emozionale e mentale delle persone, minacciando il loro senso di sicurezza e l'integrità delle loro proprie famiglie. Queste ultime sono disgregate sia dalle morti sia dalle fughe che non sempre possono avvenire assieme ai propri cari. Se ciò non bastasse, la necessità di accudire i membri più vulnerabili della propria famiglia può causare ulteriore disgregazione e dispersione che negli anni si potrà ancora amplificare in virtù delle lungaggini nel raggiungere familiari all'estero ove nel frattempo questi si sono rifugiati.

Incontro Mohamed la prima volta il 13 luglio 2010 assieme ad un assistente di ricerca, a sua volta rifugiato, nello campo di Hagadera che con quello di Dagahaley e di Ifo costituiva, all'epoca della ricerca, il complesso di Dadaab, il campo rifugiati più grande al mondo, abitato da 454.098 rifugiati di cui il 95,8% somali<sup>4</sup>. E' un signore dal volto simpatico che ha perso quasi completamente l'udito, oltre alle parole per comunicare. E' muto e sordo, mi dicono, anche se lo sguardo sembra dire che le parole potrebbero uscire più frequentemente di quello che fanno. E' sulla quarantina e la conversazione si svolge con l'aiuto della sorella, che è anche *qofka mas'uulka ah* (la

---

<sup>4</sup> Statistiche ufficiali UNHCR al 25 Novembre 2012, <http://data.unhcr.org/horn-of-africa/region.php?id=3&country=110>. Considerando la popolazione registrata nei campi che compongono l'agglomerato di Dadaab, siamo di fronte alla terza città del Kenya per "abitanti", dopo Nairobi e Mombasa e prima di Kisumu.

figura responsabile di Mohamed all'interno della famiglia), e di alcune donne presenti nella stessa abitazione.

La figura del "responsabile" rispecchia le gerarchie all'interno della famiglia e solitamente è il padre. Se questi è morto o non è in grado di fungere da responsabile per altri motivi, tra cui anche il soffrire per un disagio mentale, in sua vece sarà il fratello maggiore, lo zio paterno, lo zio materno, il primo cugino e così via. Questi ha la responsabilità, di fronte al resto della comunità, di fare in modo che alla persona con problemi non manchi nulla e deve prendersi cura di lei quando questa è in difficoltà ma anche monitorare che non trasgredisca le regole, fare in modo che segua le prescrizioni religiose, che contribuisca al bene della famiglia, e così via. E' la persona che può prendere decisioni all'interno della famiglia per conto del soggetto in questione in determinati contesti o quando questi ne sia incapace. Il padre o la madre possono anche decidere che sia un fratello, o un'altra persona della famiglia, il responsabile del familiare con problemi di salute mentale, sia totalmente che parzialmente, ovvero per specifiche funzioni.

Nel caso di Mohamed la sorella era anche l'unica che potesse prendersi cura di lui. Durante il conflitto a Mogadiscio morirono il padre e il fratello maggiore, la madre scomparso e Mohamed perse completamente il contatto con la realtà e iniziò a urlare e a correre in ogni direzione apparentemente senza meta.

Ci mostra una cicatrice e un buco in una gamba che risalgono a proiettili del 1997, anno in cui fu incatenato per la prima volta. Non sappiamo molto del periodo dal 1992 al 1997 ma pare che sino allora Mohamed riuscisse ad assolvere i suoi compiti familiari. Successivamente, dopo la morte contemporanea del padre e del fratello maggiore, le cose cambiano. La sofferenza per la morte dei due da un lato, il peso di dovere prendere in mano le redini di quel che resta della famiglia in un contesto di estrema violenza dall'altro, e chissà quanti altri fattori, fanno esplodere la situazione costringendo la sorella, responsabile de facto, al suo incatenamento. Dal 1997 al 2005 passerà otto anni incatenato nelle case che la famiglia sarà costretta a cambiare fuggendo. La sorella ci spiega che era l'unico modo per proteggerlo perché altrimenti sarebbe scappato, corso via, perso e quasi certamente morto. Lei, che ha qualche disturbo fisico e dice di sentirsi continuamente sotto pressione e di soffrire di mal di testa, racconta che sarebbe potuta venire via prima da Mogadiscio ma proprio la condizione del fratello non le ha permesso, più di una volta, di unirsi ad altri parenti in fuga. Quando riescono a fuggire è il 2005 e raggiungono il campo rifugiati di Dadaab

dove tutt'ora si trovano. Mohamed è stato diagnosticato con PTSD e dal 2005 prende la stessa terapia, in apparenza senza modifica alcuna. Non sta bene ma almeno, dicono, hanno meno preoccupazioni, anche perché dal 2006 in avanti la situazione a Mogadiscio è ulteriormente peggiorata nella direzione di una radicalizzazione dello scontro tra l'allora governo provvisorio, l'Unione delle Corti Islamiche e, in particolare, le frange più estreme di queste.

L'Unione delle corti Islamiche nascono successivamente agli anni 2000, dalla collaborazione tra alcune Corti già attive dagli anni 1990 quando nacquero con l'intento di riportare ordine nella città. In una serie di quartieri si organizzano, intorno ad importanti moschee, gruppi che prendono il controllo del territorio con la forza imponendo una visione molto rigorosa della Shari'a e un controllo serrato. E', in effetti, uno dei momenti di maggiore tranquillità per varie zone della capitale, dove molti posti di blocco vengono eliminati grazie al controllo del territorio ad opera dei miliziani delle corti. Questo miglioramento va di pari passo con un inasprimento di regole di convivenza non a tutti gradite. La radicalizzazione dello scontro avviene in seguito all'intervento di truppe etiopi chiamate dal governo transitorio per la difesa del territorio. L'intervento del paese confinante, nemico storico della Somalia, viene percepito come un atto di invasione di stampo coloniale e scatena la dura reazione dei gruppi più radicali anche con il sostegno indiretto di paesi in guerra con l'Etiopia (Eritrea) e di finanziatori islamisti che vedono l'invasione anche come un tentativo di cristianizzazione del territorio somalo (Arabia Saudita in primis).

L'ulteriore peggioramento del contesto politico si inserisce in un continuum di violenza che colpisce il territorio somalo alimentando una tra le più drammatiche e durature crisi su scala mondiale. Nelle zone del centro sud venti anni di conflitto armato hanno devastato il paese, le infrastrutture, le possibilità di sviluppo e crescita, la fiducia tra le persone. Quest' arco temporale, dallo stato di tensione e conflitto dal 1988 in avanti e in particolare lo scoppio della guerra civile tra il 1990 e il 1991, rappresenta la frattura storica collettiva più significativa della storia della Somalia contemporanea. Gli eventi dal 1991 in avanti sono ancora più significativi nella nostra analisi perché la loro "presenza" nelle storie e biografie delle persone incontrate è evidente, segnando uno spartiacque imprescindibile. Nell'analisi delle storie individuali molta attenzione è stata posta alle dimensioni intersoggettive dell'esperienza vissuta e l'articolazione con archi temporali differenti è stata parte integrante del percorso di ricerca.

Non va dimenticato inoltre che la guerra avviene in contesto ambientale deprivato e

ciclicamente colpito da gravi siccità e carestie, l'ultima delle quali (la peggiore degli ultimi 60 anni a detta degli esperti) avviene nel momento in cui scriviamo e l'11 luglio 2011 è stata definita dall'Alto commissario Onu per i rifugiati, Antonio Guterres, la “*peggiore crisi umanitaria su scala mondiale*”<sup>5</sup>.

Non è solo la guerra violenta a devastare le famiglie, sono anche le conseguenze indotte della guerra che vanno dalla distruzione del sistema scolastico e sanitario a quello delle infrastrutture, delle piccole attività produttive. La mancanza di lavoro e di prospettive spingono a fuggire dal paese, così come lo fanno l'incertezza e l'instabilità. La “*medical school*” dell'università Benadir di Mogadiscio laurea, dopo vent'anni, i primi venti medici somali del post-1991 (12 uomini e 8 donne), il 4 dicembre 2008. La speranza negli occhi di chi, in mezzo a bombe e insicurezza (durante gli studi alcuni dei loro compagni di studio muoiono di morte violenta) ci prova e riesce a laurearsi. Se agli occhi di molti, soprattutto Somali, questo è stato un forte segnale di speranza e di orgoglio, non così la pensarono evidentemente coloro i quali sono mossi da altre agende politiche. Solo un anno più tardi, infatti, un uomo legato ad Al-Shabaab<sup>6</sup>, travestito da donna, eludeva la sicurezza ed entrava alla cerimonia del secondo ciclo di medici neo-laureati, in una zona tecnicamente “sicura” e sotto il controllo del Governo di transizione, facendosi esplodere. Durante l'esplosione tre ministri assieme ad altre sedici persone, per lo più studenti, persero la vita sul colpo.

Quest'atto, che dal punto di vista politico ha contribuito ad allontanare parte dei favori di cui i gruppi più radicali godevano in alcune fasce di popolazione, ha avuto una eco devastante tra i Somali, tanto in Somalia quanto nella diaspora, perché colpire i giovani studenti significa “*colpire al cuore le famiglie, i nostri figli e la speranza per il futuro*”, per riprendere le parole di conoscenti intervistati a Minneapolis nel 2009. È stato percepito da molti con cui sono entrato in contatto come un *ennesimo* segno di non ritorno, che ha generato un senso di disperazione e di rassegnazione più grande della guerra stessa perché il nemico non è più esterno, non è altrove, bensì percepito all'interno del proprio corpo sociale.

---

<sup>5</sup> <http://www.unhcr.org/4e1ab6586.html>. Ultimo accesso il 10/08/2012.

<sup>6</sup> *Harakat al-Shabaab al-Mujahideen* è un gruppo fondamentalista resosi indipendente dall'Unione delle Corti Islamiche nel 2006, successivamente all'ingresso delle truppe Etiopi in Somalia a fianco del Governo Federale di Transizione e dell'indebolimento delle Corti. Attualmente controllano buona parte dei territori del sud, incluse ampie zone della capitale; hanno come obiettivo l'instaurazione di uno Stato Islamico in Somalia e come prospettiva la *jihad* contro i nemici dell'Islam a partire dal Governo Federale di Transizione e i soldati della Missione dell'Unione Africana in Somalia (AMISOM). Sono nella lista delle organizzazioni terroristiche internazionali e legati ad Al-Qaeda, includono tra le loro file anche combattenti provenienti da altri paesi (soprattutto dal Golfo).

Nessuna spiegazione è adducibile, neppure il ritornello spesso sentito sul campo del "siamo somali, siamo fatti così, è il nostro destino", versione rassegnata di un famoso proverbio che esalta le "doti guerriere" e normalizza la conflittualità:

Io e la Somalia contro il resto del mondo, io e il mio clan contro la Somalia, io e la mia famiglia contro il clan, io e mio fratello contro la famiglia, io contro mio fratello.

Va ricordato inoltre che l'istruzione dei figli (non necessariamente quella "formale") è un valore riconosciuto della tradizione somala in ambito cittadino quanto in ambito rurale. Questo significa che le famiglie hanno l'obbligo "morale" di fare il possibile affinché i giovani possano accedere ad una qualche forma di istruzione, anche attraverso l'esperienza e la conoscenza attraverso il viaggio.

Eventi come quello riportati accaduti a Mogadiscio il 4 dicembre 2008 hanno un impatto devastante per le famiglie delle vittime, per il valore simbolico di tali perdite e per il modo in cui si realizzano, per una comunità di persone più allargata che si riconosce, pur attraverso diverse rappresentazioni e in modalità che andranno definite di volta in volta, nell'*essere Somali*. Le persone non si trovano più di fronte a tali situazioni come di fronte ad un'emergenza o ad un evento doloroso e traumatico dai contorni definiti e irripetibili, piuttosto hanno dinnanzi un *ulteriore* avvenimento che genera sofferenza, che ne segue altri e che probabilmente ne anticipa successivi.

In questo senso la violenza e le sue conseguenze hanno nel quotidiano un valore trasformativo e formativo: esse diventano cioè un fattore che *partecipa* alla costruzione dei rapporti sociali, che dà forma alle percezioni circa se stessi e gli altri in una dinamica continua che forgia aspetti dell'identità (Fieldman, 1991), producendo nuove forme di socialità, esperienze e relazioni, ovvero diventando un elemento organizzatore della società stessa (Abbink, 2000).

## **2. Sofferenza sociale e soggettività**

Il rapporto tra violenza, sofferenza sociale e soggettività<sup>7</sup> è ulteriore ambito di ricerca che ha prodotto notevoli contributi scientifici di interesse per il nostro lavoro (cfr. tra gli altri Sheper-Hughes, 1992; Kleinman et al.,1997; Das et al.,2000 & 2001;

---

<sup>7</sup> Sulla relazione tra violenza soggettività e salute mentale vedi anche Del Vecchio et al.(2007), Bhiel et al. (2007).

Kleinman 2006; Biehl et al., 2007). Secondo questa prospettiva la *sofferenza* è effetto della violenza che gli ordini sociali, di qualsiasi livello essi siano, esercitano sugli individui, ovvero, per dirla con gli autori, la *sofferenza sociale* è il risultato “*delle devastanti ingiurie che le forze sociali infliggono all’esperienza umana*” (Kleinman et al., 1997). Dal punto di vista socio-culturale le conseguenze di tali disorganizzanti forze sociali sono per taluni all’origine di, o contribuiscono a far sviluppare, forme di disagio mentale anche gravi. La constatazione di questa *ovvietà* non è banale perché spesso tale prospettiva è assente nelle analisi dell’esperienza di disagio mentale in contesto di guerra, mentre viene privilegiato, spesso in maniera esclusiva, il rapporto tra questo ed eventi eclatanti, “estremi”, di violenza, ovvero il trauma che questi generano.

L’irruzione delle immagini dei conflitti armati, la brutalità dei racconti e delle testimonianze delle violenze da un lato e la forza, sia accademica sia mediatica, del già citato paradigma del trauma hanno, di fatto, enfatizzato tutto quanto intorno ad esso trovasse il centro di gravità, oscurando il resto.

Non è mia intenzione misconoscere l’esistenza di reazioni “traumatiche” ad eventi dolorosi e le conseguenze pervasive di talune di esse nell’esperienza della persona. Piuttosto, svincolandoci da approcci medicalizzanti dell’esperienza di guerra (Almedon e Summerfield, 2004), quello che cercheremo di fare nelle pagine di questo lavoro è allargare l’orizzonte interpretativo a un più ampio contesto sociale ove il *tempo lungo* delle violenze gioca un ruolo determinante nel processo di indebolimento del soggetto che svilupperà una forma di disagio mentale, riconosciuto come tale dalla comunità in cui vive.

Il “tempo lungo” si riferisce in primis alle conseguenze dirette e indirette della guerra che si sviluppano durante un arco temporale ampio. In secondo luogo, esso rimanda alle condizioni di marginalità, povertà e insicurezza, che le persone sperimentano quotidianamente e ripetutamente ove esperienze di morte, disabilità, disgregazione familiare, dislocazione, di pari passo con il collasso educativo e sanitario, il banditismo, l’avvelenamento dei pozzi o l’alimentazione povera e insufficiente, hanno un impatto socio-sanitario di breve e medio periodo maggiore della guerra e della violenza politica<sup>8</sup> in sé (Pedersen, 2002, p.212).

---

<sup>8</sup> Molti autori utilizzano l’aggettivo “politico” per denotare il tipo specifico di violenza cui fanno riferimento. Qui l’autore fa riferimento in particolare al contesto latino americano delle cosiddette *dirty wars*, ma più in generale l’aggettivo è usato quando gli attori della violenza sono ben identificabili e conosciuti (anche quando lavorano “nell’ombra”) e spesso c’è un rapporto di “persecutori e vittime” i cui ruoli possono anche invertirsi nel tempo. Maggiormente studiati sono i crimini perpetrati dai nazisti, le guerre di eserciti, squadroni della morte o gruppi paramilitari contro oppositori politici e bambini di



Il tempo lungo non investe solo la comunità e i singoli che sviluppano un disagio psichico ma va anche a intaccare la risposta che una comunità in generale, e una famiglia nello specifico, e' solita adottare per fare fronte alle avversità. Quando l'ordine sociale è devastato, trasfigurato, si trasforma il contesto che, impoverito, rende meno efficaci anche gli usuali strumenti adottati dalle famiglie, o dai guaritori, per supportare, accompagnare o guarire persone con sofferenza mentale. Questo allunga ulteriormente i tempi in cui la persona vive una condizione di disagio durante il corso della propria vita e muta profondamente i termini in cui la propria "soggettività" è vissuta e agita in ambito familiare e collettivo più ampio.

L'approccio alla soggettività è stato per lungo tempo limitato alle dinamiche "interne" del soggetto, da prospettive che enfatizzavano il ruolo quasi esclusivo della mente umana e dell'esperienza individuale (Biehl, 2007; p.6). Nel lungo e mai definitivo percorso che permette di introdurre il "sociale" nello studio della soggettività, il tema del "corpo"<sup>9</sup> ha un ruolo centrale. L'importanza dei processi somatici nella vita sociale delle persone, il ruolo del corpo in quanto "mediatore" all'interno delle reti sociali, le dinamiche dei processi d'incorporazione di sempre mutevoli e trasformativi, nonché trasformabili, processi culturali, le relazioni di dominio e le trasformazioni sociali e politiche che agiscono e sono agite nei vari contesti locali, sono alcuni dei temi toccati da tale ambito di studi. L'enfasi sul corpo però deve contestualmente articolarsi con la centralità dell'esperienza umana nel mondo, l'essere *nel* mondo<sup>10</sup>. E' attraverso l'esperienza che i "poli" collettivo e soggettivo entrano "*in relazione dialettica, condizionandosi mutevolmente*" (Kleinman, 2007, p.53). Il micro-livello delle trasformazioni individuali, dell'intimità (pensieri, affetti) e il macro-livello del cambiamento sociale e politico sono in relazione attraverso l'esperienza, fluida, contingente e aperta alle trasformazioni (ibid., p.55). Non si tratta di relazioni causa-effetto; la complessità e l'interrelazione dei piani è talmente complessa che, a volte, pare una missione metodologicamente improba cercare i nessi dell'articolazione tra i due e tra le reciproche influenze senza correre il rischio di un certo determinismo.

---

strada in America centrale e latina, o le violenze di guerre civili recenti (Ex-jugoslavia, Rwanda, Sierra Leone, per citarne alcune).

<sup>9</sup> "The mindful body" nella celebre espressione di Schepher-Hughes e Lock (1987).

<sup>10</sup> Il concetto di *presenza* è derivato dalle correnti fenomenologiche che si rifanno in parte alla filosofia esistenzialista di Heidegger (1978), al concetto di *Da Sein* (esserci) e soprattutto la caratterizzazione dell'Esserci-nel-mondo, cfr. anche Galimberti (2006) rispetto al rapporto tra fenomenologia e psichiatria e i lavori di De Martino (1959) per quanto riguarda la *crisi della presenza*. Si veda Jackson (1996) per una rassegna dell'approccio fenomenologico allo studio dell'esperienza vissuta in antropologia.

Mohamed, paziente incontrato nel reparto di salute mentale dell'Ospedale di Hargeisa l'8 Aprile 2009, lavorava nel Golfo dove il boom petrolifero degli anni '80 aveva attirato molti lavoratori stranieri, fra cui numerosi somali. Purtroppo l'economia a un certo punto ristagna e in Somalia scoppia la guerra. Per evitare che troppi somali cercassero rifugio nei paesi dove già avevano familiari residenti per lavoro, alcuni paesi del Golfo decisero di iniziare a rimandarne a casa un po'. Così, questi persero in un sol colpo il lavoro e si ritrovarono buttati in mezzo ad un paese in guerra. Da Mogadiscio, Mohamed cercherà il modo di scappare e raggiungere con altri appartenenti al clan Isaak le terre del nord ovest transitando per l'Etiopia. Alcuni membri della famiglia sono già morti, altri moriranno, i ruoli familiari e le responsabilità mutano rapidamente, i tempi corrono e quando finisce la guerra si prova a ricostruire. Politiche internazionali e spinte locali, ruoli familiari e ruolo sociale, traumi e speranze, sono alcuni degli elementi che compongono lo scenario in cui Mohamed vive, si muove, soffre e spera, dove le relazioni con le persone e la pragmatica dell'esistenza in un contesto impoverito sono il fulcro della propria presenza nel mondo che in questa fase della propria vita è messa fortemente in crisi. Le esperienze vissute e negoziate da Mohamed sono comprensibili soltanto guardando all'universo *morale locale* ove la dimensione dell'esperienza soggettiva entra in relazione dinamica con quella delle fratture e ricomposizioni storiche (Kleinman et al., 1991).

E' già passato qualche anno, ma il tempo è corso in fretta, troppi e troppo dolorosi sono stati i mutamenti che hanno contraddistinto la storia di Mohamed la cui preoccupazione principale, a distanza di quasi vent'anni, è ritrovare il lavoro perso per recuperare la dignità della sua vecchia posizione sociale di fronte agli altri ed uscire dall'ospedale in cui è periodicamente rinchiuso. Nell'intimità dell'incontro con Mohamed, così come capitato con molti altri pazienti incontrati al chiuso di una cella, pareva d'un tratto aprirsi un libro di storia. Il contrasto era estremo: di fronte al ricercatore un uomo segnato da un lacerante e personalissimo disagio, legato alle caviglie all'interno di una stanza chiusa e, allo stesso tempo, le sue vicende narrate, a volte intuite o sussurrate, rimandavano immediatamente a tali e tante dimensioni storiche e collettive inestricabilmente connesse alla storia della Somalia, che ne rappresentavano parte della storia stessa, vissuta dai suoi protagonisti, pur marginali e resi estremamente vulnerabili.

Come rendere conto dell'influsso di tali forze strutturali o strutturanti, com'è connessa l'intangibilità di tali influssi alla concretezza dell'atto di denudarsi in pubblico, in aperta trasgressione con le regole che reggono l'organizzazione sociale e la convivenza?

Una *banalità* e una considerazione metodologica possono forse aiutare a chiarire questo punto. La prima è costatare che "soggettività è sempre intersoggettività" (Reynolds Whyte, 2002, p.175). La seconda sta nel riconoscere nell'intersoggettività un

terreno privilegiato d'indagine dei fenomeni sociali e dell'esperienza delle persone con disturbi mentali nelle comunità ove essi vivono, anche quando, nei casi più gravi di disagio, proprio il rapporto inter-soggettivo pare farsi assente. Con intersoggettività intendiamo innanzitutto quel terreno relazionale e di scambio, animato dagli incontri tra le persone e abitato da rappresentazioni culturali, oggetti, antenati, spiriti, norme e bisogni. L'incontro tra differenti soggettività avviene nel contesto sociale ove queste possono accondiscendere le regole sociali o trasgredirle oppure, ancora, porsi in posizione ambigua, sospesa, passibile di cambiamenti successivi. E' questo un terreno altamente ambiguo, mai *dato*, in perenne trasformazione dove questioni materiali e simboliche pesano in maniera differente nella bilancia dell'esserci e del rappresentarsi a seconda delle circostanze. Per dirla con Michael Jackson, l'intersoggettività è "impregnata di paradosso e ambiguità", luogo di "costruita, decostruita e ricostruita interazione" (1998, p.8). Riprendendo Meyer Fortes (1969) Jackson ricorda come non debba stupire, in questo continuo virare tra poli positivi e negativi, che stretti legami di parentela, ovvero l'arena primaria dell'intersoggettività e della socializzazione, sussumano ad un tempo ostilità e amicizia, rivalità e solidarietà. In un contesto sociale come quello somalo contemporaneo caratterizzato da alta incertezza, le risorse informali come la famiglia assumono un ruolo chiave (Besteman e Cassanelli, 1996; Little, 2003). Come ricorda inoltre Ciabbari (2003), citando Bayart, il ruolo delle risorse sociali è "neutro" (pur agendo in un contesto sociale che neutro non è) nel senso che queste possono servire differenti fini, anche all'apparenza divergenti tra di loro nelle finalità. Va poi ricordato come anche nella letteratura psicologica il contesto familiare e le relazioni interne ad esse siano tra le più studiate per le ovvie implicazioni che queste hanno nella "costruzione" dei singoli membri sia in funzione *accuditiva* sia conflittuale. Non va dimenticato tuttavia che la guerra oltre ad amplificare le funzioni protettive della famiglia estesa, le mette anche in crisi <sup>11</sup>.

Gli sconvolgimenti che caratterizzarono i primi convulsi giorni di guerra civile ampliarono il ruolo e l'importanza delle appartenenze claniche anche tra coloro che sino a quel giorno avevano assegnato poca importanza a queste. Dell'organizzazione sociale somala si parlerà nei capitoli 2 e 4. Va qui brevemente ricordato che proprio durante il regime di Syad Barre una delle prerogative su cui, più retoricamente che concretamente, il regime aveva costruito l'apparato amministrativo e la "nazione"

---

<sup>11</sup> Il discorso specifico sulla parentela e, in misura ancora maggiore, sulla famiglia in contesto somalo sarà maggiormente approfondito nel proseguo (Cfr. §2.1.1, 4.2, e Cap.3).

somala era proprio la lotta al “tribalismo”, identificato dal generale come il perno attraverso cui gli stati stranieri, imperialisti, hanno cercato di dividere il popolo somalo<sup>12</sup>.

Prendiamo a prestito dei brani del libro autobiografico di Kaha Mohamed Aden (2010), scrittrice somala figlia residente in Italia, che rileva questi temi con stile letterario.

Sono i primi giorni del 1991 e un amico della famiglia di Aisha consiglia quest'ultima di scappare immediatamente. La casa dell'”amico” (del clan degli Hawye) è infatti piena di fucili ed è diventata una delle tante basi per le operazioni di “pulizia” dei *faqash*<sup>13</sup>. Inizia una discussione col marito che non intende partire:

mia cara, questi signori ci conoscono benissimo! (...) abitiamo qui da tanto e tutti sanno bene chi siamo, i nostri figli vanno insieme ai loro. Sanno che io non sono soltanto un Marreehan! sono anche un benzinaio squattrinato, un amico disponibile e, come loro, un mediocre musulmano (...) i nostri amici Hawiye sanno che noi non c'entriamo niente con il dittatore e i suoi affari. E comunque, non mi sembra giusto fuggire come fossi un criminale (Aden, 2010, p.36).

Il mattino seguente Aisha e il marito si separano, lei si sposta con i sei figli nel quartiere Medina, nel sud della città dove trovano radunate una cinquantina di famiglie del clan Daarood, in città si odono rumori di spari e bombe:

Aisha cerca di sistemare subito i figli presso la gente del sottoclan Marreehan. Gente che conosce superficialmente. Non ha mai avuto grandi amicizie presso il suo clan. Non perché le abbia evitate o perché abbia qualcosa in particolare contro le persone che si dice discendano dallo stesso avo. Semplicemente questa grande famiglia allargata non rientra nel suo quotidiano. Della consanguineità e di tutto ciò che vi gira attorno non si è mai curata più di tanto. Ma adesso che lei e i suoi figli rischiano di essere assassinati perché appartenenti al sottoclan Maarehan, decide di affidare i suoi piccoli a loro. Alle uniche donne e uomini disposte a salvarli proprio solo perché sono dello stesso sottoclan (ibid.,p.38).

---

<sup>12</sup> “La Degenerazione del tribalismo” in “Stella d'Ottobre” dell'1 aprile 1971, cit. in Pestalozza,1974, p.127.

<sup>13</sup> Letteralmente una persona corrotta, spregevole ma anche “sbirro”, in senso altamente dispregiativo. Kaha Mohamed Aden ricorda che questi era il nome dato ai militari di Siyad Barre in seguito ai massacri di civili nel nord-ovest del paese alla fine degli anni settanta, esteso con rancore a tutti coloro che appartenevano per nascita allo stesso clan del dittatore (Aden, 2010). Nel brano riportato Aisha è, infatti, appartenente al sottoclan Mareehan del clan Daarood.

Aisha tornerà il giorno stesso verso casa a cercare il marito e ne troverà il cadavere nel cortile. Sarà successivamente aiutata da un conoscente del clan “rivale” a mettersi in salvo e riattraversare la città prima di raggiungere la comitiva di fuggiaschi del proprio sottoclan dove ritroverà i suoi figli.

All'interno della propria famiglia e nel rapporto tra questa e le altre famiglie, sta il primo nucleo di relazioni intersoggettive significative che, lo abbiamo visto, in un contesto in guerra e di forte incertezza sono maggiormente investite d'importanza visto che da esse dipendono la sicurezza, l'incolumità, l'accesso a risorse primarie. Nelle pagine di questo lavoro, ho insistito sull'esperienza vissuta, sui contesti pratici della vita quotidiana, dove l'intersoggettività è “plasmata tanto da disposizioni inconsapevoli, abituali e date per scontate, quanto da intenzioni consapevoli e visioni del mondo” (Jackson, 1998, p.9).

### **3. Il tempo della violenza e la ricerca sul campo**

La violenza, nelle sue varie manifestazioni, è entrata nella mia ricerca sin dal principio e vi è rimasta per tutta la sua durata. Abbiamo visto sopra che una serie di restrizioni erano presenti. Queste erano solo alcune delle conseguenze delle differenti espressioni in cui la violenza si può esprimere ed *entrare* nella ricerca.

Il primo personale impatto con forme di violenza l'ho sperimentato a distanza, prima ancora di mettere piede in Somalia. Nel marzo 2003 sarei dovuto infatti partire per Bosaso ma l'invasione dell'Iraq avvenuta il 20 marzo ad opera di truppe statunitensi e dei loro alleati era automaticamente risultata in un preallarme per tutti gli stranieri presenti in territorio somalo, che furono evacuati. Io rimasi invece bloccato in Italia. Circa un mese dopo arrivò il via libera e ai primi di maggio mi trovai a prendere un volo umanitario che da Nairobi mi portò a Bosaso. Ad attendermi nella pista di terra a ridosso del mare vi erano un caldo infernale e umido, una luce accecante, Monica cooperante romana, un autista ed una guardia armata. Nella strada che percorremmo per andare a casa notai un buon numero di persone armate di AK47 passeggiare per la città senza uniformi o simboli che potessero caratterizzarli in qualche modo come appartenenti alle forze dell'ordine o a un esercito.

Questi primissimi episodi svelarono subito due elementi: quel luogo climaticamente

ostile<sup>14</sup> e sconosciuto ai più in un angolo del Corno d'Africa era in realtà al centro delle preoccupazioni dell'agenda politica globale, la questione del terrorismo internazionale in primis. Il secondo dato è che restrizioni alla mia possibilità di muovermi liberamente sul campo e la necessità di adottare forme di protezione sarebbero state una costante a cui volente o nolente mi sono dovuto abituare

Dopo un breve passaggio a Berbera, nel Somaliland, per visitare una vecchia struttura militare britannica trasformata in ospedale psichiatrico, tornai a Bosaso verso la fine di maggio del 2003. Le strade erano piene di soldati, questa volta in uniforme verde o cachi: gli uni appartenenti alle forze del Colonnello Abdullahi Yusuf Ahmed (in seguito nel testo Abdullahi Yusuf), gli altri a quelle del Generale Mohamud Muse Hersi (in seguito nel testo Adde Musse). Come conseguenza delle mediazioni di pace in corso, nell'aprile del 2003 circa 800 uomini delle milizie capeggiate da Adde Musse massicciamente armati si mossero dalla base di El Afweyn in Sanaag verso Bosaso dove stazionarono sino alla fine del trattato di pace conclusosi qualche settimana dopo. Tra i punti dell'accordo vi fu l'incorporazione dei "miliziani" di Adde Musse nelle forze regolari del Puntland (PDRC, 2008, p. 27). Erano giorni di fermento in Puntland, la tensione aleggiava in maniera consistente. Dopo anni di scontri si sarebbe firmato di lì a poco un trattato di pace per mettere fine alle ostilità tra Abdullahi Yusuf e Ade Musse, alleato di Jama Ali Jama tradizionale nemico di Abdullahi Yusuf ed ex pretendente alla carica di presidente<sup>15</sup>. Il 15 maggio, il giorno dopo essere rientrato a Bosaso e averci passato in tutto meno di 3 giorni, mi trovo catapultato senza alcun invito ufficiale nel palazzo presidenziale.

La situazione è paradossale. C'è gente che urla da tutte le parti, una grandissima confusione, lasciamo che sia Abdihakim a decifrare cosa succede e a posteggiare l'auto nel cortile del compound. Lui non potrà proseguire con noi, qualcuno ci prende il braccio e

---

<sup>14</sup> Le precipitazioni medie nelle zone aride del nordest sono di circa di 100mm/anno e non superano mai i 400mm/annui. Nei primi due anni di permanenza a Bosaso ha piovuto in un paio di occasioni, la seconda delle quali protrattasi per quasi venti minuti, ha provocato una serie di danni ambientali essendo il terreno poco abituato a ricevere acqua e trasformatosi immediatamente in fango. Città come Bosaso e ancor di più Berbera, lungo la costa, raggiungono picchi di temperatura massima tra i più alti al mondo. In Somalia esistono 4 principali stagioni : *Jilal* (gennaio-marzo) e *Xagaa* (luglio – settembre) sono le due stagioni secche, *Gu* (aprile-giugno) e *Deyr* (ottobre-dicembre) le stagioni delle piogge che si concentrano principalmente intorno tra aprile e giugno.

<sup>15</sup> La precedente presidenza di Abdullahi Yusuf si concluse ufficialmente nel giugno 2001, anche se questi si dichiarò legittimato a proseguire nel mandato da un'estensione garantitagli dal parlamento. Nel vuoto e tensioni venutesi a creare, nel novembre 2001, un numero di "anziani" (*elders*) elesse Jama Ali Jama come presidente del Puntland, con un mandato di 3 anni. Abdullahi Yusuf riprese il posto con la forza nel maggio 2002 costringendo ad una rocambolesca fuga Jama Ali Jama.

tira verso la casa. Ci troviamo ai piedi dell'edificio guardandoci in faccia senza capire bene cosa fare quando qualcuno ci vede, e dice qualcosa tipo “ah...venite venite, di sopra”. Non essendoci altri bianchi, oltre ad un rappresentante delle Nazioni Unite, hanno probabilmente pensato che anche io e Monica facessimo parte della delegazione e ci fanno accomodare nel salotto dove il presidente Yusuf assieme al Sultano (*suldaan*) Sa'id Sultan Abdisalam , al “re” (*boqor*) Usman Aw Mahmud, entrambi “anziani” della regione contesa del Sanaag, e altri notabili di alto livello si trovavano. Veniamo mandati a sedere in un angolo dove dobbiamo stringerci tra altri inviati, principalmente keniani, probabilmente delle Nazioni Unite o di altre organizzazioni non governative. Alla nostra destra seduti sul divano, in silenzio, la schiera di notabili. Vicino a loro la televisione accesa , sopra di noi un quadro di quelli cinesi con la cascata d'acqua finta che scorre, sul tavolo un mazzo di fiori di plastica. Dopo un indefinito tempo in attesa, dove nessuno ha proferito verbo ci chiamano, è ora di lasciare soli i notabili. Ci accomodiamo fuori dove il centinaio di invitati, forse meno, attende su sedie improvvisate la firma dell'accordo di pace. La presenza di militari è ovviamente massiccia e vedo armi di precisione e mitragliatori di piccole dimensione come difficilmente se ne vedono, dando la cifra dell'evento. Un bambino va in giro con uno sguardo di terrore con in mano una piccola bandiera somala e una maglietta con scritto *nabad*, pace. Non pare molto convinto. Solo successivamente scoprirò di essere stato seduto a poche persone di distanza dal Comandante Morgan ex genero e fedelissimo di Siyad Barre, tristemente noto come “il macellaio di Hargeisa” per via della durissima repressione che scatenò ai primi soffi di rivolta in quella che diventerà la capitale del Somaliland (note dal diario, Bosaso, 18/05/2003)

Tra le persone invitate incontro anche il capo della polizia di Galkayo città che segna il confine a sud del Puntland il quale appena mi vide mi salutò, sorridendo, con un “ti ricordi di me?”

La settimana prima avevo dovuto attraversare tutto il Puntland in macchina per riuscire a prendere un aereo che da Galkayo mi portasse a Berbera. Attraversammo in auto i circa 1000 km che separano le due città senza troppi problemi, ad ogni posto di blocco ci lasciarono passare, anche grazie alla presenza di una guardia armata (un civile con il kalashnikov) in auto con noi. All'ingresso in città però fummo fermati e all'autista fu contestata l'irregolarità (rivelatasi assolutamente fittizia) della sua tassa di circolazione. Venimmo condotti al comando di polizia. Il capo della polizia ci trattenne, chiedendo come mai eravamo di passaggio, perché non ci fermassimo di più e, dopo aver posato sul tavolo la sua pistola, controllò i passaporti. Verificata la regolarità del

visto ci congedò commentando: “*non vi arresto solo perché i documenti sono in regola...*”, per poi farci portare in un albergo ad aspettare l'aereo, in una sorta di arresti domiciliari improvvisati. Certo che mi ricordavo di lui.

Per adeguarsi alla pervasività delle differenti manifestazioni di un contesto violento, anche molto dissimili tra loro e mai scontate, il ricercatore<sup>16</sup> deve dotarsi di meccanismi di protezione e comprensione delle dinamiche complesse che muovono attorno a lui, per permettergli un posizionamento chiaro e in grado di aprire alla sua persona la disponibilità e le possibilità reali di ricerca tanto agognate, limitando le manipolazioni che, comunque, avvengono. Gli esempi che menzionato erano l'ordine delle cose, per me, straniero, e lo erano, seppur in maniera molto dissimile, per le persone intorno a me.

Sicuramente all'inizio, tutto ciò che aveva a che fare con la presenza di civili armati o di militari, con uccisioni, sparatorie, conflitti che si materializzano nella sfera pubblica attirava la mia attenzione probabilmente in maniera maggiore rispetto a più invisibili manifestazioni. E' qualcosa cui non si è abituati direttamente in quanto non fa parte della quotidianità, quella vissuta con il proprio corpo e nelle relazioni con gli altri. Sono situazioni solitamente vissute solo raramente per interposta persona e con maggior frequenza mediaticamente oppure dibattute in contesti protetti o lette su saggi e testi storici o di analisi politica. Da Milano la “guerra” in Somalia è distante spazialmente e, pur coeva, risulta distante temporalmente. Essa ha a che fare con un quotidiano sconosciuto. E' dunque fuori del tempo personale del ricercatore. Tenendo i piedi a casa rimanda al più, per immagini evocate, alla storia della seconda guerra mondiale, relegando ancora una volta il quotidiano che si gioca altrove in un tempo passato. La stessa distorsione temporale, ben ricordata da Johannes Fabian nella sua critica all'epistemologia stessa della ricerca etnografica (Fabian, 2000), è presente anche nell'analisi clinica ove, nell'incontro tra terapeuta occidentale e rifugiato, quest'ultimo è allontanato in un tempo *altro*.

Con lo spostamento fisico sul campo, in un contesto marcato dalla violenza, s'impone una sorta di “salto temporale” che svela come *presente* quello che sarebbe stato, per il ricercatore rimasto a casa, la *storia*, il *passato*. Col tempo, poi, lo stupore verso episodi “forti”, in qualche modo parte del contesto in modo “strutturale”, diminuisce o comunque cambia. All'incirca un anno e mezzo dopo il mio arrivo in

---

<sup>16</sup> All'epoca dei fatti ero presente in qualità di cooperante, quindi con uno status particolare, anche se, in quanto straniero, in quanto bianco, avrei subito le stesse limitazioni, come sperimentai più avanti.



Somalia ricordo nitidamente un giorno in cui uno psichiatra indiano che si trovava a Bosaso per un breve periodo arrivò nel reparto di salute mentale dell'Ospedale con gli occhi sbarrati. Il reparto si trova a poche decine di metri dalla camera mortuaria, così che ogni volta che, pressoché quotidianamente, qualcuno moriva, una lunga schiera di donne si sedeva per terra a ridosso del muro del reparto ad attendere che il cadavere fosse pronto per la sepoltura e a celebrare il lutto con i membri della famiglia e curiosi. Quel giorno c'era una folla assai numerosa perché in uno scontro avvenuto la notte prima tre persone erano decedute. Quando lo psichiatra arrivò c'era un solo cadavere nella sala ma moltissime donne fuori che rendevano difficile l'accesso al reparto. Fattosi raccontare i fatti, egli era alla ricerca di qualcuno con cui condividere lo stupore dell'evento, cosa che fece venendomi a cercare, unico straniero presente. Ero arrivato in ospedale già da qualche minuto ed ero indaffarato da altro. Mi limitai ad annuire alle sue espressioni e alle richieste di complicità che esprimeva con frasi del tipo "hai visto?", "hai sentito?", "è assurdo". Mi resi conto dello scarto tra i nostri vissuti, e anche della fallita complicità di quel momento, appena se ne andò, evidentemente deluso dalle mie disinteressate risposte.

Pensai molto a quel momento la sera, a casa. Non era tanto, credo, una qualche forma di assuefazione verso tali episodi oppure il mimetismo verso una presunta o percepita *somalità* da giocare in opposizione al vissuto dello *straniero* (lo psichiatra indiano in questo caso) a voler rimarcare il mio essere parte di quel contesto (meccanismo fuorviante e ingenuo ma che può manipolare la propria *presenza* in certi momenti). La mia non partecipazione al suo stupore era dovuto, mi son detto, alla constatazione che quel tipo di episodi semplicemente avvenivano, non avevano nulla di straordinario in sé.

Il passaggio è meno semplice di come appare perché l'accettazione di quanto sopra presuppone un cambiamento ontologico da parte del ricercatore, costringe ad un salto entro modalità antropopietiche nuove che non potranno essere eluse e di cui il ricercatore, al di là di processi mimetici che in taluni momenti possono esistere, è *costitutivamente* escluso in quanto essere umano, mentre ne è incluso, se lo vuole, in qualità di ricercatore. La violenza, anche in forme estreme, non è intrinsecamente traumatica nel senso che è insuperabile e genera automaticamente forme psicopatologiche, piuttosto "è l'esclusione della violenza dalla esperienza di vita quotidiana nel relativamente tranquillo mondo della classe media occidentale che conferisce alla violenza la sua traumatogenicità" (Zarowsky,2000,p.399). Ciò non

significa mettere da parte taluni fenomeni come semplice sfondo e dimenticarsene naturalizzandoli, distorsione anch'essa potenzialmente presente, ma riconoscerne lo statuto e il ruolo nei processi di costruzione dei soggetti, delle relazioni interpersonali, del rapporto con il dolore e la sofferenza e, più in generale, con la vita.

#### **4. Posizionamenti: da cooperante a ricercatore**

Come ho spiegato il territorio corrispondente all'ex Stato Somalo, dal 2008 in testa all'indice dei cosiddetti "failed states"<sup>17</sup>, è segnato da conflitti armati e assenza di stato ininterrottamente dal 1991. Questa situazione, che ha coinvolto e devastato tutto il paese, è attualmente concentrata nelle regioni centrali e meridionali. Nel nord-ovest il Somaliland, dichiaratosi indipendente dal 1991, ha dato avvio a processi di ricostruzione in diversi settori che sono i più avanzati di tutto il territorio somalo. Il Puntland, regione autonoma nel nord-est del Paese, ha anch'esso avviato tali processi, in modalità e con prospettive differenti dal Somaliland e ha goduto di una relativa tranquillità, sicuramente inferiore a quella del Somaliland e maggiore rispetto al resto del paese.

Le due città principali che sono state terreno della mia ricerca si trovano in queste due aree relativamente pacificate: Hargeisa, capitale del Somaliland e Bosaso importante città portuale del Puntland. Fra le due zone, il Puntland è quello che presenta la maggiore instabilità politica che risulta in periodici scontri armati, soprattutto, ma non esclusivamente, nelle regioni del Mudug e del Nugaal nonché nelle zone contese della regione Sool. E' a Bosaso, in Puntland, dove ho trascorso i primi due anni sul territorio somalo in qualità di capo progetto di una piccola ONG milanese, il G.R.T.-Gruppo per le Relazioni Transculturali, per conto della quale mi sono occupato della messa in opera di servizi di salute mentale nella città. Dopo i primi due anni consecutivi sul terreno sono tornato a Bosaso per periodi che andavano da uno a tre mesi inizialmente per motivi di lavoro successivamente per motivi di ricerca.

Dal punto di vista della ricerca l'instabilità dell'area ha comportato una serie limitata di restrizioni nei movimenti tra il 2003 e il 2007. Il rumore del fuoco degli AK-47 ha

---

<sup>17</sup> Esiste una sorta di "classifica" degli stati falliti aggiornata annualmente sulla base di una serie di indicatori che dovrebbero indicare la solidità di uno stato. L'indice è realizzato da "Fund for Peace" organizzazione non-profit statunitense per la ricerca e programmi educativi. Si veda il sito per maggiori informazioni (accesso 7/9/11). <http://www.fundforpeace.org/global/?q=fsi-grid2011>

accompagnato, a volte in modo continuo a volte in modo sporadico e intermittente, quasi tutti i giorni passati a Bosaso. Tuttavia, e nonostante anche periodi coprifuoco serali, va detto che il contesto non era da “stato di guerra” e non ho mai dovuto adottare particolari misure per quanto riguarda gli incontri o le visite nei campi sfollati, in ospedale, nelle case private o in qualsiasi luogo pubblico della città, fatto salva la precauzione di effettuare spostamenti per lo più in macchina piuttosto che a piedi.

Nel 2006 la situazione politica nel sud del Puntland è progressivamente deteriorata prima per via degli scontri tra l’Unione delle Corti Islamiche e il Governo Federale di Transizione, di cui si è accennato sopra. L’Unione delle Corti Islamiche e gruppi a loro più o meno direttamente collegati prese controllo di ampi territori e alcuni gruppi arrivarono a minacciare i confini del Puntland da sud. In questo caso i confini furono “salvaguardati” sia grazie all’invio di massicce truppe che di negoziazioni, entrambe le strade ben alimentate da businessman del Puntland che non volevano vedere intaccate le possibilità economiche di cui godevano nel territorio. Nel 2007 ulteriormente avviene un ulteriore peggioramento. L’instabilità del sud del paese ha avuto effetti destabilizzanti anche al nord dove la gestione del potere da parte di Adde Muse, sicuramente più “morbida” rispetto al suo predecessore Abdullahi Yusuf, e altrettanto corrotta, è stata, secondo alcuni, causa dell’aumento dell’instabilità. E’ in questo periodo che avvengono rapimenti di operatori umanitari, pratica abbastanza in disuso in quelle aree. Due ragazze operatrici di Medici Senza Frontiere-Spagna sono rapite nel dicembre 2007. Gli ostaggi saranno successivamente liberati, pare dopo riscossione di riscatto, così come per i successivi rapimenti. Oltre al business dei rapimenti via terra iniziano gli abordaggi di navi in mare, dando linfa al fenomeno della pirateria lungo le coste somale che tanto ha interessato l’opinione pubblica internazionale. Navi private così come navi con aiuti umanitari diventano bersagli da conquistare in attesa di un riscatto. Questi episodi sono diventati così numerosi che, riporta l’*International Maritime Bureau*, da inizio 2011 sino al 27 Settembre dei 346 attacchi registrati su scala mondiale sono ben 194 quelli a largo delle coste somale e dei 35 atti di dirottamento, 24 sono quelli registrati a largo delle coste somale<sup>18</sup>. Inoltre pare che il lucrativo business dei rapimenti e degli attacchi in mare abbia, in numerosi casi, ingrossato le tasche delle amministrazioni locali. Per quanto riguarda la presenza di stranieri la diminuita sicurezza e l’inizio dei rapimenti in terra e in mare unita alle collusioni delle autorità che avrebbero dovuto tutelare l’incolumità degli stranieri sul

---

<sup>18</sup> <http://www.icc-ccs.org/piracy-reporting-centre/piracynewsfigures>; accesso 8/10/2011.

territorio, ha posto le basi per il graduale svuotamento delle organizzazioni internazionali che riprenderanno in modo significativo le attività umanitarie solo dopo il 2009, seppur in maniera molto limitata e controllata. L'attuale governo del Puntland, in carica dal Gennaio 2009, ha come presidente Abdirahman Mohamud Farole, medico somalo vissuto per anni in Australia, il primo presidente a non avere un passato militare. L'aumentato livello d'insicurezza, dal 2006 in tutta la Somalia e nel 2007 in Puntland, mi ha costretto ad abbandonare l'abituale terreno di ricerca, Bosaso, dalla fine del 2007 rivedendo i piani di ricerca elaborati per questa tesi di dottorato. Rinunciando alla città che conoscevo abbastanza bene, mi sono spostato a Hargeisa, un contesto che avrebbe garantito verosimilmente una maggiore stabilità e capacità di movimento dal 2008 al 2011. Questa è l'area più "sicura" dell'intero contesto somalo, seppur non esente da tensioni politiche interne e tentativi di destabilizzazione che hanno causato periodi di instabilità decisamente drammatici. Tra il 2003 e il 2005, infatti, quattro stranieri sono stati deliberatamente assassinati in Somaliland mentre il 29 ottobre 2008 l'esplosione coordinata di sei auto-bombe tra Somaliland e Puntland ha causato la morte di circa trenta persone, principalmente ad Hargeisa. Gli obiettivi di tali attacchi sono stati il Palazzo presidenziale, l'ambasciata etiope e il palazzo di UNDP a Hargeisa mentre a Bosaso gli uffici del Puntland Intelligence Service e una zona di ritrovo di migranti etiopi vicino al porto.

Sono tornato Bosaso per un ultimo breve soggiorno di ricerca solo nell'aprile del 2011, in condizioni particolarmente disagiati e restrittive, tra tutte l'obbligo di muoversi con una seconda auto di scorta e guardie armate dell'esercito regolare sempre presenti a poca distanza. Seppure il contatto con alcuni conoscenti, amici, assistenti fosse sempre stato presente via posta elettronica o per interposta persona, il ritorno mi permise di riabbracciare alcuni di loro e di avere informazioni di prima mano. Le restrizioni alla sicurezza, l'impossibilità di muoversi liberamente in città e nelle case, la presenza costante dei militari poco abituati a scortare stranieri che non si spostassero solo tra uffici e con cui andava negoziato in continuazione ogni movimento hanno reso la ricerca complessa e frustrante, soprattutto i primi giorni. Questa permanenza a Bosaso è comunque stata limitata nel tempo e le informazioni e comunicazioni principali le ho continuate a ottenere tramite contatto telefonico e di posta elettronica con le persone di fiducia.

Il periodo di ricerca 2008-2011 l'ho dunque passato a Hargeisa, città che comunque conoscevo per esserci transitato in varie occasioni, pur non avendo mai svolto attività

lavorativa o di ricerca. Devo ammettere che la scelta forzata di spostare il campo di ricerca da Bosaso a Hargeisa è stata vissuta con rammarico. Dal punto di vista tecnico mi aspettavo di poter lavorare su storie di vita di persone che già conoscevo e quindi di poter sviluppare un'analisi che anche a livello micro potesse considerare un arco temporale molto ampio. Inoltre tutte le persone e i contatti maturati negli anni avrebbero probabilmente facilitato sia i miei spostamenti sia il mio "introdurmi" in situazioni delicate con minor difficoltà, maggior disponibilità ed evitando una serie di tappe obbligate di avvicinamento necessarie quando si frequentano determinati luoghi e persone per la prima volta. Dal punto di vista personale ho per un certo periodo pensato a questo spostamento come a un "tradimento" nei confronti delle persone e famiglie di Bosaso per un vago senso di appartenenza e di legame molto forte con un luogo, i suoi odori, le persone, i contenuti delle narrazioni ascoltate e le dinamiche che lo abitano e agitano e con cui ero familiare. Le differenze politiche, *costitutive*, tra il Somaliland che si dichiara Repubblica indipendente dalla Somalia e il Puntland che, pur nella sua autonomia lascia aperta la porta a una partecipazione in un più ampio progetto di riunificazione Somala, acuiscono questa sensazione.

Le storie che ho sempre sentito raccontare parlavano spesso della Somalia come dell'orizzonte di riferimento sia del passato sia del futuro. Mogadiscio rappresentava il sogno perduto mentre il fascino della capitale e della Somalia del passato uscivano dai corpi attraverso le parole per entrarci dentro. Sapevo che andando in Somaliland l'orizzonte sarebbe stato differente, almeno retoricamente doveva essere tale essendo un paese in lotta per il riconoscimento internazionale come entità separata dalla Somalia e dalla vecchia capitale Mogadiscio da cui bisognava prendere le distanze nel passato e nel presente, per il futuro. Se i ricordi della guerra erano presenti in entrambi i luoghi, in Somaliland, particolarmente per gli ex-combattenti, era il ruolo anti (ex) governo centrale a emergere, mentre di questa caratterizzazione politica erano esenti i racconti "puntlandesi" che tenevano il centro narrativo più verso le componenti emotive e relazionali. In qualche modo il "collante" nazionalistico presente in Somaliland attorno alla lotta contro il governo centrale oscurava, almeno retoricamente, le rivalità tra i clan del nord-ovest e interne ai singoli clan che, come è naturale aspettarsi, sono sempre esistite creando anche instabilità interna di notevole rilevanza, in particolare nel periodo successivo alla dichiarazione di indipendenza. Nelle narrative di ex-militari o combattenti del Puntland non emergeva la caratterizzazione "forte" verso un nemico da cui liberarsi che contraddistingueva quelle degli ex-combattenti del Somaliland (per lo

più del SNM-Somali National Movement, legati al clan Isaaq). Entrando però a diretto contatto con le famiglie le somiglianze nei due contesti si sono dimostrate certo maggiori delle divergenze, soprattutto concentrando il lavoro sul livello domestico-famigliare e relazionale, anche nelle articolazioni con, ad esempio, il potere amministrativo locale e il diritto consuetudinario, che è lo stesso. Considerato a posteriori, lo spostamento del campo da Bosaso a Hargeisa ha segnato anche *un'opportunità*. La mia presenza a Bosaso era stata marcatamente segnata dal mio ruolo di cooperante psicologo e dal lavoro svolto per la messa in opera di servizi di salute mentale con il coinvolgimento e la collaborazione cercate con i saperi e i poteri locali presenti.

Il rischio che avrei probabilmente corso e su cui avrei dovuto lavorare metodologicamente per “neutralizzarlo” era proprio l'impronta forte che caratterizzava la mia presenza in quei territori e la mia figura pubblica. Alle famiglie di persone con problemi di salute mentale che sarei andato a intervistare e incontrare, così come a molti degli attori locali, avrei dovuto spiegare e forse dimostrare che la persona che avevano davanti in quel momento, le informazioni che sarebbero circolate nelle conversazioni e lo sguardo che avrei rivolto al contesto, non erano più quelli del cooperante che svolgeva un ruolo d'aiuto diretto e che aveva alle spalle anche la macchina, seppur molto piccola, di un'organizzazione internazionale. Questo sarebbe stato anche un problema di *aspettative* reciproche.

Se mi relazio, infatti, con un famiglia con cui negli anni passati è stato fatto un lavoro terapeutico entro una relazione d'aiuto ovvero se io o qualche persona che lavorava con me aveva prestato ascolto, impostato un lavoro clinico o sociale, fatto da facilitatore per il cambiamento di dinamiche intime, oppure ancora fornito dei farmaci gratuitamente oppure aiutato nella ricerca di un lavoro, è chiaro che questa traccia non scompare facilmente. Gli esiti possono essere divergenti. Banalmente se il rapporto era stato positivo ci si può aspettare un certo grado di “riconoscenza” e di disponibilità verso l'interlocutore che ora si pone “solo” lo scopo della ricerca. In caso di esito negativo, probabilmente, la persona sarebbe stata contattabile con maggiore difficoltà, soprattutto alla luce dei mutati “scopi” dell'eventuale contatto che, ora, non prevedono un'immediata e riconoscibile “utilità” per la persona oggetto di attenzioni dal ricercatore.

Sicuramente, visto com'erano andate le cose nel periodo 2003-2005, sarebbero prevalsi i primi e forse proprio questo ruolo *pubblico* avrebbe favorito l'accettazione

della mia presenza e di interviste in profondità. Quanto realizzato durante il progetto GRT ha sempre goduto di un certo favore e rispetto da parte della popolazione, forse per il fatto di toccare un doloroso problema che accomuna la maggioranza delle famiglie e che era stato di difficile risoluzione dal sistema familiare, dai guaritori tradizionali e dalla medicina di stampo occidentale. Il fatto poi che si fosse aperto da subito un confronto e, in certi casi, congiunto una collaborazione con terapeuti tradizionali ha, probabilmente, facilitato il riconoscimento del lavoro. Oltretutto non sono mai state previste “elargizioni” di denaro, cibo, strumenti o beni materiali di qualche natura (fatto salvo un numero limitato di piccoli interventi riabilitativi inseriti in un piano terapeutico), marcando una certa distanza da altri progetti realizzati da organizzazioni internazionali strutturalmente al centro d’interessi locali per l’accaparramento delle risorse. Detto questo, si è consapevoli che il fatto stesso di rappresentare una seppur piccola e atipica organizzazione non governativa attivava in molti un processo di etichettamento e caratterizzazione forte con aspettative e stereotipie che solo col tempo e attraverso la conoscenza diretta, comunque non sempre, sarebbero state attenuate.

## **5. Questioni etiche**

Un’etnografia in contesto deprivato con soggetti che hanno evidenti fragilità pone una serie di problemi etici al ricercatore. Di fronte a tanta evidente sofferenza, a bisogni concreti e impellenti, le sue ricerche possono risultare assolutamente incomprensibili per l’interlocutore o incomprensibili risultano le finalità e il tanto interesse suscitato verso dettagli che per il rispondente possono essere considerati marginali o, peggio ancora, particolarmente sensibili e intimi.

Nella maggior parte dei casi la ricerca è stata condotta con persone con un disagio mentale serio, marginalizzate, a volte con storie di violenza di grande intensità, in un contesto impoverito dove la famiglia è messa a dura prova, sia emotivamente sia economicamente, dall’esperienza di malattia del familiare.

L’impatto con le storie individuali è stato spesso soverchiante emotivamente, come soverchiante è il peso di accogliere queste narrazioni, ovvero di diventare autorizzati testimoni e riceventi di tali intense e private realtà ove, dall’alto della sbilanciata relazione intervistato-intervistatore, si contraccambia con un “semplice” interessato, empatico, ascolto. Fabio Dei (2005) ricorda che in situazioni dove il ricercatore è esposto e coinvolto in esperienze ad alto impatto emotivo, il distacco scientifico si

annulla diventando il progetto antropologico incompatibile con il presunto rigore dell'oggettività (Fabian, 2000). Lucy Mair (1969), al ricercatore esposto durante il campo a valori che lo possono scioccare, suggerisce di praticare una sorta di "anestesia emotiva" per potere rendere il più correttamente possibile i propri resoconti. E

Roberto Beneduce (2008) sostiene inoltre che quando si lavora con soggettività ferite l'obiettivo etnografico di estrarre informazioni non può andar disgiunto da un obiettivo terapeutico. Seppure quest'ultima non sia stata la prospettiva che ha accompagnato la nostra presenza sul campo, è chiaro che un certo grado d'interferenza tra il mio essere contemporaneamente ricercatore e psicologo, inoltre con un passato di lavoro nel territorio, si sia *necessariamente* creato. Da un lato, come visto, questo ha facilitato l'accesso e l'accettazione della mia presenza di ricercatore. La pragmaticità che contraddistingue le visioni del mondo delle persone che vivono in contesti dove neanche le sicurezze di base (alimentazione, sopravvivenza fisica) sono sempre garantite, era indirettamente presente nel modo in cui i miei accompagnatori introducevano il momento dell'intervista. Quando non si riusciva a entrare subito in relazione notavo come, anche in contesti dove non avevo lavorato e senza che io ne facessi richiesta, il fatto che in passato avessi contribuito a "curare" altri somali con disturbi mentali era una carta che veniva giocata. Qui non si trattava tanto di suscitare "riconoscenza", che pure in alcune occasioni emergeva spontaneamente, piuttosto di attivare un circuito differente, virtuoso, di condivisione di mondi e di piani del discorso, per mostrare agli interlocutori, tra l'altro, che io "potevo capire" quanto mi sarebbe stato detto, perché ero già stato molto tempo nel paese, aspetto sempre molto apprezzato. Inoltre il fatto di avere una presenza di lunga durata sul campo, anche con status differenti, mi ha permesso di ri-conoscere alcune dinamiche e di pormi in maniera appropriata in relazione (se non sempre, nella maggioranza dei casi) e di evitare di porre domande intrusive o eccessivamente fuori luogo (Roseneil, 1993).

E' importante sottolineare che prima delle interviste mi preoccupavo sempre di dichiarare in maniera chiara i miei obiettivi, fugando ogni dubbio circa il fatto che all'epoca non avevo nessun ruolo, potere o possibilità che mi permettesse di "aiutare concretamente", sicuramente non nell'immediato. Le famiglie che aprivano le porte e erano disponibili a entrare in relazione a volte lo facevano in virtù di una sorta di gratitudine verso il lavoro fatto "per i somali", ma anche, più semplicemente, per il fatto che io fossi lì, presente in contesto difficile lontano dalla famiglia e che mi interessassi



di situazioni di cui raramente qualcuno si interessava. Questo era un aspetto molto importante e il fatto che *addirittura* l'intervista avvenisse a casa dell'interessato (d'altronde non poteva essere altrimenti se questi era incatenato) era motivo ulteriore di positiva accettazione. Molta letteratura indica con evidenza che l'atto del raccontarsi, ovvero di avere un interlocutore che attivamente domanda, si interessa e ascolta la storia personale, quant'anche a volte difficoltoso, pare possa offrire una certa catarsi (Pike et al., 2010; Summerfield e Toser, 1991; Zarowsky, 2004). Bisogna onestamente riconoscere che la gestione di questi processi richiede particolare attenzione e delicatezza e preparazione adeguata perché, di converso, vi è il rischio che proprio il momento dell'intervista vada a sollecitare stati d'animo che generano poi sofferenza ulteriore e stress. È dunque necessario cercare di neutralizzare o quanto meno minimizzare tali rischi, innanzitutto essendone consapevoli e vigili durante il corso dell'intervista, ma anche cercando di chiudere le interviste cercando di riporre i coperchi eventualmente aperti al loro posto.

Da un'altra angolatura il mio essere *ascoltatore* privilegiato in questo contesto non mi poneva comunque di fronte a quel processo di "seduzione etnografica" nei termini introdotti da Robben (1995,p.93), ovvero all'essere portato a condividere in toto la visione del mondo dell'interlocutore, magari anche in prospettiva di poterne amplificare la voce per cercare una qualche forma di "risarcimento" o giustizia. Nel mio contesto di ricerca, piuttosto, mancando la connotazione più fortemente politica o rivendicataria che poteva caratterizzare gli interlocutori di Robben<sup>19</sup>, ho in parte ceduto a una diversa forma di "seduzione", per lo più attraverso l'ascolto empatico. Di fronte a tanta sofferenza risulta difficile il contrario, così come eticamente abominevole sarebbe stato il farsi ascoltatore muto nei casi in cui c'era la consapevolezza di poter dire o fare qualche cosa che avrebbe potuto suggerire un miglioramento della condizione della persona, a maggior ragione di fronte ad una sua esplicita richiesta. Quando quest'ultima era ritenuta non esaudibile veniva gentilmente "rigettata" cercando altre vie per chiudere il circolo di reciprocità aperto ove, a volte, la "semplice" presenza, il fatto di *esserci* e l'ascolto attento parevano essere sufficienti.

Dunque "cedimenti" all'oggettività e alla distanza neutrale avvengono e sono, per riprendere Robben (1995), *necessari* al processo di comprensione, oltre che, a nostro modo di vedere, imprescindibili modalità di lavorare nel campo in modo rispettoso

---

<sup>19</sup> I parenti dei *desaparecidos* e i protagonisti del periodo della dittatura militare in Argentina, incontrati da Robben a Buenos Aires tra il 1989 e il 1991.

verso gli interlocutori e di essere parte di un processo di reciprocità, condizione *sine qua non* per essere, quanto meno, accettati. Si deve anche chiarire che l'obiettivo di lungo periodo della ricerca che ho svolto in questi anni è dichiaratamente quello del miglioramento delle condizioni di vita delle persone con disagio mentale in Somalia. La presunzione e la sfida è che attraverso la ricerca, attraverso il processo di problematizzazione e di comprensione profonda del tema, calato nella concretezza del quotidiano di chi fa esperienza di tali condizioni, si possa contribuire a favorire un percorso di miglioramento. La ricerca rappresenterebbe dunque il primo passo verso la definizione di azioni che successivamente, attraverso modalità e mezzi differenti, possano essere messe in campo per un cambiamento in maniera culturalmente ed eticamente appropriata. Parafrasando Nancy Sheper-Hughes (1995) se non fossi stato mosso dall'idea che l'etnografia possa in ultima istanza essere usata come mezzo di riflessione e analisi critica e che tutto ciò possa essere usato per il miglioramento di condizioni di vita degradanti e spesso inumane, quale perverso cinismo mi avrebbe portato ripetutamente a interrogare uomini e donne circa le loro pene e afflizioni?

Come hanno rilevato molti autori lavorare con la violenza genera una trasformazione in chi ascolta, obbligando ad assumere il ruolo di testimone e il peso che questo può comportare (da Silva Catela, 2000; Robben, 1995; Ajimer e Abbink, 2000; Scheper-Hughes, 1995). Le testimonianze, per gli autori appena citati, sono caratterizzate da una forte dimensione di violenza politica, di repressione o tortura, per cui il prendere (o trovarsi a prendere) posizione a fianco della vittima, implica l'identificazione di un nemico. Nel mio caso, la violenza non ha avuto necessariamente queste valenze e, frequentemente, il nemico non era facilmente identificabile o, meglio, la violenza esercitata, ad esempio sotto forma d'incatenamento del malato mentale, non era sintomo di una volontà di repressione quanto il segno evidente del fallimento della capacità di cura. La privazione della libertà è decisa all'interno della famiglia, avviene per mano delle persone con cui si condivide la quotidianità e che rappresentano la risorsa primaria della propria socializzazione, protezione e crescita. Sebbene si possa subire facilmente la seduzione della vittima, la testimonianza assume altri significati soprattutto in quei casi in cui "vittima e carnefice" sono stritolati dalla stessa morsa di povertà e deprivazione.

Un ultimo aspetto importante è quello del rispetto della privacy, a tutela della dignità delle persone, a garanzia che quanto confidato venga utilizzato per le finalità dichiarate durante le interviste e che non venga divulgato pubblicamente senza il loro

assenso o senza essere intervenuti stilisticamente garantendo l'anonimato. Per rispettare quanto sopra ho agito nel testo alterando nomi e, a volte, dei piccoli particolari della biografia per rendere non identificabili le persone ma in modo da non stravolgere il senso della storia e la possibilità di comprensione del contesto da parte del lettore. Un altro accorgimento è stato quello della scelta del materiale che viene *portato fuori dalla relazione e reso pubblico*. Avendo accesso a dati sensibili sia durante le interviste sia attraverso la lettura delle cartelle cliniche, si è cercato il più possibile di utilizzare solo quegli elementi che potessero servire alla comprensione omettendo particolari, anche significativi, che avrebbero potuto essere motivo di disagio o imbarazzo da parte dei protagonisti, qualora fossero stati pubblicati. I dati sensibili raccolti attraverso il database del reparto di salute mentale di Bosaso, che rispecchiano in pieno quelli contenuti nelle cartelle cliniche di Bosaso, sono codificati e l'uso che ne ho fatto è anonimizzante. I dati estrapolati sono stati usati in questo lavoro principalmente con finalità statistiche, senza alcuna possibilità d'identificazione personale, oppure a complemento di biografie adottando gli accorgimenti già spiegati sopra.

## **6. Cronologia riassuntiva della presenza sul campo**

Le considerazioni di questo lavoro di ricerca sono il frutto di ripetute permanenze sul campo dal 2003 al 2011. Ho già affrontato sopra i diversi status che hanno contraddistinto la mia presenza, la cui problematizzazione ho sempre tenuto presente e cercato di esplicitare al meglio, per offrire a chi legge gli strumenti per una comprensione approfondita e il più possibile coerente con il percorso intrapreso, non necessariamente obiettiva, ma eticamente responsabile.

Secondo diversi autori sono evidenti i vantaggi di una conoscenza del terreno e una presenza sul campo antecedente al periodo di ricerca "pura". Innanzitutto la conoscenza pregressa dovrebbe permettere di ridurre al minimo le distrazioni e i fraintendimenti cui si è naturalmente esposti in un contesto nuovo diminuendo il rischio di applicare inappropriati modelli concettuali alle situazioni (Miles e Huberman, 1984, p.48). Per Reimer (1977, p.474) quando i ricercatori sono già "empiricamente istruiti", ovvero familiari con il contesto e l'ambito dei propri studi perché hanno condiviso un linguaggio e un insieme di esperienze che può essere preso per dato, ne conoscono i significati simbolici e "*questo permette di evitare questioni irrilevanti e senza senso e di indagare aree sensibili con maggiore facilità*". Ciò dovrebbe anche permettere una maggiore capacità di valutare racconti, informazioni reali e distorte (sia deliberate che

non) rispetto alla propria esperienza. Secondo Greed (1990) applicando il metodo che definisce di “etnografia restrospectiva” si riesce a osservare e analizzare eventi e materiale raccolto in precedenza dandogli lo stesso trattamento riservato agli eventi odierni. Condivido pienamente queste posizioni aggiungendo che testo nella stesura di questo lavoro ho sempre cercato di contestualizzare l’origine del materiale selezionato, proveniente da ambiti relazionali e geografici differenti, unito al particolare posizionamento del ricercatore, per cercare di presentare un quadro il più completo possibile del contesto e delle analisi effettuate.

<b>Periodo</b>	<b>Durata permanenza</b>	<b>Luogo di ricerca</b>	<b>Luoghi secondari di ricerca</b>
Aprile 2003 – Aprile 2005	24 mesi	Bosaso	Berbera, Hargeisa, Merka, Qardho, Garowe, Galkayo
Gennaio – Febbraio 2006	2 mesi	Bosaso	Xafuun
Giugno 2006	1 mese	Bosaso	
Ottobre 2007	1 mese	Bosaso	
Giugno – Settembre 2008	2,5 mesi	Hargeisa	Berbera
Marzo – Giugno 2009	3 mesi	Hargeisa	Boroma
Novembre- Dicembre 2009	1 mese	Minneapolis (USA)	
Giugno – Agosto 2010	2 mesi	Dadaab (Kenya)	
Aprile – Maggio 2011	2 mesi	Hargeisa	Boroma, Berbera, Burco, Bosaso
<b>Totale</b>	<b>38,5 mesi</b>		

## **7. Capitolo per capitolo**

Il primo capitolo analizza la letteratura disponibile relativa alla salute mentale della popolazione di origine somala entro i confini dell’articolato “spazio somalo”. Vista la straordinaria dispersione della popolazione somala nel mondo e, allo stesso tempo, la capacità di mantenimento di significativi legami transnazionali, il materiale che presento comprende lavori disponibili in quattro continenti e relativi a aree anche molto disomogenee tra di loro (i.e. campi rifugiati e quartieri di capitali occidentali). I testi analizzati includono sia articoli scientifici e relazioni di ricerca sia rapporti di progetti.

Il taglio dei lavori di ricerca è principalmente psicologico-psichiatrico e in misura minore antropologico e sociologico.

Nel secondo capitolo ho ristretto il campo di analisi al contesto somalo, in particolare al nord, soffermandomi sulla cornice giuridico-normativa legata al disagio mentale e alla sua gestione. Da un lato osserveremo se e come la giurisprudenza locale fornisca strumenti e prassi, ad esempio, di tutela e di punizione e, dall'altro, analizzeremo le caratteristiche e la portata delle politiche di salute pubblica locali in materia di salute mentale.

Il terzo capitolo affronta la gestione domestica del disagio psichico, la sua identificazione, le rappresentazioni e le modalità relazionali più consolidate che vengono messe in atto. In particolare l'attenzione è verso la forma di disagio più severa, per alcuni, localmente, l'unica vera forma di sofferenza mentale, verso la quale non sono tradizionalmente identificate prospettive di guarigione. Analizzerò in dettaglio la storia di vita di Colaad, paradigmatico esempio di persona con tale forma estrema di sofferenza che, oltre ad assumerne le caratteristiche più stereotipiche, rappresenta anche il suo contrario, l'antistereotipo, avendo affrontato un percorso di cambiamento efficace sia a livello domestico sia a livello pubblico.

L'analisi di alcune forme di quotidiana tristezza, non definibili localmente come patologiche, introdurranno, nel quarto capitolo, al tema dei fattori protettivi che possono concorrere al mantenimento della sofferenza entro limiti accettabili, senza che questa diventi una forma grave e non più rimediabile. Attraverso l'analisi della forma di contenimento più diffusa, l'incatenamento fisico del sofferente grave da parte della famiglia, verrà approfondita la relazione tra sfera privata e sfera pubblica.

Nel quinto capitolo l'attenzione si sposta dalle risorse domestiche a quelle "esperte" che si occupano di guarigione dei sofferenti mentali. Dalla religione alla medicina passando per le pratiche cosiddette tradizionali, non tralascieremo di mostrare la dinamicità dell'uso delle risorse e la porosità tra sistemi di cura che talvolta diventa strutturale. Sarà inoltre dedicata attenzione alle pratiche emergenti di cura, spesso alimentate da processi d'investimenti di ritorno della diaspora, che realizzano forme inedite spesso integrando elementi professionali di varia estrazione a forme tradizionali dell'attenzione familiare.

Il sesto e conclusivo capitolo, esplora gli itinerari terapeutici messi in atto dalle famiglie con le risorse a disposizione sia localmente sia transnazionalmente. Anche nel campo della salute, infatti, così come in quello economico e sociale per citarne due,

spesso le famiglie ricorrono o sfruttano opportunità e risorse diasporiche. Seguendo lo stesso principio osserveremo una pratica che si è diffusa in anni recenti. Essa ha a che fare con il movimento inverso, ovvero di somali scompensatisi all'estero che vengono fatti rientrare in Somalia con finalità legate alla guarigione.

## **CAPITOLO 1 LA SALUTE MENTALE NEGLI STUDI SOMALI**

In questo capitolo, analizzeremo la letteratura disponibile che direttamente o indirettamente affronta il tema della salute mentale di popolazione di origine somala, un compito che porta ad abbracciare quattro continenti, essendo questa l'ampiezza della dispersione dei somali nel mondo.

Il tema della salute mentale è pressoché assente dagli studi somali d'area. Fatta eccezione per uno studio sugli effetti del consumo di Qaat tra ex-soldati in Somaliland, tra le poche fonti scritte disponibili si annoverano alcuni rapporti - spesso "interni" - di organizzazioni locali, di organizzazioni non governative e agenzie internazionali. La quasi totalità di tali fonti fanno riferimento a periodi successivi al 2004, sebbene un numero limitato di esse riferiscano di un arco temporale posteriore al 1996.

Maggiori fonti e ricerche pubblicate sono rintracciabili in studi condotti al di fuori dei confini dell'ex- Stato Somalo ed "entro" il mobile e articolato "spazio somalo" contemporaneo. L'approccio di molti di questi studi è orientato dal paradigma dominante nelle scienze psicologiche che dall'atto violento passando per l'automatica generazione di trauma trova nel PTSD la sua cifra diagnostica. Inoltre, è spesso operato un mascheramento dei "soggetti" degli studi dietro l'etichetta di "rifugiati", che fa perdere di vista il più ampio contesto storico-culturale transnazionale entro cui le persone vivono, in un continuum di relazioni, e spesso di violenza, fatto di cambiamenti, incertezza e speranze in una scala temporale ampia ed aperta.

### **1.1 In Somalia**

In questo paragrafo analizzeremo le fonti scritte prodotte all'interno del contesto territoriale somalo, muovendoci geograficamente dal nord-ovest (Somaliland) , al nord-est (Puntland) al centro-sud. Ci soffermeremo sulle modalità in cui la rappresentazione di cosa sia "salute mentale" emerga da questo insieme di fonti. Si tratta principalmente di analisi condotte da organizzazioni locali o internazionali, con un taglio "operativo". Con quest'aggettivo intendiamo sia il *formato* utilizzato per la redazione degli stessi ("rapporto di missione", "rapporto di fattibilità", "analisi del contesto") sia la *prospettiva*, ovvero le finalità e il presunto uso pubblico dei contenuti di tali documenti (coordinamento degli interventi umanitari, produzione di "evidenza" per donatori,

documenti interni per lo sviluppo e monitoraggio del settore).

L'instabilità di ampi territori dell'ex-Stato Somalo e le conseguenti difficoltà di accesso e di permanenza prolungata hanno probabilmente influito negativamente sulle possibilità/volontà di potenziali ricercatori vista l'assenza di lavori sul tema in un territorio con caratteristiche sicuramente interessanti.

Nonostante le fonti locali citate in introduzione siano tutte direttamente o indirettamente legate a interventi umanitari<sup>20</sup> va sottolineato che questi ultimi, rispetto ad altri territori segnati da conflitti o protratti stati di insicurezza, non rappresentino in Somalia un importante canale di investimento per quanto attiene al settore della salute mentale.

### **1.1.1 Somaliland**

Nell'auto-proclamata Repubblica del Somaliland viene realizzato, a quanto è dato sapere, il primo intervento di salute mentale di cui esistono tracce scritte e i cui attori principali (somali e non-somali) sono tuttora avvicinati<sup>21</sup> nell'epoca post-1991.

In un contesto politico molto diverso dall'attuale dove le poche ONG presenti avevano la sede regionale a Djibouti, l'ex Somalia Francese, e alcuni chiamavano i cooperanti "internazionalisti", le parole di uno di questi ci introducono al primo impatto con una famosa struttura "psichiatrica" somala:

Da prima della Guerra Mondiale esisteva questo sito a forma di caravanserraglio nella città di Berbera. (...) I matti continuavano ad arrivare a Berbera incatenati e a rimanerci per un tempo incomprensibile, così come incomprensibile era la loro partenza e il loro ritorno alla pastorizia. La grande muraglia piena di buchi dove spesso si vedevano ombre calarsi con annessa la ferraglia del loro corredo.(...) Celle che danno su un grande cortile. Uomini nudi, incatenati ,impastati di escrementi, ma con negli occhi una forza inquietante, una rabbia più forte delle pietre, delle catene, dei cancelli. (...)

Nella prima cella viveva il " presidente di tutte le Somalie" un ex maestro che, dopo il

---

<sup>20</sup> L'unico testo con dati raccolti localmente e destinato ad un pubblico *anche* accademico (Odenwald et al., 2005, 2009) è il frutto di una ricerca iniziata durante un progetto di cooperazione internazionale con l'ONG tedesco-italiana VIVO.

<sup>21</sup> Il progetto "Costituzione e supporto di una unità psichiatrica nell'Ospedale di Berbera" finanziato da Caritas Italia si realizza nel periodo 1996 -2003 nella principale città portuale del nord-ovest, successivamente passato sotto il finanziamento MAE- Ministero degli Affari Esteri- dal 2002. Il progetto complessivo ("Programma di sostegno agli Ospedali di Berbera") è affidato all' ONG milanese COOPI, che delega totalmente lo sviluppo delle attività di salute mentale all'ONG milanese G.R.T.



primo impatto di maledizione contro gli “ infedeli bianchi” ci permise di esistere nel quadrilatero. In fondo al cortile, sempre più incatenato, il grande viaggiatore di libertà: Vado a Roma, Madrid, Stoccolma, Istanbul, Mosca..... Sono stato a ..... e la sua mente gira libera insegnandoci che il Mental Hospital, il suo cortile, le sue catene, sono il centro del mondo. (...)

Ammissioni, dimissioni, avvengono decise dai familiari. Vengono imposte, così come le modalità di permanenza e viene dai familiari decisa la dimissione.(...) Non c'è un medico, un gruppo di guardiani con enormi mazzi di chiavi per i lucchetti, ma quando servono non si trovano, le chiavi giuste e quindi bisogna segare il lucchetto e le catene (...). Giravano farmaci, certo, come giravano diagnosi improbabili a volte scritte in fantomatiche cartelle cliniche ingiallite dalla sabbia con l'invariata indicazione: catene e contenimento.(...) Gli Sceicchi [*shuyūkh* – guaritori Coranici] distinguono bene un posseduto dai Gin [*djin*; spiriti della tradizione islamica] da un folle; così pure i guaritori Minghis. I nostri [degenti nel Mental Hospital], erano fuori dalla loro competenza, per loro dichiarazione e per dichiarazione dei familiari. (...) Il cortile centrale, che dà sulla grande piazza, è un mercato, con un via vai di donne, bambini, parenti, venditori di Chat [o *Qaat*, *Khat*], cammelli e capre. Uno sparuto gruppetto di giovani tenta di fare qualche cosa di umano: lavare i pazienti, coprirli un poco, regalare sigarette, qualche volta scatenare qualcuno e accompagnarlo al mercato. Poi sapremo che erano i volontari di GAVO, un'associazione nascente fatta di bravi ragazzi di Berbera (Loris Panzeri, Berbera, 1996. Stralci dall'introduzione di un libro, mai scritto, sull'esperienza dell' ONG GRT in Somalia)

GAVO<sup>22</sup> è la principale fonte di documentazione scritta sul tema. L'organizzazione ha prodotto un “Baseline Survey Report” sulla salute mentale in Somaliland (GAVO, 2004), alcuni rapporti di missioni di fattibilità e verifica di progetti comunitari di salute mentale (a Burco<sup>23</sup> nel 2005, a Berbera nel 2006 e 2007, ad Hargeisa nel 2006) ), un rapporto sul coinvolgimento di leader di comunità e *anziani*<sup>24</sup> nella sensibilizzazione sul tema (2005), alcuni rapporti annuali dell'organizzazione e rapporti annuali specifici sul

---

<sup>22</sup> Acronimo di General Volunteer Organization. E' l'organizzazione, fondata nel 1993, che più di altre si è occupata localmente di fornire assistenza, servizi e, più recentemente, sensibilizzare e esercitare pressione politica in favore di persone con disturbi mentali.

<sup>23</sup> Seconda città del Somaliland per estensione e abitanti, capitale della regione amministrativa del Togdheer.

<sup>24</sup> Tradotto dall'inglese “elders”, comunemente utilizzato localmente per riferirsi a rispettate personalità dei vari gruppi clanici, i quali hanno peso negoziale e di rappresentanza pubblica. *Maqaawiir o cuquul* in somalo.

tema della salute mentale (2006-2009), un rapporto WHO-AIMS<sup>25</sup> per il Somaliland (2008) e un rapporto sull'uso di Qaat<sup>26</sup> tra i giovani (2009).

Nel rapporto del 2004 gli autori sottolineano come “*si pensi che la prevalenza di disturbi mentali in Somaliland sia la più alta del mondo*<sup>27</sup>” ovvero che “*circa una persona ogni due unità domestiche sia colpita da un disturbo mentale*” (GAVO, 2004). Non sono portati dati statistici o epidemiologici a sostegno di tale tesi, viene piuttosto riportato quello che spesso, *si sente dire*, quando si affronta tale questione.

All'epoca della mia prima presenza in Somalia, a Bosaso (Puntland), nel maggio 2003, sentivo ripetere come un mantra il *fenomeno* del gran numero di persone con disturbi mentali e, in effetti, nel momento in cui iniziai ad entrare nelle case per interessarmi alle biografie di costoro, l'esperienza diretta pareva confermare tali affermazioni:

Non avevamo un piano preordinato, così chiesi alla persona a me più vicina. All'inizio fu dunque Abdihakin a introdurmi nelle case di suoi parenti. C'era sempre una cugina o uno zio da cui andare. Dopo qualche giorno iniziai a prenderlo in giro: “com'è che tutti i matti a Bosaso sono *warsangeli*<sup>28</sup>?” Era diventato il nostro *ritornello*. Immane ogni qualvolta ci fermavamo in una casa, al nostro congedo c'erano fuori ad attenderci delle donne o dei bambini che avevano *sentito* e che ci chiedevano di andare a casa loro a parlare con il figlio, la sorella...Dopo qualche tempo di passaparola ed incontri estemporanei abbiamo dovuto iniziare a segnare delle liste di persone da incontrare, stavano diventando troppo numerose (dal diario, Bosaso, agosto 2003).

Al di là dei dati numerici quello che gli autori a più riprese sottolineano è la vastità del problema, a fronte di un contesto con “indicatori sanitari tra i peggiori d'Africa”, in assenza di risorse, di professionisti (tra gli altri, 1 psichiatra in tutto il paese<sup>29</sup>, nessun infermiere con formazione psichiatrica), dove circa il “90% dei pazienti intervistati è

---

<sup>25</sup> Acronimo per *World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems*. E' uno strumento lanciato nel 2005 da WHO per ottenere informazioni su larga scala e permettere monitoraggio del funzionamento del “sistema” salute mentale in paesi a basso e medio reddito. E' inserito nel programma “Evidence and Research”. Le informazioni sono raccolte intorno a 6 domini principali: “(1) policy and legislative framework, (2) mental health services, (3) mental health in primary care, (4) human resources, (5) public information and links with other sectors, (6) monitoring and research”(WHO,2009b).

<sup>26</sup> Pianta dai moderati effetti anfetaminici comunemente masticata nell'area.

<sup>27</sup> Nonostante retoricamente identifichino cifre più alte, l' esito della ricerca condotta da VIVO nel 2002, cui i dati si riferiscono, indica che nel 26,5% delle unità domestiche vi è almeno una persona con disturbi mentali, mentre un'altra ricerca condotta ad Hargeisa citata nel testo, indicata la cifra di 21%.

<sup>28</sup> Clan somalo cui Abdihakin appartiene.

<sup>29</sup> Dove per paese, *country* nel testo, ci si riferisce alla Repubblica del Somaliland.

stato incatenato almeno 1 volta nella vita” per mancanza di alternative (ibid., 8-10). Un'aggravante generale, sulla quale l'organizzazione insiste molto in vari rapporti scritti, è la mancanza di politiche e strategie messe in campo dalle autorità locali (ibid., 11)

Le cause principali dell'insorgere di disturbi mentali sono da ricercarsi nell'”abuso di droghe, trauma post-guerra, malattie e [dis]occupazione” (ibid., 10). Le conseguenze della “protratta guerra civile e conflitti sociali” sono riportati in primo piano in questo e in altri testi (cfr. GAVO, 2006 e, in generale, tutte le introduzioni ai loro *rapporti*), a tratti con accenti che riecheggiano le diffuse retoriche pubbliche circa la costruzione del Somaliland, a fronte del sacrificio degli ex-combattenti (Cfr. anche Hoene, 2010).

Il ragionamento circa le cause si fa successivamente più dettagliato sia nelle opinioni di GAVO sia delle persone intervistate nell'indagine. Il “pubblico”<sup>30</sup> identifica le seguenti cause in ordine di importanza: abuso di droga, povertà/disoccupazione, trauma di guerra, malattie, stregoneria, spiriti (djinn); medici generici, intervistati a parte circa i pazienti da loro visitati, identificano le seguenti: povertà, abuso di droghe, trauma da guerra, malattie. (GAVO, 2004, pp. 24-25).

Sebbene le cause di tipo “spirituale” o legate alla stregoneria appaiano come poco significative rispetto all'insorgenza di disturbi mentali (globalmente meno del 7%<sup>31</sup>), “la grande maggioranza delle famiglie si è affidata per secoli a terapeuti religiosi tradizionali”, il cui ruolo “è ampiamente riconosciuto nella comunità”(GAVO, 2006). Di questa sola apparente contraddizione si dirà meglio nel capitolo 5.

Un ultimo argomento ampiamente trattato in questi rapporti attiene alla stigmatizzazione delle persone con disturbi mentali, ovvero all'abuso fisico e verbale e alla violazione dei loro diritti, tanto che “alcuni degli abusi sono profondamente radicati nella società e, per questo, non riconosciuti come maltrattamenti”(GAVO, 2006, p.25). Dalle interviste condotte circa l'abitudine all'uso di catene di metallo per contenere le persone “malate”, si evince come, oltre alle motivazioni legate all'auto/etero-protezione, un terzo degli intervistati dichiara di incatenare i propri familiari perché “non ci sono altre alternative” e una percentuale di poco superiore perché “incatenare è il modo tradizionale per tenere le persone a casa” (ibid., p.26).

Se incatenare un familiare nella propria casa è una pratica comune soprattutto in assenza di altre risorse, lo stesso avviene anche in strutture dedicate alla

---

<sup>30</sup> Cinquanta intervistati tra *elders*, studenti, businessmen, “gente comune”.

<sup>31</sup> Le statistiche contenute in tali rapporti, come specificato dagli stessi autori, non hanno nessuna pretesa di rappresentatività. Tuttavia rivelano in maniera appropriata, sempre secondo gli autori, un “certo grado di realtà”.

riabilitazione/cura del sofferente. I centri Coranici, così come i centri privati, il Mental Hospital di Berbera e il reparto di salute mentale di Hargeisa sono tutti luoghi dove, per vari motivi, non è inusuale trovare persone incatenate (Cfr. § 4.3). In particolare in ambienti “pubblici” (gli ultimi due del nostro elenco) la motivazione è principalmente contenitiva dovuta alla mancanza di risorse. Il seguente passaggio si riferisce al primo incontro tra un consulente originario del Ghana impiegato da una ONG inglese, e il reparto di salute mentale di Hargeisa:

The walk.

I was confronted by the worst inhumane conditions that I have seen in a hospital; it reminded me of a script from the film “ The Green Mile”. Almost all the patients were in chain shackles; housed in cells with very poor sanitary facilities, open galleys from the cells to the compound. Truly the high security compound was nothing but a prison. Patients were behind bars, shouting and banging on their metal doors. There were no nurses to be seen. Even in the dormitories, which are low security in status, patients were still in chains. (...) Patients were wandering around aimlessly in their shackles (Montia, 2004, p.7).

Il rapporto WHO-AIMS<sup>32</sup> sul Somaliland del 2009, scritto dal coordinatore di GAVO sulla salute mentale usando il formato tecnico proposto da WHO, riprende le stesse informazioni dei rapporti citati.

Elementi aggiuntivi li troviamo in alcuni studi effettuati da psicologi tedeschi circa l'uso di Khat come fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi psicotici (Odenwald et al., 2005), e gli effetti dell'uso di Khat e della presenza di PTSD su sintomi di natura psicotica in particolare la paranoia (Odenwald et al., 2009). Questi studi affrontano il tema della salute mentale in maniera “ristretta” intorno ai concetti di trauma, PTSD, consumo di sostanze e con attenzione specifica al confronto tra ex-combattenti e civili non coinvolti in situazioni attive di guerra. Tutti temi che ritroviamo quasi esclusivamente nella letteratura prodotta all'estero, come vedremo più avanti. Nel primo studio, “epidemiologico”, realizzato nella città di Hargeisa intervistando 4,854 persone scelte casualmente tra la popolazione generale, gli autori hanno registrato una

---

<sup>32</sup> Acronimo per “World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems”, strumento sviluppato dal settore *Evidence, research and action on Mental and Brain Disorder Team* del *Department of Mental Health and Substance abuse* di WHO. E' utilizzato per i cosiddetti “low and middle income countries”.

prevalenza di disturbi mentali nella popolazione adulta maschile intorno al 8,4%, con un'incidenza maggiore per ex-combattenti, il 15,9% (Odenwald et al., 2005, p.5). Nel secondo studio sono stati intervistati 8.124 ex-combattenti in 7 regioni somale, i quali hanno fatto registrare globalmente la presenza di sintomi associabili a PTSD nel 5,6%, ove il dato del nord del paese è del 2,1% (Odenwald et al., 2009: 1044).

### 1.1.2 Puntland

Spostandoci ora verso i territori nordorientali, entro i confini amministrativi del Puntland State of Somalia<sup>33</sup>, i dati disponibili sono ancora più scarsi. Oltre alla già citata indagine su Khat, PTSD e sintomi psicotici parzialmente condotta in Puntland, le uniche informazioni disponibili sono i rapporti trimestrali e quello finale dell' ONG G.R.T. circa l'intervento di salute mentale realizzato tra il 2003 e il 2005 e una tesi di Master in Etnopsichiatria (Reggi, 2006). Tralasciando anche in questo caso i dettagli meramente tecnico-operativi, rileviamo brevemente alcuni aspetti che torneranno utili nel proseguo della discussione.

Dai rapporti dell'ONG emerge un'enfasi simile a quella riscontrata nei rapporti di GAVO rispetto all'estensione del "problema salute mentale" nei suoi vari aspetti concreti (diffusione di disturbi, mancanza di soluzioni durevoli, stigmatizzazione, mancanza di "professionisti", l'uso delle catene, il consumo di Khat). Gli itinerari terapeutici intrapresi dalle famiglie confermano quanto già rilevato nel caso del Somaliland, ovvero il massiccio ricorso a terapeuti religiosi (Coranici) che vengono interpellati nell'85% dei casi<sup>34</sup>, anche se è verosimile pensare che la percentuale sia anche superiore.

Un ulteriore dato che emerge è relativo all'attribuzione di cause che generano una condizione di disagio, così riportate da familiari/pazienti: evento stressante (37%), incidente/ferita (29%), problemi medici (9%), djin (9%), magia/stregoneria (8%), droghe-Khat (7%)<sup>35</sup>.

---

<sup>33</sup> Regione nel nord-est del paese, costituitasi con tale nome nel 1998 su volere dei principali *elders* locali in seguito ai ripetuti falliti tentativi di riconciliazione nazionale; si è dotata di strutture politiche e amministrative autonome seppur non rivendicando una formale indipendenza dalla "Somalia", quanto piuttosto l'adesione ad un progetto di Stato federale Somalo.

<sup>34</sup> Dati estrapolati dal Database del reparto di salute mentale dell'ospedale di Bosaso relativi a 2.412 dati disponibili di pazienti (ultimo inserimento Dicembre 2008).

<sup>35</sup> Su 1.181 record "validi" del database di Bosaso ben il 67% di questi indica un generico "altro". I dati sopra riportati si riferiscono al restante 33%. "Evento stressante" fa riferimento a evento legato alla guerra

Da ultimo, osservando i dati delle diagnosi effettuate da medici somali che hanno lavorato al progetto, si nota che il PTSD non risulta neppure tra le categorie diagnostiche utilizzate<sup>36</sup>, al di là del fatto che le conseguenze della guerra siano da tutti riconosciute tra le cause della notevole presenza di condizioni di disagio mentale.

Le fonti menzionate in questa sezione non hanno rilevante circolazione pubblica essendo, quest'ultima, limitata ai pochi operatori umanitari del settore o ricercatori che si siano eventualmente presi la briga di recuperarle e leggerle. Indirettamente però molte informazioni in esse contenute sono state citate da WHO in una recente analisi della situazione della salute mentale in Somalia (WHO, 2010) che ha sicuramente una maggiore diffusione e rilevanza pubblica.

Il rapporto WHO-AIMS, che potenzialmente accedrebbe a canali di diffusione più ampi è, nel caso del Puntland, viziato dal fatto che i dati relativi alla regione non sono stati inseriti. L'autore del rapporto, un infermiere di Mogadiscio chiamato a compilare il rapporto per la "Somalia" (incluso anche il Puntland), ha lamentato una mancanza di collaborazione con l'omologo referente in Puntland e una difficoltà ad ottenere dati da includere nel rapporto, sul versante opposto è stata segnalata una voluta mancanza di coinvolgimento da parte dell'omologo di Mogadiscio<sup>37</sup>.

Al di là delle reciproche recriminazioni, di fatto, i dati dal Puntland risultano non pervenuti. La Somalia risulta l'unico paese ad avere due rapporti "nazionali" presentati, uno per il Somaliland e uno per il "Centro-sud" anche se in assenza di riconoscimento internazionale della sovranità del Somaliland come Repubblica indipendente. A maggior ragione dunque l'esclusione dei dati del Puntland è un peccato, dal punto di vista della completezza, essendo quelli più completi, tracciati e verificabili.

### **1.1.3 Centro – Sud della Somalia**

Dati relativi alle zone del centro sud sono limitati al già citato rapporto WHO-

---

ma anche a disoccupazione, problemi familiari e matrimoniali, "incidente/ferita" a colpi ricevuti in testa (non legati al conflitto), incidenti d'auto, "problemi medici" a epilessia, medicine "sbagliate", condizioni innate.

<sup>36</sup> Su 2.192 diagnosi disponibili nel database al 23/06/2011, il PTSD risulta diagnosticato una sola volta. Questo dipende anche dalle modalità con cui la formazione dei medici locali è stata condotta e delle loro scelte specifiche su quale diagnosi privilegiare, probabilmente, dal punto di vista operativo. Ciò non toglie che un clinico occidentale che volesse riscontrare la "diagnosticabilità" del disturbo, secondo i criteri internazionali del DSM-IV TR o dell'ICD-10 troverebbe sicuramente valori più alti.

<sup>37</sup> Comunicazioni personali.

AIMS del 2009, ad un rapporto di una missione di fattibilità condotta nel 2004 a Merka dallo scrivente e a qualche documento di progetto relativo alla così detta “Chain-free initiative” realizzata a Mogadiscio con fondi WHO.

Dal rapporto WHO\_AIMS, che costituisce un tentativo di raccolta dati nel settore, emerge uno scenario di “assenza” generalizzata: mancanza di personale, di politiche, di fondi, di dati, e così via. Le regioni del centro-sud sono quelle che maggiormente pagano gli esiti negativi della violenza e dell'insicurezza dato che il conflitto armato è una realtà in continuità con gli ultimi 20 anni di storia del paese. I dati raccolti sono considerati, per stessa ammissione del WHO a fondo rapporto, di dubbia affidabilità.

L'altro tema è quello delle catene, non a caso il WHO ha realizzato a Mogadiscio solo brevi e limitati progetti per la realizzazione di luoghi di cura “chain-free”, affidati all'infermiere autore del rapporto WHO-AIMS e nominato *focal point* per la salute mentale.

Le catene e, in generale, lo stato di degrado e abbandono in cui versano persone con disturbi mentali al sud sono al centro di due servizi audio trasmessi da radio statunitensi ad Atlanta e Chicago nell'aprile 2009, realizzati con il contributo di operatori che hanno visitato Mogadiscio<sup>38</sup>.

In entrambi i servizi, il contesto e le conseguenze della guerra sono riportati con toni drammatici da entrambi i servizi. Il servizio della radio di Atlanta parla dell'ospedale psichiatrico come di un luogo dove, in un generale clima di disperazione, ci va “*chi non ha più nessun posto dove andare*” e cita un “recente episodio” dove uomini di “*Al-Shabaab [Cfr. Cap.I] entrati nell'ospedale psichiatrico dove molte persone erano incatenate hanno sparato indiscriminatamente uccidendo i più*”.

Il servizio andato in onda a Chicago si spinge oltre suggerendo che tutta la popolazione somala costretta a vivere in una condizione di cronico warfare mostra segni “*riconducibili a disturbo post traumatico da stress (...) condizione ben nota agli americani*”.

Da ultimo analizziamo un recente rapporto pubblicato da WHO e fatto circolare dal mese di Febbraio 2011. Nell'email di presentazione il responsabile della “comunicazione e relazioni con i donatori” scrive:

Dear Madam, Sir,

---

<sup>38</sup> I due documenti sono stati forniti da Abdurahman Ali Awale (Dr. Habeb), *focal point* per la salute mentale in Somalia.

Prolonged conflict and instability have largely impacted on the mental and psychological well-being of the Somali people. One in three Somali's has been affected by some kind of mental illness, a prevalence which is higher than in other low-income and war-torn countries. Many Somali's have experienced beating, torture, rape or have been injured for life. Others witnessed horrific violence against family or friends.

To have a better understanding of the mental health services within the country, WHO Somalia produced a mental health situation analysis. The document groups all crucial information on mental health in Somalia (Email, 02/02/2011).

Tale documento è stato verosimilmente accolto con favore dagli operatori umanitari del settore o da coloro i quali sono alla ricerca di “dati”, in un contesto dove l'assenza, la non organicità e l'imprecisione di questi ultimi è cronica. A maggior ragione se questi dati vengono pubblicati sotto l'egida della più importante organizzazione sanitaria mondiale, c'è da aspettarsi che vengano ampiamente usati senza troppe verifiche<sup>39</sup>, nonostante la risaputa difficoltà di raccolta dati e di produzione di “evidenza”<sup>40</sup> nel contesto somalo. Purtroppo il rapporto, come vedremo nel proseguo, è costruito in modo superficiale ben lontano dal rigore scientifico (e quanto meno di comprensione e verifica delle fonti) che un tale documento meriterebbe.

Il messaggio, così come il resto del documento, sottolinea la straordinarietà del contesto somalo in termini di prevalenza<sup>41</sup> di malattie mentali, la più alta al mondo secondo gli autori. La seconda immagine che emerge lega la diffusione di tali disturbi all'esperienza diretta del conflitto (tortura, violenza fisica, stupro) e a quella indiretta (assistere alla violenza), ovvero alle principali, e più note, determinanti dello stress post-traumatico.

Il rapporto accorpa informazioni contenute nei pochi documenti analizzati, oltre a organizzare in maniera sistematica una serie d'informazioni relative ai servizi disponibili, attraverso l'utilizzo di questionari inviati alle principali strutture psichiatriche e accedendo ad informazioni dirette con attori informati. Il pregio di

---

<sup>39</sup> In effetti subito dopo la circolazione del documento il blog della Somali Medical Association ha adottato interamente il testo sopra riportato, pur senza indicarne la fonte. <http://somalidoc.com/smf/index.php?topic=968.0> accesso il 26/03/2011]

<sup>40</sup> L' *evidenza* cui ci riferiamo in questo passaggio, attiene all'ambito medico psichiatrico, e fa riferimento a preoccupazioni metodologiche di tale ambito disciplinare. In questo caso dunque la produzione di “dati forti” dovrebbe avvenire entro un quadro di ricerche epidemiologiche verificabili, che applicano rigidi criteri per la validità e qualità della ricerca. La stessa WHO ha un settore specifico dedicato alla produzione di evidenza, il Mental Health Evidence and Research team (MER).

<sup>41</sup> Indice statistico dato dal rapporto tra “evento sanitario” (in questo caso una diagnosi psichiatrica) e totale della popolazione in un dato momento.



sistematizzare il materiale disponibile, secondo gli “assi” programmatici dell'organizzazione, nasconde però il difetto di rendere “pubblici” e amplificare analisi ed interpretazioni che, vedremo, hanno poca o non hanno alcuna, consistenza e validità.<sup>42</sup>

Non si vuole qui confutare il fatto che la prolungata sequela di violenza e conflitti abbia una ricaduta negativa sulla salute mentale della popolazione e neppure escludere che alle condizioni attuali la Somalia possa rappresentare un caso emblematico dove l'estensione e la drammaticità di tali problematiche sia maggiore che in altri contesti.

L'impressione è che l'enfasi su particolari elementi del discorso sia scelta a priori, e che l'uso di dati formalmente *non consistenti*, filtrati attraverso il nome dell'organizzazione e la presunta sistematicità del testo, operi in modo da rendere *consistente* l'effetto di tali dati e riflessioni.

Ad esempio, il dato centrale che fa scrivere agli autori che 1 persona su 3 in Somalia è affetta da qualche forma di disturbo mentale (WHO, 2010, p.18), non si riesce a capire da dove venga estrapolato. Vengono citati gli stessi dati già analizzati ad inizio capitolo mescolando informazioni di “sentire comune” (GAVO : “una persona ogni due soffre di un disturbo”), a dati relativi a indagini nella sola città di Hargeisa (prevalenza del 21% - VIVO, 2002 oppure del 26,5% - GAVO 2004 su un campione di 50 persone) a dati relativi al Puntland di cui però non sono chiari i riferimenti<sup>43</sup>.

Nella stessa, sfortunata, pagina 18 una serie di imprecisioni e di mancanza di rigore scientifico emergono su varie dimensioni.

Commentando il fatto che in Somalia non esiste una “traduzione” del termine tecnico depressione, vengono elencate espressioni che dovrebbero indicare concetti simili, omettendo di citare la fonte (McGraw Schuchman, 2004, p.3) e di spiegare che questi dati fanno riferimento a interviste effettuate con rifugiati somali negli stati uniti. Nella tabella 2 del medesimo rapporto vengono elencate le prevalenze per uomini e donne di alcuni disturbi mentali senza rendere esplicito come siano state ottenute e, per di più, confondendo sintomi con categorie diagnostiche.

Sono inoltre citati con leggerezza e con notevoli errori sostanziali statistiche riportati da altre fonti. Non è vero, ad esempio, che la durata minima di ammissione in

---

<sup>42</sup> Anche in questo caso ci riferiamo a criteri sui cui vengono solitamente basate la bontà di ricerche scientifiche nello specifico ambito medico entro cui queste sono prodotte e fatte circolare.

<sup>43</sup> E' conoscenza diretta di chi scrive il fatto che la percentuale di un terzo relativa alla prevalenza di disturbi mentali -riferita a fonti GRT-, sia in realtà il dato relativo alla percentuali di incatenamento di un campione di pazienti presentatisi all'ospedale di Bosaso aggiornato all'anno 2005.

un reparto psichiatrico è di tre mesi<sup>44</sup>, così come non è vero che secondo il GRT il 90% delle persone sono state incatenate almeno una volta nella loro vita<sup>45</sup>. Le imprecisioni sono numerose e non è compito di questa tesi fare una revisione del documento WHO.

E' però importante notare che i dati, distorti, sopra riportati vadano nella direzione di una drammatizzazione ulteriore di un contesto che già da sé parrebbe a qualunque osservatore non rassicurante. Inoltre, va detto, che questo ambiguo o semplicemente poco attento lavoro di riorganizzazione pare sia in linea con quella che è, informalmente, la non positiva reputazione di WHO nel contesto somalo<sup>46</sup>.

Un ultimo dato su cui riflettere è la questione di genere. Nel rapporto viene affermato genericamente, senza alcuna informazione circa le fonti, che i problemi di “salute mentale delle donne *devono essere aumentati* in anni recenti considerata l'esposizione a GBV e SGBV”<sup>47</sup>.

Essendo il GBV uno dei settori dove maggiormente operatori umanitari investono, unendo interventi sanitari a campagne sui diritti umani ed emancipazione femminile, il fatto di non avere dati “forti” a supporto di una dichiarata necessità di intervento<sup>48</sup>, costringe gli autori ad affermazioni di principio aprioristiche: devono per forza essere aumentati!

## 1.2 Contesti di rifugio o di approdo

In questo paragrafo analizzeremo i temi maggiormente investigati e dibattuti nei cosiddetti contesti di approdo. Le fonti constano sia di articoli a carattere scientifico sia di rapporti di progetti realizzati in quattro continenti, specchio della dispersione di somali nel mondo.

Benché alcuni temi emergano in maniera trasversale, si è preferito organizzare le

---

<sup>44</sup> Nel rapporto finale GRT è chiaramente indicata la media di 15 giorni. Dal database aggiornato al 2010, cui gli autori del testo WHO avevano pieno accesso, un semplice calcolo permette di avere la dimensione reale: 18 giorni.

<sup>45</sup> I dati cui si riferiscono sono riportati da GAVO, sulla base di congetture. I dati GRT, riferiti a 2.399 dati utilizzabili al 23/06/2011 (ove l'ultimo inserimento è del 24/12/2008), parlano di una percentuale del 21 % (cfr. anche Cap.5).

<sup>46</sup> La cattiva nomea di WHO Somalia in termini di mancanza di trasparenza, controllo e affidabilità è abbastanza diffusa tra gli operatori umanitari d'area così come tra rappresentanti di ospedali e autorità locali somale. Tanto che, addirittura, questi “rumors” sono stati riportati nero su bianco in un documento ufficiale, di cui però non si è riusciti a recuperare il riferimento.

<sup>47</sup> Acronimi di uso comune nel settore umanitario per indicare la Violenza di Genere (GBV) e la Violenza sessuale e di genere (SGBV).

<sup>48</sup> Nel sommario esecutivo la questione è indicata tra la prioritarie.

riflessioni per “area”- dunque gli Stati Uniti, *il Regno Unito, l'Europa, l'Australia, La Nuova Zelanda e il Canada* piuttosto che per “temi”. Questo per permettere una comparazione che tenesse conto delle diversità specifiche del contesto di migrazione ove tali ricerche sono state condotte.

L'assenza di dati epidemiologici circa la prevalenza di malattie mentali tra la popolazione somala rifugiata (Bentley et al., 2008)<sup>49</sup> è sottolineato da pressoché tutti gli autori, cui vanno aggiunti, tra i temi trattati, il rapporto, spesso conflittuale, tra la presunta cultura ospitante e la presunta cultura di origine, l'accesso e l'uso dei servizi socio-sanitari, il ruolo della famiglia, la marginalizzazione dello straniero, i problemi sociali nel nuovo contesto, la necessità di un approccio “culturalmente competente”, la presenza di disturbo post-traumatico da stress. In generale in letteratura si ritiene che la popolazione rifugiata sia a rischio di sviluppare condizioni psicopatologiche come depressione, ansietà e disturbo post traumatico da stress. L'attenzione è spesso focalizzata, lo abbiamo ricordato in precedenza, su quest'ultimo rischiando però di mascherare altre condizioni più significative e dal punto di vista statistico e dal punto di vista dei significati e dell'esperienza della sofferenza vissuta dal rifugiato, come ricordato anche da De Jong et al. (2003) e Buhi et al.(2006).

Questi temi sono etnocentricamente sviluppati con lo sguardo da- e su- la società ospitante, entro una sorta di minimo comune denominatore che va dalla migrazione (spesso forzata) alla ricollocazione fisica nel territorio d'asilo fino alle questioni legate all'integrazione. Tutti questi passaggi innescano in vari momenti una sequenza di stress psicologici per le persone che si trovano in “una fase di transizione della propria vita” ponendo “al rifugiato rischi per la salute fisica e difficoltà psicologiche (Palinkas et al., 2003).

### **1.2.1 Stati Uniti d'America**

Dei circa 85.700 residenti di origine somala che vivono negli Stati Uniti<sup>50</sup>, l' *U.S. Census Bureau's American Community Survey* stima, nel giugno 2004, in 25.000 i

---

<sup>49</sup> Buhi e colleghi (2003) sottolineano come i pochi dati disponibili siano contraddittori e spesso derivanti da ricerche metodologicamente inconsistenti.

<sup>50</sup> E' notoriamente difficile avere dati accurati di un fenomeno complesso e in continua evoluzione. Un recente rapporto UNDP (2009) riporta che nel periodo 1983-2004, le presenze somale raggiungono quota 55.000 dove 13.000 sono i nuovi ingressi del solo 2004. Altri autori stimano la presenza somala in 150.000 persone (Van Lehman & Eno 2003, Menkhaus 2008).

residenti nello stato del Minnesota (Ronningen, 2004), lo stato nordamericano dove risiede il maggior numero di somali sia come prima destinazione sia in seguito a successive migrazioni interne agli Stati Uniti (Suglic et al., 2007, Jaranson et al., 2004)<sup>51</sup>. Secondo alcuni autori, qui risiedono più somali che in qualsiasi altro posto fuori dall'Africa orientale (Suglick et al., 2007, p. 585). Seppure questo dato pare esagerato è interessante sottolineare la considerevole crescita dei tassi di immigrazione somala negli ultimi vent'anni, infatti se “nel 2002, il più alto numero di immigrati arriva dalla Somalia<sup>52</sup>, dieci anni prima (1992) solo 6 somali immigrarono in Minnesota”(Ronningen, 2004, p.2). E' a partire dal 1993 che gli arrivi aumentano, principalmente attraverso programmi di *resettlement*<sup>53</sup> dai principali campi profughi dove trovano temporaneo<sup>54</sup> rifugio molti somali in fuga dalla guerra. Inoltre, se le cifre sopra riportate fanno riferimento a dati ufficiali, notoriamente di difficile accuratezza, operatori sociali che lavorano quotidianamente con popolazione somala sostengono che, nello stesso periodo, in Minnesota “è ampiamente accettato che ci siano 50,000-75,000 [somali]” (McGraw Schuchman et al., 2004, p.1). Circa un terzo dei somali presenti in Minnesota vive nella “gretear Minneapolis”, ovvero l'area urbana intorno al fiume Missisipi, occupata dalle cosiddette *twin cities*: Minneapolis e St.Paul.

Johanna Nilsson e colleghi sottolineano come, nonostante la presenza sempre più importante di somali in territorio statunitense, poca sia l'attenzione che la letteratura psicologica ha loro dedicato (2008,p.1655).

Il processo di acculturazione funge da cornice epistemologica e prospettiva teorica entro cui muovono la maggior parte degli studi analizzati. I principali riferimenti, non sempre esplicitati, paiono collocarsi in alcune correnti dalla psicologia culturale e transculturale americana (Cfr. Berry, 1980). Il rifugiato, al pari dell'immigrato, ma con l'aggravante di un passato traumatico, porta con sé la propria cultura che s'incontrerà/scontrerà con la cultura nordamericana. L'acculturazione è uno degli esiti possibili indicata nella letteratura psicologica dei processi migratori, il cui livello è

---

<sup>51</sup> Confermato da più fonti durante periodo di ricerca in Minneapolis, in particolare Intervista a Ahmed Yusuf, *case manager* presso la clinica universitaria CUHCC, Minneapolis (25/11/2009).

<sup>52</sup> Così come nel 2005 (Nilsoon, 2008, p.1655).

<sup>53</sup> Ricollocamento. Lasciamo la parola in inglese nel testo sia per la diffusione del suo utilizzo per lo specifico ambito tecnico-politico sia perché la traduzione in italiano ha valenze schematiche più ampie, meno caratterizzanti il contesto specifico di fuga da guerra, transito in campi rifugiati e ottenimento di asilo politico.

<sup>54</sup> Il più grande campo rifugiati la mondo, il campo di Dadaab in Kenya, alla data dell'8 Maggio 2011 ospita 346.738 persone ([ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&docId=1226952](http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&docId=1226952)) dei quali circa il 97% somali. Bambini nascono e crescono nel campo, vanno a scuola fino alla secondaria e molte famiglie ivi soggiornano da più di 10 anni; tale campo che esiste dal 1994, non ha nulla di temporaneo in sé.

misurabile secondo molti autori attraverso appositi test. Tenendo saldo questo presupposto di fondo viene indagato lo scarto tra l'identificazione con la propria cultura di origine e quella di approdo unito alla correlazione con altri fattori di contesto.

Non è compito di questo lavoro effettuare un'analisi dettagliata della metodologia di tali lavori e dei presupposti teorici, che pure si cercheranno di rendere evidenti. Riteniamo che molte di queste ricerche siano criticabili dal punto di vista metodologico con gli strumenti delle discipline psicologiche che tali ricerche utilizzano. Perplessità emergono, in particolare, dalla meccanicità di alcune analisi e dall'utilizzo di test standard tradotti in somalo o somministrati in inglese, ovvero nell'implicita assunzione dell'universalità dei processi psicologici. Il rischio è, ancora una volta, nell'uso pubblico di risultati spesso viziati da ottiche parziali e riduttive che, una volta entrati nel meccanismo della citazione e della produzione di letteratura scientifica, diventino *dati*, assunti a rappresentazione di una realtà di fatto.

Uno studio condotto su un gruppo di 62 donne afferma che coloro che cercano di acculturarsi, soprattutto migliorando il proprio livello di inglese, possono essere a rischio di abuso domestico e, visto il fatto che “*raramente condividono problemi emozionali*” perché “*problemi psicologici sono visti come segno di debolezza*”, hanno bisogno di counselling in salute mentale e servizi di supporto (Nilsoon, 2008, p.1661). Per citare un esempio, nell'articolo in discussione il cosiddetto livello di acculturazione di donne somale è dato dalla misura del (i) livello della conoscenza lingua inglese, (ii) durata della permanenza negli Stati Uniti e (iii) dal numero di amici americani. Che un *fenomeno* complesso come quello dell'eventuale processo di acculturazione sia predicibile dalla somma di queste 3 variabili pare quantomeno dubbio.

Un altro studio (Ellis et al., 2010) ipotizza che il grado di acculturazione possa mitigare l'associazione tra discriminazione e problemi di salute mentale (sono considerati solo depressione e PTSD). Gli autori sostengono che per le giovani donne un alto grado di “acculturazione somala” (ovvero nell'ipotetico continuum tra cultura somala e americana, una tendenza a collocarsi intorno alla prima) ha funzione mitigante. Per il sesso maschile l'azione mitigante è data da una maggiore “acculturazione americana”. Questo pare essere legato a differenti forme di discriminazione subite dai due sessi. Gli autori sottolineano come forme di discriminazione siano “parte dell'esperienza quotidiana di tre quarti dei giovani rifugiati somali”, che sia “maggiore per le donne” (per via dell'uso del velo) e che i somali siano uno di quei gruppi con una molteplicità di status minoritari, la “triple jeopardy” (Ellis et

al., 2010, p.571), ovvero l'essere rifugiati, musulmani e neri, dunque con un rischio potenziale di discriminazione molto alto (ibid., p.572).

Se l'acculturazione è un processo dagli esiti mai scontati, questi sono resi “ancora più incerti” nel caso del rifugiato visto l'“impatto che le perdite di pre-migrazione e altri eventi traumatici”(Scuglik et al., 2007, p.582) svolgono sul processo di adattamento che può portare ad un “ 'collision course' con enormi implicazioni per la salute mentale (Mohamed, 2000; Purnell & Paulanka, 1998). Da un lato i traumi della guerra, dall'altro l'impatto dell'acculturazione e di una serie di “nuove forme di stress che creano vulnerabilità emozionali sconosciute in precedenza ai somali”, generano un bisogno di servizi di salute mentale nella popolazione somala degli Stati uniti molto significativa (Scuglik et al., 2007, p.588). Per gli autori la situazione è tale per cui, citando Jimale (2002), “la triade sintomatologica depressione-ansia-PTSD è così comune nella comunità che molti le hanno dato un nome: si riferiscono a questi sintomi quanto occorrono assieme con il termine di *puffis*<sup>55</sup>”.

L'altro tema prioritario è quello della frequenza del PTSD che, assieme alla depressione, è spesso l'unico disturbo ad essere considerato come possibile esito psichiatrico per il rifugiato (Bentley e Owens, 2008). Come anticipato, non vengono condotte vere e proprie ricerche di tipo epidemiologico circa la prevalenza e le tipologie di disturbi mentali di cui soffrono rifugiati originari della Somalia. Quella che più le si avvicina è una indagine condotta con rifugiati di etnia Oromo e Somali a Minneapolis che porta gli autori a sostenere che il PTSD è stato rilevato con tassi tra il 39% e il 100% e che tassi di depressione si collocano tra il 47% e il 72% (Jaranson et al., 2004). Gli stessi autori investigano la correlazione tra traumi e torture sottolineando come solo 6 rifugiati su 1.134 (totale del campione esaminato) non abbiano subito una qualche forma di trauma, mentre la tortura ha una prevalenza tra il 25% e 69% a seconda dell'origine di provenienza e genere. Il PTSD era diagnosticabile (in un campione ridotto) nel 4% dei casi da rifugiati non esposti a tortura e nel 25% dei casi da rifugiati esposti a tortura.

L'attenzione alle sintomatologie psichiatriche sembra non oltrepassare questi confini. L'alta esposizione a eventi traumatici (Carroll, 2004, p. 124,) è altresì riportata in tutti gli articoli. In generale viene quindi accettato lo schema psicopatologico diffuso che vede un'alta prevalenza di disturbi psichiatrici tra popolazione rifugiata in generale

---

<sup>55</sup> Leggi *buufis*. Cfr. Capp. 4 e 6 e, per una estesa argomentazione sul significato di tale espressione, Reggi (2011) e Horst (2006).

(ibid., p.119), che in bambini e adolescenti può arrivare anche a percentuali tre volte superiori a quelli della media nazionale (Ellis e Cabral, 2008).

La dimensione temporale sottesa alle ricerche analizzate ci dice di una separazione netta tra il passato e il presente, testimoniando di una cesura che è *anche* spaziale. Il rapporto dialogico tra passato e presente pare, in qualche modo, “strutturare” queste analisi anche dal punto di vista clinico. Il *prima* è rappresentato dalla guerra, dalla violenza, dai traumi, dalla fuga, dalla permanenza in campi rifugiati, dalla perdita che dal punto di vista clinico questo si tramutano in ricordi, flashback, depressione, PTSD. Il *dopo*, ovvero il presente, è il luogo dell'accoglienza, di rifugio, del riparo dalla violenza, della necessità di riadattamento, dell'acculturazione necessaria per inserirsi nel nuovo contesto. Il prima e il dopo sono anche riflessi delle percepite appartenenze culturali: la cultura Somala, fatta di famiglie patriarcali dove il ruolo delle donne è sottomesso al volere maschile, di Islam, di coralità nella gestione dei problemi; all'altro polo sta la cultura statunitense, individualistica, organizzata, dove i diritti degli adolescenti così come delle donne travalicano i confini familiari e sono regolati da autorità esterne, dove l'Islam è religione minoritaria.

Alcuni autori non mancano però di ricordare che l'approdo è anche terreno di discriminazione e nuove violenze, meno visibili ma non meno invadenti e destabilizzanti (Ellis et al., 2010, Mohamed, 2000; Purnell e Paulanka, 1998, Scuglick et al., 2007)<sup>56</sup>.

Il “disagio del presente” (Beneduce, 2001)<sup>57</sup> può essere assai pervasivo come bene esemplifica il commento di Suglick et al. :

Una donna somala trovava che schivare proiettili e bombe in Somalie era meno stressante e più prevedibile che combattere contro le tormentanti lettere da parte dei servizi sociali e del governo (2007, p.589).

Un ultimo tema frequentemente affrontato in vari articoli è quello della famiglia, dei ruoli interni ad essa e dell'educazione dei propri figli sullo sfondo dei differenti valori e delle diverse modalità di gestione che la presunta cultura nordamericana e somala presuppongono.

La centralità della famiglia (Scuglick et al., 2010) , i modificati sistemi di supporto

---

<sup>56</sup> Kinzie et al. (2002) in uno studio comparativo tra rifugiati di diverse origini circa gli effetti di una presunta “seconda traumatizzazione”, dovuta agli eventi dell'11 Settembre 2001, sostengono che i Somali sono tra gli immigrati quelli che subiscono il maggiore deterioramento al senso di sicurezza e tranquillità.

<sup>57</sup> Guerin et al. (2006) si riferiscono a questo fenomeno come a “settlement trauma” (ibid., p.5)

della famiglia estesa (Osman e Petterson, 2004), l'“inversione” delle gerarchie di potere (Nilsoon, 2008), i nuovi modelli cui i giovani si confrontano quotidianamente (Ellis et al., 2010) che paiono incomprensibili ai genitori, sono alcuni degli elementi che possono creare difficoltà relazionali e conflitti interni non più gestibili con le codificate *tradizionali* modalità di controllo nel contesto somalo (Scuglik et al., 2010, p.589). Questo tipo di stress mina al fondamento dell'organizzazione sociale somala, delle modalità antropopietiche rilevanti in Somalia. L'abdicare il ruolo parentale, da parte della famiglia, a favore di un controllo “esterno” (i servizi sociali, la legge americana, il famigerato “911”), è una delle principali preoccupazioni delle famiglie, come riscontrato anche durante un periodo di ricerca condotto a Minneapolis nel 2009. Il numero generale per le emergenze, il “911”, mi è stato frequentemente citato come lo spauracchio che i figli, per lo più adolescenti, agitano di fronte ai genitori nei momenti di conflitto. Se da un lato i figli lo usano come minaccia (“se alzi le mani chiamo e arriva la polizia”), i genitori dall'altro si sentono impotenti di fronte a quel sistema, spesso incomprensibile, che può decidere che il loro modo di essere genitori non è adeguato e che un'autorità altra può decidere del destino dei loro figli.

Emily Christensen (2010) alla domanda circa i principali bisogni della comunità somala in tema di salute mentale, ottiene le seguenti risposte (tra parentesi il numero di volte in cui il tema è stato menzionato): comunicazione genitori/figli (34); relazione genitori/figli (26), Stress (22), differenze generazionali (19), perdita (9), preoccupazioni (6), problemi di genere (6)<sup>58</sup>.

Circa il 70% delle risposte ha a che fare con la questione generazionale/familiare. Se questa è generalmente considerata il tratto caratteristico delle conflittualità genitori-figli nel percorso di crescita di questi ultimi, acquista qui un significato e una rilevanza particolare alla luce della particolare situazione di rifugio e del terreno dove questa conflittualità si esprime, imprimendo a quest'ultima un'accelerata formidabile.

L'autrice precisa inoltre che :

stress, perdita e preoccupazioni [sono] associati con l'essere immigrato (...) [con] preoccupazioni per i parenti rimasti in Africa (...) [e] per le aspettative di fornire supporto finanziario ai familiari [che] causano stress”, oppure “la perdita della comunità e della cultura (ibid., p.20)

---

<sup>58</sup> Nel testo originale i dati sono in inglese riportati in Tabella 2, p.18.



Atri temi che emergono sono legati alle concezioni relative alla salute mentale, spesso citate da testi e “profili culturali” generali (Jimale et al., 2002, Lennon, 2000) o grazie a prolungato lavoro con persone di origine somala (McGraw Schucman e McDonald, 2004), alla stigmatizzazione della persona con sofferenza mentale, alla “mancanza” di una classificazione di forme di disturbi che vada *oltre* la tradizionale “Matto – Sano” (Scuglick et al., 2004, McGraw Schucman e McDonald, 2004), all' assenza o limitata presenza di problemi di salute mentale prima della guerra (Carroll, 2004; Perez, 2006), alla credenza in spiriti della tradizione islamica, i *jiin*, (McGraw Schucman e McDonald, 2004; Strakey et al., 2008), all'uso di guaritori religiosi tradizionali anche nel contesto di approdo (Christensen, 2010), oltre che a familiari e amici (Carroll, 2004), alla minor fiducia accreditata a professionisti occidentali (Osman e Petterson, 2004), all'uso di Khat (Bentley e Owens,2008), alla tendenza a non descrivere/condividere emozioni (Reitsma, 2001) e riportare sintomatologie di tipo somatico oltre che adottare un'implicita preferenza per un modello medico di tipo organicista (Scuglick et al.,2004) pur con qualche riserva, in taluni casi, sull'uso di farmaci psichiatrici per il timore di esperimenti su immigrati africani (Perez,2006).

Tentativi di analisi delle categorie emiche utilizzate per nominare forme di disagio sono anch'esse riportate in un numero limitato di studi, principalmente attraverso interviste ad osservatori privilegiati (McGraw Schucman e McDonald, 2004; Carrol, 2004, Bentley e Owens, 2008).

### **1.2.2 Regno Unito ed Europa**

La maggior parte degli studi di settore in Europa provengono dal Regno Unito, in particolare da Londra. Altre importanti aree europee di migrazione somala, come i paesi dell'area scandinava e l'Olanda hanno prodotto un limitatissimo numero di ricerche sul tema a quanto è dato sapere.

Le migrazioni di Somali (soprattutto nel Somaliland) verso il Regno Unito hanno seguito traiettorie diversificate in differenti epoche storiche, legate a rapporti coloniali (inizio secolo diciannovesimo, manodopera e marinai), commerciali (anni '50, boom economico e stabilizzazione dei precedenti gruppi, in numero limitato) e di rifugio (dagli anni '80 in avanti, la popolazione più consistente) (Harris, 2004). Significative traiettorie migratorie recenti interessano il cosiddetto “movimento secondario”(Kleist,2004) o “movimento continuo”(Bang Nielsen, 2004), ovvero la

mobilità infra-europea da altri paesi europei verso la Gran Bretagna.

Le stime di Somali residenti variano tra 44.000 e 250.000 a seconda delle fonti. Nella sola Londra variano da 34.000 a 70.000 e da 1.353 a 12.000 nel distretto di Tower Hamlets dove risiede la popolazione somala più numerosa della capitale (Ahern, 2008). Il censimento del 2001 ha adottato un sistema di classificazione per “categorie etniche” che include i Somali nella categoria “Black Africans”. Tali dati sono utilizzati da servizi socio-sanitari rendendo spesso difficile una disaggregazione dei dati dei soli Somali da tali fonti (Ibid., p.12).

La mancanza di dati relativi a salute mentale della popolazione di origine somala è lamentata anche in Europa, in particolare da Buhi et al. (2006) e Ahern (2008).

Nel Regno Unito la questione è particolarmente rilevante e strettamente legata alle esigenze dei servizi sanitari territoriali nell’ottica di un miglioramento degli stessi. Questo si evince da numerosi testi analizzati ed è esplicitamente fatto proprio dal *NHS* [National Health Service] *Tower Hamlets* che, in occasione del lancio nel 2008 del “Mental Health Need Assessment of the Somali Population of Tower Hamlets” dichiara la preoccupazione:

per gli alti livelli di problemi di salute mentale tra la comunità somala, in particolare PTSD e comuni disturbi mentali [così come per la percezione] che ci siano alte percentuali di ammissioni psichiatriche di Somali (...) e la preoccupazione circa l’uso del Khat e le sue conseguenze per la salute della popolazione somala in particolare per la salute mentale (Ahern, 2008) <sup>59</sup>.

Con un’operazione simile a quella realizzata da WHO in Somalia (2011), vengono ripresi alcuni dati estrapolati da altre ricerche per enfatizzare la necessità d’intervento nel settore. Il primo elemento pare essere ripreso direttamente dai risultati di una ricerca condotta da Buhi et al. (2006) dove emerge che più di un terzo dei soggetti intervistati ( 36.4%) manifesta una qualche forma di disturbo mentale, principalmente “common mental disorders<sup>60</sup>” (33,8%) e PTSD (14%), ove l’80% delle persone diagnosticate con PTSD sono altresì diagnosticabili per altri “common mental disorders”.

---

<sup>59</sup> <http://www.towerhamlets.nhs.uk/news/no-smoking-day/tower-hamlets-pct-launch-somali-mental-health-initiative/> Accesso effettuato il 25/05/2010.

<sup>60</sup> Gli autori includono nella categoria i disturbi d’ansia e tutte le forme di depressione non psicotica.

Sebbene secondo gli autori il PTSD abbia una prevalenza tale da giustificare un'attenzione specifica da parte dei servizi, questi sottolineano anche come i dati non giustificano quell' eccessiva enfasi su PTSD tra rifugiati e richiedenti asilo” (ibid.,401) e che altri “comuni disturbi mentali sono maggiormente prevalenti” (ibid.405).

In controtendenza con la comunemente accettata correlazione positiva tra esposizione al trauma e sviluppo di sintomatologia di tipo post-traumatico (Buydens-Branchey e Branchey ,1990), in una ricerca comparative olandese Gerritsen et al. (2006) hanno rilevato che rifugiati somali, rispetto a rifugiati di altre nazionalità, sebbene fossero stati esposti al maggior numero di eventi traumatici avessero i più bassi livelli di PTSD (4%). Una ricerca qualitativa in due zone di Londra ove la relazione tra mobilità, salute mentale e accesso ai servizi è stata investigata sia tra popolazione somala rifugiata e tra professionisti della cura, ha evidenziato come tra i primi sia data molta meno importanza, rispetto ai secondi, a diagnosi psichiatriche tra cui anche il PTSD (Warfa et al., 2006, p. 512). Questo, secondo gli autori, è in linea con risultati di altri studi in cui si evidenzia la molteplicità dei eventi traumatici esperiti dai rifugiati sia nel paese di origine sia nel paese di approdo (Bhui et al., 2003; Jaranson et al., 2004).

Le modalità e qualità dell'accesso ai servizi sanitari sono, a vario titolo, un tema comune a tutta la letteratura sul tema, sia nella prospettiva di sviluppare strumenti di valutazione e diagnostici culturalmente “appropriati” (Bhui et al., 2006, p.401) sia nell'ottica di gestire al meglio i costi dei servizi sanitari (McCrone et al., 2005).

Sara Whittaker et al. (2005) sostengono la necessità di fornire una varietà di servizi partendo dalle credenze e bisogni individuali senza stereotipare i rifugiati dentro tale categoria. La ricerca qualitativa condotta con donne rifugiate nel nord dell'Inghilterra riporta al centro il tema della famiglia, già prioritario negli studi nordamericani, intesa principalmente come elemento protettivo verso le difficoltà del quotidiano e il potenziale insorgere di problemi di salute mentale oppure verso la “vulnerabilità alla possessione” (ibid., p. 182). La necessità di confidenzialità, la riluttanza a condividere emozioni intime e la preferenza, da parte di alcune donne, a non coinvolgere la famiglia in eventuali pratiche terapeutiche per paura dell'esposizione “pubblica” delle proprie difficoltà, interpretate come debolezze, completano l'indagine sul ruolo della famiglia. Gli autori si pongono espressamente in continuità con la letteratura canadese e nordamericana centrata sui processi di acculturazione e “contaminazione culturale”<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Su questo tema, tra i testi citati dagli autori ed analizzati nel presente lavoro si ricordano Rousseau et al. (1998) e Zarowsky (1997).

aggiungendo enfasi sui costi che una “scelta biculturale”<sup>62</sup> impone in termini di “conflitti, segreti e dello scivolamento tra credenze e identità” (ibid., p.192).

Un tema che emerge con maggior attenzione nei testi del Regno Unito rispetto ai corrispettivi nordamericani ha a che fare con l’uso e abuso di Khat e alle sue conseguenze per la salute in generale e per la salute mentale in particolare (Ahern, 2008, Bhui, 2006 ) e alla sua possibile associazione al rischio suicidale (McCrone et al., 2005). Il consumo di Khat e le varie questioni ad esso collegate quali, ad esempio, l’utilizzo tradizionale, gli effetti psicotropi della sostanza, i fattori macro- e micro-economici collegati alla commercializzazione e uso, tra gli altri, sono ampiamente dibattuti in letteratura<sup>63</sup>.

E’ utile qui sottolineare come l’uso di Khat sia legale nel Regno Unito<sup>64</sup> dove, oltre ad essere principalmente consumato dalla popolazione di origine somala, yemenita ed etiopica, è anche da qui commerciato illegalmente verso il mercato nordamericano.

L’ampia disponibilità di Khat nel mercato inglese è all’origine dell’elevato consumo e motivo di preoccupazione soprattutto, pare, tra le donne di origine somala, gli operatori sanitari e a livello politico (Whittaker et al., 2005, p. 185).

Da ultimo ricordiamo il tema della mobilità, pilastro degli studi somali e per alcuni della “somaliness” (Cfr.Cap.6), affrontato in modo specifico da Warfa et al. (2006). Va ricordato che anche in questo caso il Regno Unito è uno nodo centrale nei contemporanei processi di mobilità spaziale somala infra-occidentale ed infra-europea in particolare, come ricordato ad inizio del presente paragrafo.

L’elevato tasso di mobilità successiva all’arrivo nel paese di approdo<sup>65</sup> è fenomeno comune anche al di fuori della Gran Bretagna e in molte storie familiari si pone in continuità con elevata mobilità anche prima della partenza. Gli autori avvertono comunque circa l’uso improprio, a loro modo di vedere, di “teorie del nomadismo”<sup>66</sup> fuori dal contesto di origine” usate per spiegare la predisposizione alla mobilità dei somali e il possibile ruolo catartico ed eventualmente protettivo che questa può

---

<sup>62</sup> Da una diversa prospettiva Buhi rileva che l’aver ricevuto educazione sia in Somalia sia nel Regno Unito pare svolgere una funzione protettiva rispetto al potenziale sviluppo disturbi mentali (Buhi et al., 2006, p.405)

<sup>63</sup> Cfr., tra gli altri, Kalix (1990), Elbert (2002), Häfner et al.(2005), Warfa et al.(2007), Anderson et al. (2007), Gebissa (2004) e Reggi (2011).

<sup>64</sup> E’ proibito nel resto dei paesi Europei, nel Nord America e in Canada.

<sup>65</sup> Dalle ricerche condotte da Warfa et al. (2006) risulta che i giovani intervistati riferiscono una mobilità media nel Regno Unito superiore ai 5 anni prima di stabilirsi “permanentemente” a Londra (ibid., p.508). La “mobilità residenziale”, ovvero la dispersione dei somali e l’alto tasso di spostamenti pongono problemi di tipo metodologico per quanto riguarda la possibilità di monitoraggio sul lungo periodo, l’accesso alle informazioni, la reperibilità (Buhi, 2006, p.401).

<sup>66</sup> Fanno in particolare riferimento a Rousseau et al., 1998.

svolgere. Le ripetute migrazioni portano invece, secondo gli autori, alla frammentazione delle famiglie, alla mancanza di supporto sociale e a conseguenze negative per la salute dovute alla “migrazione maligna<sup>67</sup>” (ibid., p.504).

### **1.2.3 Australia e Nuova Zelanda**

Dall’Australia l’unica ricerca disponibile è quella di Marion Bailes, medico australiano che conduce un’indagine qualitativa sulle percezioni relative alla salute mentale nella “comunità somala di Melbourne”. Secondo l’autrice quella somala è una comunità “emergente” in termini numerici che conta circa 5.000 somali in Australia, di cui 3.000 circa nella regione di Victoria.

Rispetto a quanto osservato in precedenti ricerche una novità risiede nell’identificazione, da parte dell’autrice, di una sorta di “continuum” della percezione di salute mentale che va da “problemi emozionali” a “follia”, passando attraverso “non normale”. Se il “termine occidentale malattia mentale è spesso equiparato a follia, *buufis* è un termine somalo per ‘non normale’, e può includere problemi di salute mentale come depressione e ansia”<sup>68</sup>.

L’autrice sottolinea inoltre che l’intervento di sostegno sia quasi esclusivamente ricercato all’interno delle famiglie oppure tra “anziani”, “saggi” o guaritori Coranici e che l’intervento medico-occidentale sia minore, soprattutto “perché trattamenti farmacologici sono visti negativamente”. Nell’indagare le barriere a “comportamenti di ricerca di aiuto”, la “paura di gossip” è segnalata come una “big issue”, rimarcando ancora una volta l’effetto della stigmatizzazione della “malattia mentale” nella comunità. Da ultimo l’autrice espone lo stesso “paradosso” già emerso in Withakker (2005), ovvero la difficoltà ad utilizzare trattamenti di tipo occidentale che prevedono l’uso della parola e l’introspezione dei propri sentimenti ed emozioni, che paiono non combinarsi bene con l’attitudine riscontrata di non voler condividere la propria intimità e la paura del giudizio sociale che deriverebbe da eventuali pettegolezzi.

In Nuova Zelanda, 94 rifugiati somali approdano tra la fine del 1999 e l’inizio del

---

<sup>67</sup> Con tale espressione gli autori intendono la migrazione di gruppi svantaggiati o la migrazione alla ricerca di lavoro e possibilità economiche che però non fornisce stabilità e sicurezze di lungo periodo e per cui, spesso, la migrazione si risolve in residenzialità provvisoria in area degradate, periferiche o marginalizzate delle città.

<sup>68</sup> <http://www.vtpu.org.au/AnnouncementRetrieve.aspx?ID=18512> Il testo è un commento alla presentazione degli avanzamenti di ricerca di Bailes (2005) effettuata al VTPU – Victorian Transcultural Psychiatric Unit nel 2003.

2000, costituendo il primo “significativo” arrivo di rifugiati di origine africana<sup>69</sup>. La popolazione di origine somala giunge principalmente:

in qualità di rifugiati, attraverso l'UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees), il NZIS (New Zealand Immigration Service) - refugee quota service oppure tramite programmi di riunificazione familiare (Guerin et al., 2006).

Nel 2004 rifugiati somali (sia tramite accesso diretto o ricongiungimento) superano quota 4.000 (Guerin et al., 2004a)<sup>70</sup>. Le ricerche consultate provengono da lavori condotti per lo più presso l'Università di Waikato (Dipartimento di Psicologia e Gruppo di ricerca sulle Migrazioni) nell'omonima regione neozelandese, che ha nella città di Hamilton il principale polo di concentrazione della popolazione di origine somala. Il tema maggiormente trattato è quello relativo alle concezioni circa la salute mentale tra la popolazione somala, nell'ottica di fornire linee guida di riferimento per professionisti della salute mentale. Elementi di carattere religioso e “culturale” quali l'uso di terapie “complementari” e “tradizionali”, il ruolo della famiglia nel primo “counselling”, la differente concezione rispetto a cosa sia un problema di salute mentale e cosa non lo sia, sono tra i temi trattati facendo ampio uso di letteratura prodotta in altri contesti diasporici (in particolare Elmi, 1999) oltre che alle ricerche condotte in loco. Tra queste Juanita Ryan cita “*la possessione di un Jin, il Waali*” e le categorie di “*Qalbijab, murug, welwel, and boofis*” tra le principali categorizzazioni psicopatologiche utilizzate da rifugiati Somali (2007). Seppure l'autrice dichiara di rifiutare un'operazione riduzionistica di equiparazione tra categorie psicopatologiche occidentali e somale, questo esercizio trova ampio spazio nel testo, nonostante registri anche una certa riluttanza da parte dei somali intervistati circa la possibilità di accettare una sorta di equiparazione tra le categorie.

Guerin et al. (2004a, 2004b)<sup>71</sup> sottolineano come le conseguenze dirette della guerra non siano considerate le principali cause dell'insorgenza di disturbi mentali<sup>72</sup>, mentre maggior importanza viene data alla preoccupazione per la riunificazione della famiglia

---

<sup>69</sup> <http://www.teara.govt.nz/en/refugees/4>

<sup>70</sup> Come ricorda Juanita Ryan (2007) questo dato è più del doppio del dato ufficiale indicato dal censimento del 2001, che identifica in 1.197 il numero di somali residenti e che l'autrice considera una sottostima del dato reale.

<sup>71</sup> In rete sono disponibili alcune presentazioni utilizzate dagli autori in diverse occasioni che riprendono in parte i temi trattati nel testo: Guerin et al., 2004a, Guerin, 2005a, Guerin, 2005b.

<sup>72</sup> Mentre invece molta enfasi è data ai traumi da guerra e al PTSD, quali cause di salute mentale, dai medici generici (Guerin et al., 2004b).

oppure ad altri fattori stressanti legati al processo di *resettlement* e al negoziare con le burocrazie dell'immigrazione. Sullo stesso binario e ribadendo in parte una perplessità emersa già dalla letteratura nordamericana (Whittaker et al., 2005) e australiana (Bailes, 2003), gli autori, citando Yates e colleghi (2003) ricordano che per alcune delle donne intervistate la ripetizione dei dettagli del trauma passato a ciascun nuovo professionista era traumatico in sé, mentre la risoluzione del problema della separazione familiare, sarebbe stato più utile.

Anche in questo caso la “somatizzazione” in quanto espressione corporea della sofferenza che elude l'uso della parola è rimarcata, come già negli altri contesti analizzati.

L'accesso a servizi specialistici è basso, mentre maggiore è quello ai medici di base sia per la minore stigmatizzazione percepita sia per la loro presenza fisica anche nelle periferie delle città (Guerin, 2005a<sup>73</sup>).

Gli autori segnalano anche la necessità di cambiamento di attitudine, da parte dei medici occidentali, rispetto ai terapeuti tradizionali e una possibile inclusione o cooperazione nei percorsi terapeutici, considerando altresì che esiste una latenza significativa tra il momento di esordio di un disturbo e il momento in cui la persona si affaccia ad un servizio di salute mentale (Guerin, 2005b). Da un altro punto di vista Ryan (2007), anch'essa del gruppo di ricerca dell'università di Waykato, ritiene confermata la “teoria dell'aspettativa” (Sussman, 2004), secondo cui “la sola credenza da parte di un individuo nell'onnipotenza di un particolare guaritore o intervento terapeutico può essere sufficienti a far guarire”(ibid., p.310). Questo viene letto in linea con il principio di includere terapeuti e saperi differenti da quelli occidentali per migliorare l'efficacia degli interventi terapeutici stessi.

Pauline Guerin et al. (2006) vanno oltre, osservando l'importanza di eventi di socializzazione quali matrimoni<sup>74</sup>, feste e celebrazioni rituali dalla cui partecipazione le donne trarrebbero un “*contributo positivo alla loro salute mentale e benessere, oltre che al senso di appartenenza*” (ibid., p. 4). Questo, ci dicono, crea un ambiente terapeutico supportivo in un contesto dove i rifugiati sono ad alto rischio di sviluppo di patologie

---

<sup>73</sup> Inoltre gli autori segnalano che medici generici prescrivono l'86% degli antidepressivi in Australia.

<sup>74</sup> E' la radicale differenza tra la popolazione di origine somala e la popolazione neozelandese (intesa come la popolazione dominante bianca), la molla che fa scattare l'interesse dichiarato dei ricercatori verso questa emergente comunità. L'impressione è che gli autori si lascino “stupire” dalla diversità somala in maniera a volte eccessiva come quanto, scrivono che “matrimoni e feste includevano *addirittura* fotografi assunti, Djs e, a volte, cantanti e bande somale” (Gueirn et al., p.3). Pratiche queste che, francamente, non paiono ricordare nulla di particolarmente eccezionale o straordinario.

psichiatriche, soprattutto quando vengono marginalizzati, culturalmente, socialmente, religiosamente e, ancor di più, in aree ad alta o totale carenza di servizi specialistici in salute mentale.

In linea con altre indagini analizzate sottolinea la riluttanza da parte delle donne a considerare che ci sia “*un’etiologia psicologica dietro [le forme di ] disagio fisico*” con le quali frequentemente si presentano ai medici generici (ibid., p.309). Questo aspetto, unito alla difficoltà (barriere) di accesso ai servizi e alla stigmatizzazione riferita verso le forme più gravi di sofferenza, fanno suggerire all’autrice l’inserimento di servizi intermedi tra le agenzie di salute primaria e secondaria con la partecipazione di figure chiave della comunità in tutte le fasi del processo (ibid., p.311).

#### **1.2.4 Canada**

Il nostro giro del mondo virtuale ritorna nel continente americano, precisamente in Canada, una delle maggiori destinazioni di rifugiati somali in “occidente”.

Il censimento del 2006 stima la presenza di 37,785 persone di origine somale nel Paese, ove la maggiore concentrazione è registrata nell’area metropolitana di Toronto seguita da Ottawa. Anche in Canada l’aumento di rifugiati somali è esponenzialmente cresciuto in seguito alla guerra civile se si pensa che “poche centinaia di somali vivevano a Toronto nel 1987, e diventano 22.500 nel Giugno del 1991. Il picco di rifugiati Somali fu raggiunto nel periodo 1994-1995. L’ Organisation for Economic Cooperation and Development riporta che nel periodo 1997-2004 le richieste di asilo in Canada sono state 5.000 (Sheikh & Healy, 2009), mentre “oggi [all’epoca] la presenza della comunità somala a Toronto è stimata tra 50,000 e 70,000” (Elmi,1999, p.9).

La prima ricerca espressamente volta ad analizzare i “bisogni di salute mentale” della popolazione somala in Toronto risale al 1999 (Elmi,1999). E’ interessante notare che, globalmente, le uniche ricerche realizzate negli anni ’90 tra popolazione di origine somala, paiono provenire esclusivamente dal Canada (Rousseau et al.,1998; Elmi,1999) o da ricercatori canadesi (Zarowsky,1997)<sup>75</sup>.

---

<sup>75</sup> Oltre agli interessi di ricerca della divisione di Psichiatria Transculturale della McGill University va considerato che in Canada, in particolare dal 1971 in avanti, adotta ufficialmente il modello “multiculturale”, sancito e periodicamente aggiornato nei vari *Immigration Act*. Questo fa da sfondo, parzialmente, alla produzione di ricerche intorno al tema del multiculturalismo e dell’accesso ai servizi da parte delle comunità minoritarie presenti sul territorio. Sebbene i rifugiati somali costituiscano una presenza importante e in rapido aumento, va ricordato che il censimento del 2006 indica la popolazione



Abdi Elmi passa in rassegna i temi principali già descritti nelle ricerche precedentemente menzionate, soffermandosi in particolare sull'etiologia dei disturbi mentali che riporta essere, nella stragrande maggioranza dei casi, responsabilità della presenza di un jiin. Ai trattamenti Coranici e con erbe, già ricordati, aggiunge “*pratiche non religiose utilizzate per cacciare lo spirito attraverso danze, profumi, canzoni [...] come mingis, saar, borane e hayat*”(Elmi, 1999, p.9).

Sottolinea inoltre che l'accettazione del fatto che la malattia sia prodotta dalla volontà di Dio è:

molto utile come modo per fare fronte al dolore e allo stress generato dalla malattia con dignità e senza ricorre ad atti disperati. Questa è una delle ragioni per cui il suicidio è raro in Somalia (ibid., p.9).

In sintonia con le ricerche nordamericane, tra le questioni riconosciute maggiormente problematiche ed affrontate dall'autore con maggior dettaglio vi è quello della famiglia. In primis viene ricordato che il “*supporto tra individuo e la famiglia estesa è bidirezionale*” e che i “*problemi del singolo sono normalmente risolti collettivamente*” (ibid., p. 10). Un primo elemento di stress è, entro quest'ottica, dovuto alla frammentazione delle famiglie, separate tra Canada e Somalia/campo profughi/altre destinazioni oppure separate dalla morte violenta, per cui “*un intero sistema di welfare basato sulla famiglia è perduto e difficile da recuperare*”(ibid., p.10).

Se gli uomini (e padri) perdono il loro status e la leadership nella famiglia (senza lavoro, non più capofamiglia) e accusano la mancanza di potere sia in famiglia sia in comunità, le donne si trovano anch'esse in un nuovo ruolo e subiscono un doppio fardello: “*l'essere madri e l'essere capofamiglia*”; molte subiscono un forte stress nell'allevare i propri figli, soprattutto adolescenti, in particolare coloro che si trovano ad allevarli da sole, cosa estremamente rara in Somalia anche in presenza di famiglia con un solo genitore (ibid., p.10).

Da ultimo il peso che subiscono i bambini “*confusi dalla doppia cultura che vivono in famiglia e a scuola*”, ovvero da un lato i “*figli che si adattano rapidamente alla*

---

di origine somala (37,785) al 69° posto tra i principali gruppi etnici del paese (<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-562/pages/page.cfm?Lang=E&Geo=PR&Code=01&Table=2&Data=Count&StartRec=1&Sort=3&Display=All&CSDFilter=5000>)

*cultura canadese e [dall'altro] gli adulti che si tengono stretti a quella tradizionale*"(ibid., p.10).

Inoltre una preoccupazione crescente pare essere legata, all'epoca, al fenomeno dell'iperattività etichetta che spesso viene usata verso bambini somali, anche alla luce dei test cui vengono sottoposti e che *"sono però basati su concetti alieni alla cultura somala"*; questo *"risulta nell'inserimento in programmi speciali (...) che aumentano la discriminazione e stigmatizzazione verso i bambini e la comunità"* (ibid., pp.10-11)<sup>76</sup>. Anche per questi temi vi è molta affinità con l'approccio tenuto da molta letteratura nordamericana sul tema, in particolare per quanto attiene al tema dell'acculturazione e della gestione parentale.

Da ultimo la diminuita possibilità di decisione e controllo sull'educazione dei propri figli è l'elemento più tangibile di una pervasiva *"frustrazione nella comunità circa il modo in cui il sistema giuridico, sociale ed educativo Canadese interagisce con la famiglia tradizionale somala, in termini di valori, ruoli e responsabilità parentali"*, svuotando il polo genitoriale di legittimità (ibid., p.11). Ciò è ben sintetizzato dalla frase di un genitore riportata in Elmi (1999, p.11) e ascoltata pressoché negli stessi termini in più di una occasione durante il mio soggiorno di ricerca in Minneapolis: *"con tutte le chiacchiere su diritti e libertà, il sistema Canadese penalizza i genitori sopprimendo il loro diritto di crescere i loro figli nel modo che reputano il migliore"*.

Le conclusioni della ricerca sui bisogni di salute mentale tra la popolazione somala di Toronto rimandano ad una serie di raccomandazioni pratiche, che forniscono ulteriori indiretti elementi circa bisogni riscontrati nel contesto canadese di fine anni '90. Tra queste ricordiamo *"le restrizioni del governo federale in tema d'immigrazione che limitano il diritto alla cittadinanza e la riunificazione familiare"*, *"la mancanza di licenze a professionisti somali formati all'estero e di programmi di sviluppo competenze per i nuovi arrivati"*, *"la necessità di operatori di salute mentale comunitari [somali] per fornire servizi domiciliari"*, la necessità di sviluppare *"servizi di supporto etno-specifici e modelli di trattamento per le malattie mentali che riflettano valori, credenze e pratiche somale"* (ibid., pp. 21-22).

Il tema dell'esperienza traumatica emerge da uno studio che combina indagine

---

<sup>76</sup> In Nord-America un processo simile, nelle preoccupazioni sollevate dalla comunità somala di Minneapolis, pare essere legato alle diagnosi di *autismo*. Malattia pressoché sconosciuta in Somalia sembra in aumento tra i bambini di origine somala e un misto di diffidenza sulla bontà della diagnosi, di sospetto circa l'origine della malattia, da molti ritenuta conseguenza di campagne di vaccinazioni locali, oppure una conseguenza dell'esposizione alla cultura americana, non fanno altro che agire nel terreno di quel "gap" che è quasi specularmente "culturale" e iter-generazionale, aumentandolo.

psicodiagnostica ai livelli di funzionalità neuroendocrina, analizzando l'influenza delle precedenti esperienze traumatiche circa la capacità di far fronte allo stress da acculturazione e l'influenza su esiti psicologici legati al trauma (Matheson e Anisman, 2008). La numerosa quantità di traumi da pre- e post- migrazione incontrati dai rifugiati influiscono negativamente, secondo gli autori, sulla salute in generale e in particolare nel far fronte all'adattamento al nuovo contesto che avviene, secondo gli autori, principalmente attraverso strategie di *coping* negative (isolamento sociale, abuso di sostanze e atuo-biasimo) con l'effetto di renderli più vulnerabili a patologie (ibid., p.292). Se *“la maggioranza [dei soggetti] ha fatto esperienza di alcune forme di trauma, principalmente eventi collettivi, e molti rifugiati hanno subito eventi multipli, non necessariamente indipendenti gli uni dagli altri”*(ibid., p.300), ciò nonostante e, nonostante *“una proporzione significativa di individui abbia riportato livelli di sintomi di tipo depressivo e traumatico nella sfera della patologia clinica”*, la *“maggioranza ha mostrato livelli sintomatologici tra il lieve e il moderato”*<sup>77</sup>(Ibid., p.3). Secondo gli autori a questo processo, in controtendenza rispetto alla letteratura classica, contribuisce la lunga permanenza nel territorio canadese. Esiti diversi sarebbero inoltre possibili, con una certa artificiosità a nostro modo di vedere, separando i soggetti della ricerca tra coloro che hanno fatto esperienza di traumi di tipo collettivo da quelli che hanno fatto esperienza di traumi di “natura personale”.

Un ultimo interessante commento riguarda il ruolo della “fede religiosa” considerata dalle famiglia la principale fonte cui rivolgersi per far fronte agli effetti di eventi stressanti anche se, ci dicono gli autori, questa non pare svolgere un ruolo efficacemente “protettivo”, sicuramente meno delle “strategie di evitamento” che paiono *“almeno parzialmente mediare” tra trauma ed esiti sanitari negativi*” (ibid., p.301).

Sempre dalla Carlton University di Ottawa, gli stessi autori, qualche tempo dopo pubblicano un secondo articolo ove investigano alcune riflessioni lasciate in sospeso nel precedente, in particolare la relazione tra esposizione a trauma di tipo collettivo o individuale<sup>78</sup> in relazione alla capacità di “adattamento culturale” e alla condizione psicopatologica (Jorden e Anisman, 2009). Attraverso batterie di test e questionari a 169

---

<sup>77</sup> Ad esempio, secondo i risultati dei test psicologici adottati dagli autori, poco meno della metà dei soggetti (47,8%) ha riportato “nessuna o lieve sintomatologia” rispetto all'asse “trauma” (ibid., p. 297).

<sup>78</sup> Per *trauma collettivo* gli autori indicano principalmente: situazione di guerra/confitto, discriminazione etnica, vita nei campi rifugiati mentre per *trauma individuale* : attacchi alla persona, abusi familiari, incidenti (di origine naturale o umana) che portano alla morte o ferimento grave di altri da sé (Ibid., p.858).

soggetti gli autori sostengono che l'esposizione a trauma di tipo individuale fa registrare un aumento della sintomatologia di tipo depressivo e da stress traumatico oltre a risultare in impoverite relazioni sociali, maggiore "stress da acculturazione", e peggiore adattamento (ibid., pp. 870-871).. In linea con altri studi (Buhi et al., 2003) l'esperienza di traumi di tipo "collettivo" non è associata con l'aumento di sintomi di tipo depressivi o da stress, e questo secondo l'orientamento che vuole che "l'interpretazione di traumi collettivi avviene all'interno di una cornice condivisa che può proteggere [l'individuo] da stress psicologico" (Jorden e Anisman, 2009, p. 870).

Questa interpretazione è condivisa da altri autori<sup>79</sup> e in particolare da Zarowsky (2000), medico-antropologo canadese che effettua un lungo periodo di ricerca sul campo a Dire Dawa, nell'Etiopia orientale, città con una rilevante presenza di popolazione di origine somala, luogo dove conflitti interni di diversa intensità e natura e conflitti tra Etiopia e Somalia si succedono dal 1974.

### **1.3 Campi rifugiati e ambito regionale**

Il tema della violenza e memoria traumatica di Somali in Etiopia è affrontato da Christina Zarowsky (2000)<sup>80</sup> dando rilievo ai significati politici e collettivi attribuiti alle conseguenze delle violenze subite. L'autrice, con notevole scarto rispetto alla maggior parte dei testi sin qui analizzati, restituisce importanza alla dimensione sociale e politica sollecitando il fatto che lo stress legato alla guerra non sia necessariamente interpretato localmente entro un quadro biomedico che miri alla cura, quanto piuttosto entro dinamiche e rivendicazioni politiche. Le emozioni dominanti non sono dunque tristezza, colpa o pietà, ma piuttosto rabbia. Quest'ultima è

interpretata come evidenza di una ferita ingiustificata e dell'appropriatezza di domande di compensazione (...), evidenza di solidarietà e di partecipare a misure riparatorie (...) [è] un modo di indicare l'appartenenza a un gruppo e di ricevere approvazione come buon somalo. L'approvazione ha un'importanza emotiva nel confermare l'identità e la coerenza in un mondo caratterizzato nelle ultime decadi da frequenti e intense violenze (ibid., p. 385)

---

<sup>79</sup> Tra gli altri Abramowitz (2005) e Elsass (2001).

<sup>80</sup> I lavori dell'autrice qui citati sono gli unici che trattino, anche se non in maniera prioritaria il tema della salute mentale della popolazione somala nell'area del Corno d'Africa, ad esclusione dei campi rifugiati di cui si parlerà più avanti nel paragrafo.

Un approccio esclusivamente psichiatrico o *“centrato su modelli individualizzanti della sofferenza ha una salienza limitata per la popolazione di rifugiati e ritornati Somali nel Corno d’Africa”* laddove, secondo l’autrice, questioni *“politiche, la povertà e la percepita ingiustizia collettiva”* sono elementi da introdurre assieme *“all’esplorazione dello stress emotivo e la sofferenza personale”* (Zarowsky,1997:11).

Gli stati emotivi in sé, come già ricordato in diversi studi condotti nei contesti di rifugio, *“non sono la preoccupazione centrale della popolazione”* seppure i riferimenti ad essi, per esempio nella tradizione poetica somala, da sempre considerata uno dei nodi centrali della *somaliness*, siano importanti. La loro rilevanza è però tale in quanto *“embedded nella vita quotidiana. Ci sono termini astratti di quelle che vengono definite emozioni (...) ma questi hanno sempre a che fare con l’esperienza concreta”* (ibid., p.15). L’autrice fornisce poi una serie di esempi di tali espressioni, che verranno riprese nella nostra analisi sulle espressioni locali di sofferenza, nel Capitolo 4.

Il trauma e le conseguenze della violenza sono trattati, in maniera diametralmente opposta rispetto a quanto appena scritto, da un gruppo di ricercatori tedeschi, psicotraumatologi, dell’Università di Costanza. Va detto che, oltre al quadro teorico di riferimento, anche le finalità delle ricerche condotte differiscono parecchio, essendo quelle che presentiamo di seguito orientate ad ottenere dati epidemiologici sulla prevalenza di PTSD (Onyut et al., 2009) e a testare alcuni strumenti terapeutici individuali nel contesto del campo rifugiati di Nakivale, in Uganda (Onyut et al., 2004, Neuner et al., 2008).

I tre articoli si “rincorrono” l’un l’altro e gli autori trovano confermate le ipotesi di ricerca da cui erano partiti, in sintesi: (i) la prevalenza di PTSD rimane molto alta (32% in un campione di rifugiati ruandesi e 48% tra la popolazione rifugiata somala) anche molti anni dopo (mediamente tra 9 e 11) gli eventi traumatici; (ii) la NET- Narrative Exposure Therapy<sup>81</sup> e Trauma Counselling<sup>82</sup>, condotti da personale non specializzato,

---

<sup>81</sup> Forma breve di psicoterapia studiata per persone che hanno subito esperienze traumatiche (soprattutto con diagnosi di depressione e PTSD) nella rievocazione continua o nella fissazione sull’esperienza traumatica passata. Prevede che il paziente parli e riviva le esperienze più traumatiche e le emozioni ad esse associate, e che venga accompagnato nella “trasformazione dei rapporti generalmente frammentati dell’esperienza traumatica in una narrativa coerente. (...) Durante l’ultima sessione il paziente riceve un rapporto scritto della propria biografia” (Neuner et al., 2008, p.689).

<sup>82</sup> Gli autori precisano che si tratta di diverse forme di counselling, la cui scelta è all’arbitrio del terapeuta, meno direttive del NET e più orientato ai bisogni psicologici e sociali del paziente. La discussione di problemi e conflitti correnti era permessa e l’esposizione narrativa di eventi traumatici non obbligatoria. Anche se un principio base era quello di collegare problemi quotidiani alle esperienze traumatiche precedenti (Neuner et al., 2008, p.689).

permettono la riduzione dei sintomi associati a PTSD.

Se nei lavori in Dire Dawa i significati attribuiti all'esperienza "traumatica" individuale sono inspiegabili ed indicibili se disarticolati dalle relazioni sociali iscritte in una storia collettiva di violenza, ingiustizia e rivendicazione politica, nei lavori nel campo rifugiati ugandese questa relazione è completamente assente, invisibile. Le persone appaiono totalmente isolate dal contesto, dalla storia passata e recente, dai significati attribuiti all'esperienza narrata e come questi stiano nelle relazioni con gli altri sono totalmente assenti. Come ricorda Victor Igreja in un commento al testo del 2004 i soggetti della ricerca paiono "*non possedere una realtà storica e culturale*", il caso di un ragazzo di 13 anni è preso in considerazione "*senza interrogarsi su cosa significhi essere un ragazzo in un contesto di guerra. (...) Per il bene della scienza Mohamud è semplicemente presentato come un caso che soffre di un disturbo chiamato PTSD e che, di conseguenza, ha bisogno di trattamento*" (Igreja, 2004:239).

Ci sarà modo nel proseguo della tesi di affrontare in dettaglio questi temi.

A conclusione di questa sessione ci riavviciniamo ai confini Somali, precisamente nella provincia nord orientale del Kenya, nel campo rifugiati di Dadaab, il più grande campo rifugiati al mondo abitato principalmente da Somali.

Nel luglio del 2010 ho condotto una ricerca<sup>83</sup> sui bisogni e percezioni in tema di salute mentale tra i somali rifugiati nei tre campi che compongono l'area di Dadaab e nella cosiddetta comunità ospitante. In precedenza non risultano esserne state prodotte altre sul tema, fatta eccezione per alcuni cenni in relazioni tecniche di organizzazioni internazionali (UNHCR, MSF, IRC, GTZ, SC-UK)<sup>84</sup>.

Qualche anno prima un'antropologa olandese, Cindy Horst, aveva effettuato esplorato le dinamiche transnazionali alla base dei sistemi di trasmissione delle rimesse tra il campo rifugiati e le comunità somale della diaspora. Particolare enfasi è data nel suo testo alla "cultura della migrazione" intesa come il contesto socio-culturale su cui poggiano le reti familiari transnazionali che facilitano la trasmissione delle rimesse e quell'universo simbolico da cui si originano potenti di speranze di migrazione (Horst, 2006). Ed è proprio intorno a questo ultimo punto che scriverà di una forma esasperata

---

<sup>83</sup> La ricerca è stata facilitata e finanziata da una ONG francese, Handicap International, che lavora nel complesso con programmi di supporto a persone con disabilità fisiche. Il gruppo di ricerca era composto, oltre che dallo scrivente da 9 assistenti alla ricerca, di cui 6 rifugiati somali e 2 somali abitanti nella comunità ospitante.

<sup>84</sup> Acronimi rispettivamente per: United Nations High Commissioner for Refugees; Médecine sans frontières, International Rescue Committee, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Save the children – United Kingdom.

di speranza di *resettlement* , chiamata in Somalo *buufis*. Precisa Horst (ibid.: 143-144) che il termine è usato in tre principali accezioni: (1) la ricollocazione” in sé, (2) chi desidera intensamente andare all'estero e (3) la follia che consegue, a volte, al fallimento della speranza di migrazione.

Quello del *buufis*, fenomeno ambiguo in bilico tra espressione idiomatica e forma di sofferenza mentale, è un tema di cui abbiamo già accennato ad inizio capitolo parlando dei contesti di approdo e che pare abbia trovato origine, anche, dalla condizione esasperata di attesa e “transitorietà” vissuta da somali nel campo di Dadaab ma anche nella città di Nairobi (Reggi, 2012).

Questo termine è stato riportato anche in un’indagine sulle strategie di sostentamento e costruzioni identitarie tra rifugiati Somali nei dintorni del Cairo (Al-Sharmani, 2004). L’autore, alla voce “bisogni sanitari e risorse” scrive: *“molti si lamentano di mal di testa cronici e insonnia, specialmente quelli che soffrono di buufis. Questo è il termine con il quale i rifugiati intendono l'ossessione di viaggiare verso e il ricollocaamento nei paesi occidentali”* (ibid.,p.24).

Nonostante la combinazione di fattori politici, storici, culturali, psicologici ed economici che potrebbero virtualmente elicitare interessi di ricerca in diversi ambiti disciplinari e, sicuramente, in ambito clinico, paiono non essere state condotte ulteriori ricerche di salute mentale.

## CAPITOLO 2 SALUTE MENTALE NELLE STRUTTURE DELLA QUOTIDIANEITA'

### 2.1 Introduzione al diritto consuetudinario Somalo

Il sistema giuridico somalo<sup>85</sup> è attualmente basato sul diritto consuetudinario, la Shari'a e, in taluni casi, elementi di diritto civile e penale mutuato dai codici italiani o inglesi. L'articolazione di questi sistemi, che pur hanno pesi specifici assai differenti, crea un sistema giuridico plurale con un certo grado di dinamicità e flessibilità. Durante un'intervista svolta presso la Facoltà di legge- Università di Hargeisa, il professor Mohamed Metan Jama, direttore del "Legal clinic – Human rights section", sottolinea che:

Questa "trilogia" è flessibile, puoi applicare quello che meglio si addice al caso. Fondamentalmente in Somaliland non ci sono provvedimenti legali che segnano una demarcazione chiara tra questi...è un sistema misto la cui armonizzazione è una grande sfida...il sistema consuetudinario è il più forte...il Somaliland stesso si può dire che sia un prodotto della legge consuetudinaria...attraverso il meccanismo tradizionale della risoluzione dei conflitti, il compromesso. Anche l'istituzione più forte porta rispetto alla consuetudine...cioè, parlando delle istituzioni di governo per esempio se c'è un conflitto tra il sistema giudiziario o legislativo o entro uno di questi o...insomma qualsiasi esso sia, questo dovrebbe essere risolto dalla corte, ma preferiscono passare dal sistema consuetudinario, nessuno ha fiducia nella corte...preferiscono la risoluzione tradizionale dei conflitti. Nella corte c'è un vincitore e un perdente mentre nella consuetudine non ci sono vincitori e sconfitti, c'è riconciliazione(...) la consuetudine rende il sistema amministrativo del Somaliland molto flessibile, non rigido (Università di Hargeisa, 13/04/2009).

La legge consuetudinaria somala (*xeer Soomaali*), autoctona e millenaria, è

---

<sup>85</sup> Non si può parlare di un sistema unitario in vigore in Somaliland, Puntland e nel centro-sud della Somalia. In particolare nelle aree del sud controllate da Al-Shabaab prevale, almeno dal 2006 in avanti, una tendenza all'applicazione rigorosa e al riferimento unico alla Shari'a, anche attraverso l'esecuzione di condanne previste nell'ordinamento altrove ma in disuso o di rara applicazione, come la lapidazione per adulterio o il taglio delle mani nei casi di furto.



tramandata oralmente<sup>86</sup>, patrimonio soprattutto di anziani, giudici e notabili. E' il principale strumento giuridico, assieme alla Shari'a, ed è rimasto in vigore, nelle prassi, anche durante il colonialismo nonostante l'introduzione, soprattutto a livello amministrativo, dei sistemi dei paesi colonizzatori. Nelle prime fasi della colonizzazione nella *Somalia italiana settentrionale*, di cui il *Sultanato dei Migiurtini* faceva parte con convenzione di protettorato:

l'art.3 dell'ordinamento giudiziario della Somalia Italiana, approvato con R. decreto 8 giugno 1911 n.937, stabiliva che "le cause in cui siano interessati esclusivamente sudditi coloniali o assimilati, vengono giudicate secondo le norme del diritto consuetudinario, salvo i casi di eccezione stabiliti dal presente ordinamento. Il governatore, con decreti motivati, può introdurre nel diritto indigeno le modificazioni richieste per renderle compatibili con i principi fondamentali delle leggi italiane" (Cerulli, 1959, pp.11-12).

Ad un altro livello, il lavoro d'incorporazione delle strutture tradizionali nell'amministrazione coloniale ne ha modificato in parte l'assetto, che poi si è mantenuto sotto Siyad Barre. Secondo Abdikaff Maalim Hassan (ex ministro della poste e telecomunicazioni del Governo Federale di Transizione) il tentativo di distruzione delle strutture tradizionali da parte del regime "ha avuto i suoi esiti maggiori al sud, dove prolifera un certa confusione di titoli e rivendicazioni ad essi legate" (cit. in Gundel, 2006, p. 30). I tentativi, durante il regime di Siyad Barre, di controllare e ridurre l'influenza delle autorità "tradizionali", cui la *xeer* è strutturalmente legata, sono andati solo parzialmente a buon fine successivamente alla guerra. Il loro ruolo, così come quella della legge consuetudinaria, ha infatti assunto importanza ancora maggiore dopo la guerra, anche alla luce delle funzioni svolte da tali autorità nel tentativo di riportare pace, rispetto della legge e sicurezza (ibid., 2006).

Come qualsiasi altra legge (i.e. recentemente, l'insieme delle leggi e principi della nuova costituzione del Somaliland) quella consuetudinaria deve essere conforme e mai contraddire la Shari'a, quale riferimento etico-comportamentale e legale supremo. Spesso per casi legati a matrimonio, divorzio o eredità il caso viene passato direttamente a uno Sheikh. L'articolazione con la legge "amministrativa" delle nuove forme di governo statale o locale è invece complessa e contestuale, rimanendo il diritto

---

<sup>86</sup> Un documentato e ricco archivio scritto in arabo di casi e giudizi emessi dall'epoca dei sultanati in avanti (in particolare nella città Stato di Mogadiscio) pare sia andato distrutto durante la colonizzazione.

consuetudinario<sup>87</sup>, la fonte di riferimento. Il prevalere del diritto consuetudinario sulla “secular law” parzialmente in vigore nei tribunali è anche evidente dal fatto che il primo può intervenire a diversi livelli bloccando il giudizio della corte, annullandolo o modificandolo. Continua il Professore Mohamed Metan Jama citando esempi da una ricerca che stava all’epoca conducendo sul sistema legale in Somaliland.:

Quando gli anziani non riescono a portare le due parti assieme, allora il caso passa alla corte...(...)oltretutto può capitare, per esempio, che un caso è iniziato in corte ma comunque un’altra negoziazione continui fuori tra i rappresentanti dei clan...questi possono mettersi d’accordo per risolvere la questione tradizionalmente...formalmente devono fare un accordo...che mostra che gli anziani dei clan sono d’accordo a risolvere la questione fuori della corte... devono portare quell’accordo alla corte e la corte...immediatamente chiude il caso, ok...se poi non ci sarà accordo, il caso può tornare ancora alla corte...(...) Ci sono tre aree dove il sistema consuetudinario interviene con la corte...uno è prima del processo, se trovano l’accordo tra i clan e vanno alla stazione di polizia e la polizia può accettare questa richiesta. Oppure durante il processo....durante il processo che è già iniziato, magari sono già venuti a parlare dei testimoni....e ancora può intervenire [ride]...poi, da ultimo, anche dopo il giudizio...magari la persona è già stata incarcerata, è spedita in prigione...tuttavia lo possono fare e accordarsi...dire che hanno risolto il problema e farlo sapere alla corte e la corte può accettare....è molto complesso (Università di Hargeisa, 13/04/2009.)

La legge consuetudinaria somala, come in molti contesti africani, costituisce l’ossatura delle regole di convivenza, reciprocità e risoluzione dei conflitti. Ahmed Sheikh Ali Burale<sup>88</sup> (2008) fa notare come le leggi consuetudinarie siano basate, e allo stesso tempo si modifichino, sulla base di casi quotidiani e dei relativi giudizi emessi. Questi distingue due tipologie di casi di particolare interesse che rendono il sistema complesso e dinamico: i “casi vergini” (*xaajo ugub*) e quelli da “ginocchia nella sabbia”(*jilib carro*) (ibid., p.5). I primi rappresentano casi che, come tali, non si sono mai presentati all’attenzione pubblica e per i quali non sono rintracciabili a memoria di

---

<sup>87</sup> Per un’analisi del ruolo delle leggi consuetudinarie successivamente al crollo dello stato si veda Battera (2002).

<sup>88</sup> Nel 1976 viene commissionato dall’Accademia somala di arti e scienze di trascrivere, in somalo, i principi della legge consuetudinaria. Questo lavoro è stato tradotto in inglese nel 2008, con testo a fronte, da Mohamed Mohamed Sheikh e a tale fonte scritta facciamo principalmente riferimento nel testo, oltre alle fonti orali citate e alle osservazioni dirette. Un dettagliato compendio dei principi di diritto consuetudinario somalo si può trovare in lingua italiana in Colucci (1924), oltre alle classiche riflessioni di Lewis (1983, 1994)

giudice o di anziano, precedenti giudizi emessi tali da potersi applicare al caso specifico. Con i secondi l'autore si riferisce ai casi che sono particolarmente complicati e che richiedono dunque un'immediata e prolungata attenzione per non correre il rischio di rendere più difficile il giudizio e minacciare una positiva risoluzione del caso. La metafora delle ginocchia nella sabbia si riferisce al fatto che la necessità d'intervento urgente può spingere gli anziani chiamati a giudicare a sedersi immediatamente sotto un albero, senza aspettare che siano predisposti, ad esempio, i tradizionali teli (*salli*) sui quali sedersi a terra.

Le due "sezioni" principali in cui si articolano le leggi del diritto consuetudinario sono quella *dhiig* ("sangue"; ovvero la sfera che chiameremmo "penale") e *dhaqan* ("costume", "tradizione", legata ad esempio a questioni come la famiglia o la proprietà; la sfera "civile"). Quando il giudizio che deve essere preso rientra nella sfera *dhiig*, un'ulteriore distinzione viene fatta tra casi che hanno comportato la morte di una persona ("qur" o qudh) da un lato oppure il ferimento e l'aggressione ("qoon"), dall'altro. Nell'ambito *dhaqan* si distingue tra atti che hanno leso la famiglia del "richiedente" ("mooro") oppure qualcuno sotto la sua protezione ("magan").

La *xeer* viene applicata con modalità che differiscono a seconda degli accordi tra i clan principali del territorio in questione. La figura dell'"anziano", *oday* in somalo, tradotto con *elder* in inglese è centrale nella gestione delle dispute. Si tratta di figure che detengono un potere sociale e simbolico molto elevato, al di là dell'età anagrafica, dettata dal ruolo entro il clan stesso. Anche un leader religioso, Sheikh, oppure un notevole di alto rango come il Sultano (Suldaan) o il "re" (Boqor) possono essere considerati degli *anziani* per quanto riguarda l'importanza e l'autorevolezza della loro figura e della loro parola. Un *anziano* "generico" è comunque subordinato a figure che occupano un gradino più alto della scala gerarchica (ad esempio il Suldaan) pur con un ampio grado di dialogo e dibattito tra le varie figure (APD et al., 2008, p.11). In Puntland la più alta carica tradizionale del clan Darood è quella del re (Boqor) mentre altre figure notabili di rilievo sono *Ugaas*, *Garaad*, *Islan*, *Beeldaaje*, *Sultan*, *Caaqil*, *Nabaddon*, *Samadoon* e *Oday* (PDRC, 2008, p.27). Gli anziani dei clan e sotto-clan designati a redimere le questioni che possono sorgere a livello intra- o inter-clanico, si riuniscono cercando di arrivare a una decisione che metta d'accordo le parti attraverso un'offerta compensativa che serva a riequilibrare il danno, ristabilire l'ordine e porre

fine alle rivendicazioni della parte lesa<sup>89</sup>.

Ci interessa in questa sede soffermarci sulla cosiddetta compensazione di sangue, la “diya” o “mag” (letteralmente “compensazione” o “tributo di sangue”) che si applica nei casi di ferimento o morte. Solitamente quest’ultimo caso prevede il pagamento di 100 cammelli per la vita di un uomo e di 50 per la vita di una donna. In circostanze particolari, che dipendono dalle modalità e dalla gravità dell’omicidio, dalla sua particolare efferatezza, dal tipo di legame clanico tra parte offesa e parte lesa oppure dalle complicazioni di tipo politico che l’omicidio può avere generato o da cui è dipeso, il valore della compensazione può variare<sup>90</sup>. Il pagamento di tale tributo spetta al “gruppo pagatore di diya”. Seguendo la distinzione formulata da Lewis (1983) l’organizzazione segmentaria della società somala si sviluppa patrilinearmente secondo i seguenti livelli: famiglia clanica, clan, sottoclan, lignaggio primario e *gruppo pagatore di diya*. Quest’ultimo rappresenta l’unità sociale minima strettamente legata ai vincoli di reciprocità. I due pilastri dell’organizzazione sociale somala sono, sempre secondo Lewis, il grado di discendenza genealogica patrilineare e i rapporti di obbligatorietà di pagare e ricevere compensazioni in caso di ferite e morti. Il tributo dunque non interessa solo i familiari più prossimi della persona che ha commesso l’omicidio, ma anche i membri di tale unità sociale che sono vincolati dal rapporto di reciprocità.

Successivamente alla morte di una persona la famiglia o clan del “colpevole” solitamente approccia la famiglia della vittima offrendo un cammello femmina, una capra o una pecora. Questo può essere seguito dall’elargizione di un “anticipo” (“*rafiso*”) della *diya* (ad esempio 20 cammelli) successivamente al quale le famiglie si

---

<sup>89</sup> Questi tipi d’incontri e negoziazioni avvengono direttamente tra gli anziani o notabili designati da ogni sotto-clan coinvolto. Il consiglio degli anziani dei principali clan di un’area che si riunisce per discutere di questioni generali di governo e gestione del territorio è chiamato “*guurti*”.

<sup>90</sup> A titolo esemplificativo si riporta il verdetto finale di una disputa tra comunità pastorali del sotto-clan Omar Mohamud (clan Darood) e Bah Ararsame (clan Dhulbahante) nell’area contesa di Adadda:

9. a. Per ognuno degli 8 uomini uccisi durante gli ultimi combattimenti, la giuria ha deciso:

- Una diya di 120 cammelli;
- 1000 \$ addizionali come pegno per il perdono;
- pagamento delle spese funerarie per 5 milioni di Scellini Somali

b. La giuria ha inoltre deciso il pagamento della diya per un uomo in:

- 110 cammelli come diya;
- spese funerarie in 5 milioni di scellini somali.(...)

12. Rispetto alle ferite, è stato deciso che ogni ferito, di entrambe le comunità, riceverà 1.500\$ per spese mediche/compensazione di guarigione da portarsi presso la sede di questa conferenza (PRDC, 2008, p.87).

L’accordo prevedeva, tra gli altri, anche la distruzione di un numero di serbatoi d’acqua costruiti in maniera abusiva e il contestuale pagamento di una somma in denaro per compensare la distruzione degli stessi.

accordano sulle modalità per l'accordo finale e il pagamento della *diya* pattuita. Questo sistema permette di riequilibrare il danno subito attraverso la compensazione ed evita che il prezzo della morte sia pagato con altra morte; possibilità comunque contemplata e applicata ove la negoziazione non vada a buon fine.

Durante la mia prima permanenza a Bosaso, nel 2003, ho assistito, infatti, a una mediazione “fallita”, nel senso che le parti in causa non hanno trovato un accordo negoziale intorno al prezzo del tributo di sangue per cui questo è stato pagato con la vita degli accusati. Il vincolo di compensazione è stato comunque soddisfatto. Due giovani del sotto-clan Isse Mohamud (clan Majerteen/Harti Darood) furono uccisi da membri del sotto-clan Omar Mohamud (clan Majerteen/Harti Darood). Per le particolari modalità con cui l'uccisione avviene, pare a sangue freddo durante un banale litigio aggravato dal fatto che ad uccidere fossero dei soldati in servizio, gli *anziani* Isse-Mohamud rifiutano immediatamente di accordarsi per il pagamento della *diya*. Dopo che i corpi dei due giovani furono portati nella camera mortuaria dell'ospedale alcuni membri del medesimo sotto-clan occupavano, di fatto, l'ospedale (il cui vice-direttore era dello stesso sotto-clan dei morti) mettendo persone armate a controllare le entrate. La tensione in città era alta. Ricordo di essere stato avvertito al telefono della degenerazione degli eventi da un conoscente proprio mentre in macchina mi stavo recando in ospedale. A quel punto, eravamo già di fronte al portone, facemmo inversione non senza avere notato, in effetti, che le solite guardie dell'ospedale non erano presenti e che altre erano sedute con fare minaccioso sopra il muro dello stesso a fare da guardia. L'indisponibilità a negoziare una compensazione che non fosse la morte degli assassini, era tale che si era sparsa la voce che una cella frigorifera fosse già partita da Dubai alla volta di Bosaso. Questa doveva servire ipoteticamente ad accogliere i corpi dei due giovani uccisi sino a quando il verdetto finale non sarebbe stato emesso o, per dirla con le parole attribuite agli *anziani* Omar-Mohamud, fino a quando “quattro corpi saranno seppelliti, non due”. Alla fine i due responsabili della morte dei giovani furono giustiziati, quattro corpi seppelliti e la cella frigorifera non arrivò mai a Bosaso.

### **2.1.1 Giurisprudenza della salute mentale: *Xeer e waali***

Vediamo ora come le regole della consuetudine intervengono nella quotidianità

delle relazioni tra il *walaan* e gli altri membri della società. Non esistono delle leggi specifiche con riferimento alle persone con problemi mentali, mentre ne esistono per alcune categorie specifiche (tra cui anziani, mercanti, messaggeri di pace). Questo mi è confermato da varie fonti orali raccolte nel nord della Somalia. Enrico Cerulli, nell'imponente lavoro sul diritto consuetudinario somalo inizialmente redatto nel 1916, cita la sola questione dell'amministrazione dei beni in relazione a problemi di "infermità":

se un Migiurtino per infermità mentale è incapace di amministrare i suoi beni, i parenti paterni di lui nell'ordine secondo il quale sono chiamati alla tutela nuziale, assumono l'amministrazione dei beni dell'incapace. Essi hanno in tal caso l'usufrutto di quei beni ed hanno l'obbligo soltanto di nutrire l'incapace. Se questo non ha parenti, la <gens> alla quale in morte dell'incapace spetta in tal caso l'eredità dei beni di quello. Altre cause di imitazioni alla capacità giuridica non considera la consuetudine migiurtina (Cerulli, 1959; p.17).

La distinzione tra la comunità sana e quella non-sana è, ad esempio, ben evidente nella pratica dell'incatenamento, di cui si parlerà di seguito, che crea una frattura netta, anche fisica, tra i due mondi. Nella stessa direzione agiscono consuetudini come quella per cui un "matto" non si può sposare perché non è, e non può diventare, responsabile della propria moglie, dei propri figli e dei propri averi, oppure non è mandato a scuola, non lavora e non partecipa del mondo sociale perché non in grado di intendere o perché potenzialmente pericoloso per se stesso o per gli altri sani. Se questa è una tendenza generale che esclude la persona dal potersi realizzare pienamente come membro di una comunità (in particolare il matrimonio, la responsabilità, il lavoro), va però chiarito che non sempre si applica questa consuetudine con rigidità.

### ***Matrimonio (Aroos)***

La possibilità di contrarre matrimonio è determinata da una serie di fattori che ne definiscono in modo flessibile i confini.

Mahadi, quarantenne somalo incontrato la prima volta a Bosaso nel 2004 (v. anche § 6.2.2), incarna la maggior parte delle caratteristiche tipiche del *waalan*, ad eccezione dell'aggressività. Se pure ha delle esplosioni di rabbia e aggressività infatti, queste sono

in qualche modo ben compensate oppure tollerate senza che sia la necessità di ricorrere alle catene, che è un altro indice indiretto dell'essere considerato *waalan* (curiosamente Mahadi è stato incatenato sola una volta, per una giornata intera, quando viveva negli Stati Uniti). E' sposato con due figli legittimi e vive in una bella casa, per gli standard di Bosaso. Mi ha sempre colpito la "potenza" della madre nelle relazioni familiari. Era lei la responsabile di Mahadi e durante gli incontri alla presenza di familiari la sua voce era sempre la più forte. Tutto il contrario della moglie, la cui voce non si udiva affatto e che pareva seguire gli eventi della famiglia a rimorchio, accudendo amorevolmente i figli e anche Mahadi, pur con la consapevolezza che questi era una persona che non poteva "capire" e che di conseguenza trattava più come un terzo figlio che come un marito. Esisteva un'evidente differenza di status sociale tra la famiglia biologica di Mahadi e quella della moglie, molto più povera (non che l'avessi notata autonomamente, a dire il vero; mi venne fatta notare da altre persone e da lì ne acquisì consapevolezza). Questa condizione di disparità materiale può essere, a determinate condizioni, un elemento che favorisce il contratto matrimoniale.

Abdirisak Mohamed Warsame dell'associazione GAVO (General Assistance and Volunteer Organization) è sicuramente una delle persone che più conosce l'universo della salute mentale in Somalia/Somaliland. Da più di quindici anni lui e l'organizzazione per cui lavora, si occupano di persone con disturbi mentali a livello sociale, clinico, di supporto generale, di sensibilizzazione e, più recentemente, a livello politico facendo pressione sul governo perché adotti misure di sostegno, di non discriminazione oltre che di riconoscimento dei diritti. Lo conosco dal 2003 quando visitai per la prima volta il Mental Hospital di Berbera dove lavorava. In una delle tante discussioni avute negli anni affrontiamo la questione del matrimonio. Mi conferma che, nessuno si sognerebbe mai di sposarsi con una persona che ha riconosciuti problemi di salute mentale, ma a volte questo avviene, ad esempio attraverso un occultamento della malattia:

Magari non conoscono lo stato dell'uomo; uno può nascondere quando sta bene, ma se qualcuno lo conosce e ha prove del suo stato e allora la persona malata va ad esempio a Burco [*città nel nord-est del Somaliland*], dove non lo conoscono e si sposa....dipende; è molto difficile che una donna accetti di sposare una persona con problemi mentali...non è possibile...deve esserci una scusa perché questo avvenga...sai magari la persona ha episodi periodici e quando sta bene può prendersi cura delle cose e in quei periodi la famiglia gli organizza il matrimonio.....(...) certo poi la donna può scappare via, ma

dipende anche dalle manifestazioni, dai comportamenti dell'uomo, magari qualcuno può essere paziente e aspettare...( Abdirisak Mohamed Warsame, presso la sede si GAVO in Hargeisa, 20/05/09).

Abdirisak fa riferimento solo alla possibilità che sia l'uomo ad avere problemi mentali. Questo perché la donna subisce una stigmatizzazione ancora maggiore nell'accesso al "mercato" matrimoniale, rendendolo praticamente impossibile. Oltretutto l'idea che una donna con riconosciuti problemi mentali rimanga incinta alimenta immediatamente la credenza che questa possa trasmettere la malattia ai figli.

L'importanza sociale del matrimonio è centrale ed è tappa fondamentale, e obbligata, per la realizzazione individuale, pur entro una più ampia dinamica di riconoscimento familiare e clanico (ruolo sociale, status, possibilità di procreare, relazioni tra famiglie, appagamento emotivo e sessuale, e così via).

La famiglia che se lo può permettere può adottare un'ulteriore strategia per permettere che il matrimonio avvenga:

L'altro interesse è che la famiglia vuole, per così dire, dei bambini, perché dicono che questi sono pane per la persona che è mentalmente malata....la maggior parte di questi matrimoni avviene quando la famiglia della persona malata mentalmente è ricca e possono pagare abbastanza...così loro magari cercano una donna di una famiglia povera o, per così dire, in una condizione povera per cui può essere disposta a ricevere un incentivo economico e...ti diamo questo e questo e tu stai con il nostro...capita così (ibid.)

In questo tipo di contratto presumiamo possano entrare, oltre ai fattori meramente materiali, anche accordi specifici tra le famiglie circa la responsabilità sulla persona mentalmente disturbata e sui doveri coniugali. Sta di fatto che, fatto salvo importanti eccezioni (i.e. la storia di Colaad; Cfr. Cap.3), se la persona non-sana della neo coppia matrimoniale è il maschio, solitamente a quest'ultimo è esclusa la "responsabilità" della moglie non essendo lui in grado di essere responsabile neppure per sé stesso. Se il marito non è in grado di esercitare responsabilità e fornire protezione, perché ritenuto matto, queste passano ai parenti della moglie. Un proverbio traduce questa consuetudine in maniera chiara: "*Doqoni markay yartahay waa reer abtigeed, markay guursatana waa reer xididkeed*"<sup>91</sup>, traducibile all'incirca con: "quando un matto è giovane

---

<sup>91</sup> L'espressione è catalogata (Duale, p. 27) in una raccolta di proverbi ed espressioni idiomatiche somale selezionate e tradotte da Ahmed Yusuf Duale, scomparso poeta e intellettuale somalo. Il manoscritto



*appartiene al clan materno, quando è sposato a quello della moglie (parenti acquisiti)”*.

Detta in altri termini, la persona con problemi mentali è esclusa dalle normali appartenenze claniche, che sono patrilineari, appartiene al “clan” in cui si trova e non quello di sangue.

E’ importante notare che in questo caso il mancato esercizio di responsabilità da parte del marito pare tollerato proprio per la sua condizione mentale che lo “esclude” dalle regole valide per gli altri maschi adulti. Se però le condizioni che hanno permesso il matrimonio sono quelle di una forte disparità materiale e di status tra le famiglie, difficilmente la responsabilità sulla persona ricadrà sulla famiglia di sangue della moglie rimanendo verosimilmente ancorata a quella di sangue del marito. Ad esempio, nel caso sopra citato di Mahadi, il matrimonio non si rompe sia perché la moglie ha procreato sia perché la famiglia di lui provvede al mantenimento della moglie e dei figli.

Va considerato inoltre che il venir meno agli obblighi coniugali è, nel momento in cui scriviamo così come a inizio secolo<sup>92</sup>, una motivazione sufficiente affinché la famiglia della moglie chieda ed ottenga il divorzio. Anche in questo caso l’eccezionalità del “contratto” tra famiglie di status differente può permettere alcune, a volte temporanee, deroghe alla consuetudine, almeno finché la parte che potrebbe chiedere il divorzio è materialmente soddisfatta.

## ***Responsabilità***

Il tema della responsabilità, e dei doveri e del potere a essa relativi, è fondamentale nella cultura somala e strettamente connesso al funzionamento dell’organizzazione sociale stessa, attraverso i vincoli di reciprocità e compensazione.

Come accennavamo a inizio paragrafo, il fatto di essere considerato “matto”, nonostante eventuali e limitate deroghe sociali, non implica automaticamente né uno sconto

---

tradotto mi è stato messo a disposizione da “Boobe” Yusuf Duale (il fratello), ex membro del movimento di opposizione al regime di Siyad Barre, SNM-Somali National Movement, all’epoca coordinatore dell’Academy for Peace and Development di Hargeisa. Quando feci fotocopiare il manoscritto notai che la prima pagina non era stata fotocopiata. Questa conteneva una sorta di introduzione all’opera e alcuni riferimenti temporali. Il testo originale era, infatti, stato redatto durante il regime di Siyad Barre e la prima pagina conteneva elogi al Consiglio Supremo della Rivoluzione; forse questo il motivo per cui la persona che ha fotocopiato (mi trovavo in Somaliland) ha ritenuto di non dover inserire quella parte. Scattai delle fotografie dell’introduzione ma purtroppo ne ho successivamente perso traccia. Boobe Yusuf Duale mi presentò il testo come un compendio attuale che stava aggiornando rispetto a certe formule o termini in disuso e che voleva pubblicare, come omaggio al fratello scomparso e per amore della ricca tradizione poetica somala.

<sup>92</sup> “Nel diritto migiurtino i casi di divorzio coatto sono due: quando il marito non paga il *yaràd* al padre della sposa e quando il marito sia, per natura o per determinate malattie, incapace di adempiere ai suoi doveri coniugali” (Cerulli, 1959, p.66).

dell'eventuale tributo da pagare in caso di danno provocato né una sospensione dello stesso. La responsabilità del danno non decade perché in vigore non è tanto una responsabilità individuale bensì una responsabilità collettiva. Commentando il proverbio “*nin waalan tulki ayaa o miir qaba*” che più o meno ci viene tradotto con “se un uomo è matto, i suoi familiari prendono la sua mente”, Boobe Yusuf Duale sottolinea come il tributo di sangue “*si applica comunque perché la persona è parte della famiglia e su questa ricade la responsabilità dei suoi atti*” (Hargeisa, 05/04/2009).

Quindi se una persona considerata matta commette un atto criminoso, la famiglia della parte lesa reclamerà la diya viceversa se il matto è parte lesa. Per dirla con linguaggio legale, citando il Professore Mohamed Metan Jama, esiste:

il vincolo della *responsabilità consuetudinaria*...praticamente... qualsiasi persona che commette un atto sbagliato verso un'altra ha la responsabilità della relativa compensazione...per esempio se fai un danno....la responsabilità sarà sul clan, così come accade per le altre persone..nel sistema tradizionale non c'è la responsabilità personale, c'è la *responsabilità clanica* (Università di Hargeisa, 13/04/2009).

Da alcune discussioni avute con famigliari di persone, ritenute matte, che avevano commesso degli atti per cui era richiesto pagamento del tributo di sangue,<sup>93</sup> emerse la possibilità che gli anziani delle due famiglie chiamati a discutere il risarcimento potessero considerare la condizione mentale della parte lesa o ledente nel calcolo effettivo del tributo dovuto. Fermo restando che solitamente il metro utilizzato è quello vigente per tutti i membri “sani” della comunità, quando la condizione d'instabilità della persona entra specificatamente nel processo negoziale può portare ad esiti contrapposti: ovvero essere considerata un' “aggravante” oppure un' “attenuante”. L'esito dipende dalle forze in campo, dall'entità del danno provocato, dal rapporto tra le famiglie e non è dunque scontato a priori. La riduzione (o l'archiviazione del caso) può essere accordata in via compassionevole proprio in virtù della mancanza di capacità d'“intendere” del soggetto. Ad esempio, nei casi di danno *minore* (ad esempio per un lieve danno all'auto) chi è parte lesa può considerare di non portare la cosa all'attenzione del clan per un risarcimento. Per piccole cose:

magari io lo porto alla polizia ma loro non lo detengono....se vado mi dicono, sei matto?

---

<sup>93</sup> In particolare un caso di omicidio (Berbera) e la rottura di un vetro di un fuoristrada (Bosaso).

...e tu senti un po' di vergogna e comunque lasci stare...in questo senso hanno più protezione delle persone "ordinarie" (Professore Jama, Università di Hargeisa, 13/04/2009).

Proprio in virtù di tale "incapacità" però spetterebbe alla famiglia tutelare maggiormente la persona "incapace" per evitare che questa provochi danni o che danni siano a lei provocati. Con ciò, ad esempio, può essere addotto il fatto che la famiglia non ha fatto nulla per prevenire l'evento e quindi è maggiormente responsabile dello sfortunato incidente. Come vedremo fra poco, l'articolazione tra la responsabilità familiare e i vincoli al pagamento del tributo di sangue, sono tra i fattori che stanno alla base della decisione di incatenare una persona con problemi di salute mentale.

Prima di muoverci su questo tema è però interessante soffermarci su un ulteriore rilievo di Boobe Yusuf Duale. Durante l'intervista mentre mi spiegava che non è prevista una riduzione della diya, citò il seguente proverbio somalo: "*Nin waashay wuu ladnaday mooye wuu bugsaday la ma idhaah*"<sup>94</sup>, che mi spiega in questo modo:

**B.** "qualcuno che è stato matto, magari è stato curato in ospedale o in modo tradizionale non potrai mai dire che è guarito, che sta bene, magari puoi dire che è meglio di prima, che è migliorato ma non che è ok "

**M.** Questo non alimenta forme di stigmatizzazione?

**B.** Da un lato sì, ma dall'altro se una persona ha perso la testa significa che tu non sei stato consapevole di cosa è successo in questo mondo....vedi...per rimetterti al passo con gli eventi per i quali tu saresti stato responsabile, devi avere un background di quello che è successo nell'ultimo o 3, 4, 8 oppure anche 10 anni, e tu invece eri matto...vedi, come puoi guarire per tutti quegli eventi a livello nazionale, di clan, internazionale, regionale, personale....questo è motivo per cui si dice che puoi recuperare ma mai al 100%, ci dicono che qualcosa manca...dalle sue attività, dalle sue decisioni ( Duale, Hargeisa, 05/04/2009)

E' interessante notare le motivazioni che utilizza per spiegarmi la convinzione, assolutamente diffusa in ogni parte di Somalia, che una persona una volta che è stata matta non può rientrare pienamente nella sfera della "normalità". Il perno della sua argomentazione non fa riferimento tanto ad una "guarigione" dalle connotazioni di tipo medico-psicologico come non riguarda, in senso stretto, la sfera individuale. Piuttosto

---

<sup>94</sup> Altra versione dello stesso proverbio citata da GAVO è "*nin waashay wuu ladnaaday mooyee wuu bogsaday maleh*" (GAVO,2004).

l'impossibilità di guarigione deriva dal fatto che alla persona è stato impossibile essere parte, in modo consapevole e responsabile, delle dinamiche sociali che sono avvenute senza di lui/lei e rispetto alle quali aveva delle responsabilità relazionali, politiche e sociali, vitali per la comunità in cui vive.

La malattia investe il corpo sociale della persona che non può partecipare direttamente, rompendo in un certo senso il circuito delle reciproche obbligazioni e responsabilità collettive, essendone parte in causa in modo non consapevole. La rottura di tale circuito esclude la persona da quel mondo simbolico e materiale di relazioni intersoggettive, a un tempo familiari, claniche oppure nazionali, che danno senso all'esistenza della persona stessa e che traccia i confini di ciò che è considerato "riabilitativo". Come ricorda Marc Augè (1986), nella sua lettura ormai classica dei disturbi corporei, nelle società di lignaggio l'ordine biologico e l'ordine sociale sono strettamente interdipendenti, la malattia testimonia di una frattura di ampia portata, che va ben al di fuori dei confini corporali del singolo, essendo indice di disordine sociale. Senza riabilitazione "sociale" non può esserci riabilitazione "mentale", pare suggerire l'interpretazione del proverbio sopra riportato. Vedremo nel cap. 3 attraverso l'analisi della biografia di Colaad, come proprio il progressivo "ripristino" delle responsabilità sociali ed economiche interne ed esterne alla famiglia e la concomitante accettazione di questo percorso da parte della famiglia, abbiano permesso al giovane di ri-costruirsi un posizionamento pubblico passando attraverso una riabilitazione sostanziale.

### **2.1.2 La consuetudine del contenimento 1 : carceri e polizia**

La prima volta che entrai in un carcere somalo fu nel maggio 2004 a Merca nel sud della Somalia. Merca è una splendida città costiera a circa 80 Km a sud di Mogadiscio dalla (devastata) architettura mista arabo-coloniale, principale centro di esportazione delle banane somale nonostante la drastica riduzione di questo commercio successivamente alla guerra. Il porto di Merca distrutto e saccheggiato durante e dopo la guerra è pressoché inesistente, rimangono solo dei pilastri del pontile che fuoriescono dal mare<sup>95</sup>. Il carico delle banane sulle navi cargo per l'esportazione avviene ora in maniera molto laboriosa e lenta, con i camion in fila per giorni e una piccola chiatta che trasporta il carico dalla riva alla nave cargo spesso ancorata a distanza per via del

---

<sup>95</sup> V. Fotografia 7,8.

fondale basso. Durante il regime di Siyad Barre a sud di Merca era presente l'unico "resort" di tutta la Somalia, essendo la commercializzazione del turismo proibito per legge. Città fondata dal clan Bimal, per circa 20 anni occupata e annessa al Sultanato di Zanzibar passa nel 1893 sotto la dominazione italiana. E' stata famosa per le ripetute forme di resistenza ai colonizzatori che portarono alla morte d'importanti personalità italiane. Devastata dalla guerra civile è stata controllata dalle milizie di Al-Shabaab dal novembre 2008 all'agosto 2012 quando il neo formato Governo Federale Somalo ne ha ripreso il controllo anche con il supporto della missione AMISOM (la missione di peacekeeping in Somalia dell'Unione Africana, presente sul territorio dal febbraio 2007).

Rimasi poco tempo nella città e questo fu l'unico periodo che riuscì a trascorrere nel sud della Somalia, per via della degenerazione delle condizioni di sicurezza che avvenne negli anni successivi. In quell'occasione visitai il carcere e incontrai il responsabile del carcere regionale e il capo della polizia durante una visita presso il quartier generale della polizia della città.

Visitai invece a più riprese il carcere di Bosaso (Puntland), principalmente nel 2005 quando mi era stato garantito l'accesso per "visitare" un ragazzo con problemi di salute mentale e di abuso di sostanze, ivi detenuto su richiesta della famiglia (Cfr. § 2.1.2).

In Somaliland intervistai il capo della polizia locale<sup>96</sup> nel 2009 ad Hargeisa, e visitati in numerose occasioni tra il 2003 e il 2011 anche con permanenze prolungate l'ospedale psichiatrico di Berbera, ex struttura detentiva durante la colonia inglese.

Le informazioni dalle tre regioni ci permettono di effettuare alcune considerazioni comparative e notare una certa continuità nelle prassi del contenimento "ufficiale".

All'epoca della mia visita a Merca in carcere erano presenti cinquantadue detenuti di cui quattro incarcerati poiché "matti". La struttura (regionale) era in una buona parte danneggiata e in rovina, il guardiano si lamentava del fatto che il portone d'ingresso non si chiudesse bene. Alcune celle erano cedute e rimanevano solo macerie per cui quelle

---

<sup>96</sup> Il 2/4/2009 avevamo fissato un appuntamento con un ufficiale di stanza ad un comando della polizia in città. Al nostro arrivo stava dormendo dentro il suo ufficio e alcuni suoi collaboratori hanno provato più volte a svegliarlo, senza successo. Aveva lavorato tutta la notte, ci dissero, sorridendo e indicando il gesto di chi mastica Qaat. Non era stato facile prendere quell'appuntamento, cui tenevamo pensando all'utilità di avere un resoconto da chi lavora quotidianamente dentro la struttura al centro della città che gestisce più delle altre, almeno così si ritiene, casi di arresti di persone con problemi di salute mentale che "girovagano". A fine mattinata ci dirigemmo dunque, senza preavviso, verso il quartiere generale della polizia di Hargeisa. Superato il controllo all'ingresso (anche grazie alla promessa di una mancia all'uscita, che poi non avvenne causa cambio di turno) ci muovemmo a piedi dentro la struttura senza controllo e senza sapere dove andare. Incontrammo nei corridoi davanti al suo ufficio il capo della polizia Saqadhi Dobad che, piuttosto sorpreso e divertito dalla nostra presenza in quelle aree dell'edificio, ci concesse un'intervista.

utilizzabili erano in tutto sette, una era lasciata vuota. Le quattro persone considerate matte occupavano ciascuna una cella, una di esse era incatenata alla grata, dentro la cella stessa. I restanti quarantotto detenuti dividevano due celle di circa due metri per quattro chiuse da una grata di metallo, al fondo delle quali era realizzato un buco per i bisogni corporali. La forte luce del sole contrastava con il buio della cella piena di corpi, nudi sopra la cinta, per cui mi era impossibile vedere oltre la prima dozzina di persone, salvo percepire la presenza degli altri corpi e delle loro voci e movimenti. Il “privilegio” della cella singola per i *walaan* era necessaria per via della loro condizione, secondo il capo della polizia intervistato a Merka il 27/05/2004, la quale richiede “*isolamento e contenzione*”. Questo, a detta dello stesso e confermato dal guardiano del carcere, permette loro di migliorare. La detenzione:

non dura di solito meno di 6 mesi, ma può durare anche fino a due anni, come è capitato all’ultimo matto che abbiamo catturato per motivi di sicurezza per problemi di droga-hashish (Guardia del carcere, Merka, 27/5/2004)

Questo è, in effetti, l’unico intervento terapeutico previsto dato che un *wadaad*<sup>97</sup> (o Sheikh) non viene solitamente chiamato a visitare la persona così come medici o infermieri, in quanto si ritiene che la persona abbia eventualmente bisogno di “specialisti” che comunque non sono disponibili nella zona. Così come ci spiegava Mohamed M. Jama nel precedente paragrafo rispetto al ruolo del clan e della famiglia nelle decisioni legate alle incarcerazioni in Somaliland, anche nel sud della Somalia la famiglia ha un ruolo determinante più che le corti o giudizi della polizia medesima. Infatti, ci dice il responsabile del carcere, esistono due modi per cui una persona con problemi mentali può essere incarcerata: (i) la famiglia chiede alla polizia di detenere il familiare perché non riescono a gestire la situazione a casa o perché ha “bisogno” di un periodo di incarcerazione; (ii) la polizia cattura direttamente la persona dalla strada perché crea problemi alla comunità (di disturbo, sicurezza).

Secondo la guardia del carcere il sistema detentivo permette alla persona, dopo un po’ di tempo, di “*ritornare normale, calma*”. Questo esito è possibile grazie ai due elementi chiave del sistema correttivo “*l’isolamento e la paura* [di essere puniti]”. Questa visione pare essere alla base anche delle motivazioni delle famiglie che

---

<sup>97</sup> Uomo di religione’ (pl. *wadaaddo*). E’ il termine generico ed è usato come sinonimo del termine arabo Sheikh. Come fa notare Ioan M.Lewis (1998,p.59) è solitamente usato per indicare chi, rispetto allo Sheikh, è meno addottrinato ed esperto nella lettura e interpretazione del Corano e nell’arabo.

richiedono la detenzione per il proprio familiare come abbiamo sperimentato soprattutto a Bosaso e Hargeisa.

Il sistema alla base della detenzione in prigioni pubbliche o comandi di polizia sopra descritto per la città di Merca, pare, infatti, essere pressoché identico anche in Somaliland e Puntland. Le stesse dinamiche e *impliciti* sono, infatti, emersi sia dalle visite effettuate a Bosaso e Hargeisa.

Le differenze più ad Hargeisa, ove i funzionari di polizia hanno tenuto a precisare che loro solitamente tendono a non trattenere la persona presso le loro strutture, preferendo inviarle direttamente al reparto di salute mentale dell'ospedale di Hargeisa oppure al Mental Hospital di Berbera. Questo è in realtà in parziale contraddizione con quanto dichiarato da GAVO nel loro rapporto del 2004, dove sottolineano che in realtà uno degli abusi che le persone con disturbi mentali subiscono è proprio l'incarcerazione che avviene “senza processo e senza che siano prese in considerazione le condizioni di salute della persona o che sia effettuato un controllo medico” (GAVO, 2004, p.35). In seguito ad un fermo in strada, la procedura che i funzionari paiono seguire prevede la ricerca dei familiari che potranno decidere di portare a casa la persona, di lasciarla in ospedale (se nel frattempo è già stata trasferita), oppure di chiederne la reclusione. Quest'ultima soluzione è più frequente quando alla presunta inattività mentale è abbinata un comportamento socialmente riprovevole come l'uso di droghe (con ciò s'intende hashish o marijuana).

### ***Mohamad, il sognatore triste che ascolta musica reggae***

Questo era ad esempio il caso di Mohamad, trentaduenne scappato da Mogadiscio con la famiglia durante la guerra civile. Le note che seguono sono il frutto d'incontri ripetuti con lui e con la sua famiglia, sia collegialmente sia singolarmente (3 volte nel reparto di salute mentale di Bosaso, 3 volte a casa sua, 2 volte in carcere a Bosaso), a partire da novembre 2003. I virgolettati, che per non appesantire la lettura sono stati inseriti direttamente nel testo senza ulteriori note, sono citazioni estrapolate dal diario di campo e, in taluni casi, dalla sua cartella clinica.

All'incirca uno o due anni dopo lo scoppio della guerra la famiglia identifica l'inizio della sua malattia. Non usavano un nome univoco per classificarla, la parola che ricorreva più di frequente era “*daroogayste*”, ovvero “consumatore di droga” o “dipendente da droga”. In alcune occasioni usavano il termine *walaan*, ad esempio

quando spiegavano il modo in cui a volte parlava, incomprensibile o non coerente a detta della famiglia, ma tale etichetta non assumeva i contorni della descrizione totalizzante, attraverso cui a volte l'oggetto "malattia" prende il posto del soggetto. Ne descrivevano le caratteristiche sottolineando in particolare l'aggressività, l'incoerenza parole, il rimuginare, la tristezza, la difficoltà a dormire, il fatto che urla spesso e che usi droga. Ascoltava musica reggae<sup>98</sup> e fumava hashish; quest'ultimo aspetto era quanto maggiormente preoccupa la famiglia che, prima che lo incontrassi, lo aveva incatenato in passato due volte per un totale di circa 6 mesi. Le catene dovevano servire, dal punto di vista della famiglia, della madre in particolare, a tenerlo fisicamente lontano dalla droga. L'incatenamento era avvenuto in concomitanza a discussioni molto accese all'interno della famiglia ove Mohamad era diventato particolarmente aggressivo sia fisicamente sia verbalmente, evidenziando mancanza di rispetto verso la madre e il fratello. La madre si lamentava inoltre del fatto che non facesse nulla, che dormisse durante il giorno e che spesso fosse "confuso". Oltre a fumare hashish, Mohamad masticava Qaat che, a volte, alternava all'uso di Diazepam, farmaco ad azione ansiolitica e sedativa (categoria delle benzodiazepine) utilizzato per sedare l'agitazione, per ridurre la tensione o l'ansia e anche in casi di epilessia per via delle sue proprietà anticonvulsivanti. E' uno dei farmaci di prima generazione comunemente associati a terapie psichiatriche e reperibile con discreta facilità nei chioschi o farmacie delle principali città somale. E' un farmaco che proprio per la sua azione tranquillizzante, "piace" localmente; nella forma liquida inoltre, una volta iniettato, agisce molto rapidamente producendo effetti immediatamente visibili. Questa forma di "cocktail" di sostanze non era molto diffuso all'epoca e, pur mancando il fenomeno di qualsiasi tipo di statistica, ma è nostra impressione che sia aumentato negli corso degli anni<sup>99</sup>.

Dal canto suo Mohamad diceva di non essere supportato dalla famiglia, e di non capire perché sua madre "ce l'avesse sempre con lui" o perché si arrabbiasse senza motivo, per cui da piccole discussioni, a suo modo di vedere, potevano nascere degli scontri accesi che, se intervenivano altri familiari maschi, andava a finire che veniva

---

<sup>98</sup> Bob Marley, il più importante esponente di tale genere musicale, è considerato localmente, da chi lo conosce, una sorta di demone o, meglio, un'icona anti-musulmana, anche per l'uso conclamato di marijuana oltre che per la fede rastafariana. In Etiopia esiste una famosa comunità rastafariana, dove Mohamad era transitato per un periodo quando cercava di partire per l'Europa.

<sup>99</sup> Nel campo rifugiati di Dadaab mi è stato espressamente indicato da più operatori (luglio 2010) come un problema in aumento. Nel periodo di tempo passato ad Hargeisa, in particolare, tra il 2008 e il 2010, mi è stato riferito come questa fosse una pratica relativamente comune tra i giovani e ho avuto modo, in effetti, di riscontrarne la presenza in un numero di ragazzi incontrati.



picchiato o incatenato. Pareva non avesse mai dimenticato la prima volta che fu incatenato e, in qualche modo, di non avere mai perdonato la famiglia per averlo fatto:

Sai, mi hanno incatenato come un animale, capisci, come un animale, si può fare una cosa del genere a un uomo, noi non siamo animali” e poi, ancora “sono arrivati i vicini perché stavo litigando con mio fratello, alla fine mi hanno picchiato poi mi hanno incatenato.

Apparentemente lui si scaglia contro tutto e tutti colpendo anche la madre, pur senza volerlo, ammetterà, e all’inizio rifiuta il cibo che gli viene portato e confessa che:

la prima cosa che volevo fare quando mi hanno tolto le catene era tirare un pugno a mio fratello, ma mi avrebbero incatenato di nuovo, così non ho fatto niente ho continuato a stare zitto.

Durante il periodo in cui era legato a casa la madre gli portava del Qaat da masticare e ogni tanto qualche sigaretta, anche se questo diventerà un ulteriore elemento di discussione in quanto lui affermava che gliene portasse troppo poco. Non ammetteva di fumare hashish, diceva di avere fumato marijuana in Etiopia, e attualmente di masticare solo Qaat.

Le visioni contrapposte della madre e del figlio animavano la relazione tra i due tanto a casa quanto in ospedale. Era studente quando la guerra civile scoppia a Mogadiscio costringendo la famiglia alla fuga, non ama parlare di quel periodo e sappiamo solo che perde il padre in tale occasione. La famiglia si stabilirà successivamente a Bosaso ma la mancanza di prospettive lo portò a provare l’emigrazione verso l’Etiopia dove un numero consistente di somali vive o si ferma in attesa di una possibilità verso una destinazione terza ritenuta migliore. Il piano fallisce e dopo qualche tempo ritorna a Bosaso. Questa fallita migrazione è citata con enfasi tra le cause del suo malessere e pare che in seguito a questo ritorno forzato il suo umore fosse cambiato drasticamente lasciando spazio, soprattutto, a tristezza e scoramento (“*Niyad jab*” è stata la parola usata, che significata che l’essenza della persona stessa, il proprio “sé”, è rotto (Cfr. § 4.1). Lui affermava che la sua intenzione era quella di studiare e andarsene via, ripartire, non riteneva esistessero prospettive in loco e, soprattutto, sembrava avere sviluppato una sorta di avversione “verso la propria cultura” (sono parole sue) e verso ciò che lo circondava, alimentato dal cattivo rapporto all’interno della famiglia.

Quando lo incontrai la prima volta, in ospedale, era ben vestito e la comunicazione con me fu facilitata dal fatto che parlasse inglese e anche dalla poca differenza anagrafica. Parlava spesso della sua esperienza in Etiopia, a sua detta uno dei pochi periodi felici della sua vita, e questa finestra lontana dal presente era il terreno dove si affacciano le nostre conversazioni permettendo lo svilupparsi di una forma di fiducia o forse di semplice complicità. Sfruttando la sua conoscenza dell'amarico frequentava spesso l'area di Bosaso vicino al porto, dove lavoravano, transitavano e dormivano molti migranti etiopi nel tentativo di andare in medio oriente passando dalla Somalia. Mohamad mi disse che quando andava da quelle parti lo faceva per trovare qualcuno con cui fare due chiacchiere, qualcuno dalla "mentalità aperta" e anche per parlare di Etiopia. Quel luogo è però "impuro". Nel mare vengono gettati i rifiuti generati dall'area portuale e da chi vive nella zona, così come il mare stesso è usato come un grande gabinetto a cielo aperto, i resti della lavorazione del pesce finiscono spesso abbandonati per qualche tempo sulla riva per poi essere bruciati o gettati via. E' quindi un luogo dove i *jiin* abbondano e il rischio di contaminazione è alto. Per via della presenza di etiopi è da molti reputato un luogo doppiamente equivoco e pericoloso, innanzitutto per i costumi. L'Etiopia è storicamente il grande rivale della Somalia ed è considerato un paese a maggioranza cristiana per cui i comportamenti e le abitudini praticate dagli etiopi sono facilmente etichettati in opposizione a quelli somali e identificati come contrari alla morale musulmana. E' inoltre uno dei luoghi, assieme ai campi sfollati, dove si possono trovare merci proibite, tra cui l'hashish. E' quindi verosimile che Mohamad frequentando questi luoghi soddisfi sia la sua voglia di partecipazione a un mondo parzialmente altro, se pur connotato negativamente e sfidando l'ostracismo della famiglia/comunità, sia la possibilità di trovare e consumare hashish.

Circa tre settimane dopo il primo incontro, avrebbe dovuto passare in ospedale per una chiacchierata con lo staff e verificare se vi erano stati dei progressi. Non presentandosi uno degli operatori del reparto provò a recuperare qualche informazione e scoprimmo giorni dopo che era stato nuovamente incatenato. Parlammo con la madre e organizzammo una visita nella loro casa. All'arrivo però nessuno rispose al nostro bussare alla porta di metallo ma, visto che questa era socchiusa, uno dei ragazzi aprì senza troppi preamboli la porta ed entrammo. Una caviglia di Mohamad era chiusa da un lucchetto a una catena che all'altra estremità era fissata a un pezzo di metallo cementato al pozzo della casa. Lui si trovava sotto il sole, a torso nudo, vestito solo con

il suo *mauiis*, con aria trasandata, sporco di polvere e con qualche graffio sul braccio abbastanza fresco, il rosso sangue della ferita brillava in mezzo al braccio impolverato. Appena arrivò la madre lui si mise ad inveire contro di lei, pur senza troppa convinzione, e subito si chiuse in un mutismo fatto di assenti sguardi a terra e tentativi di nascondere il capo tra le braccia. Percepì una tensione estrema, una rabbia profondamente radicata e amplificata dai silenzi di quei momenti, e anche tanta tristezza. Ebbi la sensazione che la mia presenza lo mettesse particolarmente a disagio, quasi che volesse nascondere la sua condizione alla mia vista, che se ne vergognasse. D'altronde, mi dicevo allora<sup>100</sup>, eravamo quasi coetanei, avevamo aperto un canale comunicativo privilegiato in virtù del mio essere straniero e dell'aver condiviso qualche parola su gusti musicali che non gli era consentito fare con i suoi coetanei somali, si era creato un certo grado di complicità. L'essere degradato da umano a bestia, per usare le sue parole, da giovane con qualche vizio e aspirazione a corpo nudo e immobilizzato da sfamare, faceva crollare drasticamente la sua possibilità di rimanere su quel piano relazionale interpersonale che permetteva alla rappresentazione di sé immaginata o desiderata, di manifestarsi, anche solo grazie alla presenza di un ascoltatore recettivo. Queste considerazioni centrate sul rapporto tra me e lui raccontano, forse, di quel gesto del nascondersi il viso tra le braccia, che quasi mai avevo riscontrato in altre persone incatenate, almeno non in quelle modalità espressive. D'altro canto, superando la limitatezza e un certo grado di speculazione intrinseca in queste mie affermazioni, rimane il fatto che, più in generale, quel passaggio di status da umano a non-umano, già sperimentato in passato andava a rafforzare quella crepa tra le sue aspirazioni e la sua rappresentazione di sé da un lato e la famiglia e i codici culturali e di comportamento che quest'ultima rappresentava dall'altro.

Dopo qualche tempo, anche per la pressione degli operatori del reparto di salute mentale, venne liberato. Va detto che nel periodo di “detenzione familiare” era stato chiamato uno Sheikh per provare a riportare Mohamad sulla strada di codici culturali e morali accettabili, attraverso la lettura del Corano. Questo passaggio però non aveva avuto molto successo anche per le invettive del ragazzo costantemente rivolte al religioso. In generale, e questo è in controtendenza, la sua famiglia non aveva cercato risposte al disagio in risorse religiose, piuttosto si era rivolta in un paio di occasioni ad

---

<sup>100</sup> Scrivendone e leggendo le note del diario, visualizzo nitidamente quei momenti e quasi li *sento* fisicamente. Forse il punto di vista espresso nel testo è troppo auto-centrato, ma la mia lettura era rafforzata dalla presenza sul campo che all'epoca era già di sei mesi, passati quasi quotidianamente di casa in casa a incontrare persone con problemi di salute mentale, spesso incatenati, per cui non era certo questo aspetto in sé, assai frequente, a scatenare una mia particolare reazione emotiva.

un neurologo somalo, il Dr. Mohamed Jama Salad<sup>101</sup>, che tutt'ora lavora a Galkayo circa 800 km a sud di Bosaso.

Quando Mohamad si ripresentò al centro gli operatori attivarono quello che può essere definito un “contratto terapeutico”, dopo una serie di consultazioni e negoziazioni tra lui, la madre e lo staff del reparto, ove precisi doveri e concessioni reciproche sono concordate per il funzionamento di un processo che mira a ottenere dei cambiamenti positivi. In sintesi questo prevedeva che Mohamad smettesse di fumare hashish e di frequentare il porto, che partecipasse ad un corso di studio o professionale a sua scelta, che la madre/famiglia si impegnasse a non incatenare il ragazzo e a dargli maggiore fiducia nelle sue scelte oltre a riportare allo staff dell'ospedale casi di intemperanza o difficoltà, prima che il conflitto prendesse le già sperimentate derive. Lo staff del reparto, oltre al controllo di una terapia farmacologica, si mise a disposizione per l'ascolto sia del ragazzo sia della madre/famiglia, per accompagnare questo percorso e attivandosi per trovare le risorse per farlo partecipare al corso di formazione.

Le cose funzionarono per circa un mese, Mohamad partecipava a lezioni d'informatica e passava periodicamente dal reparto, il canale comunicativo con la famiglia era aperto. Purtroppo dopo poco più di un mese Mohamad non si fece più sentire e scoprimmo che era stato incarcerato. Inizialmente pensai ad una incarcerazione “classica”, dovuta a quale infrazione commessa. Le informazioni dalla famiglia, abbastanza confuse, andavano in quella direzione, e non si capiva bene se fosse stato arrestato mentre faceva uso di sostanze oppure se avesse commesso qualcosa di “sbagliato”. La famiglia confermava che si era “comportato male”. Dopo qualche tempo convinsi un medico dell'ospedale a recarsi in carcere per visitare Mohamad e mi aggregai. Il responsabile del carcere acconsentì ai nostri incontri, purché si svolgessero in una stanza adiacente a quella del direttore, mentre non mi fu mai concesso di entrare all'interno del carcere di Bosaso. Parlando con il direttore prima, e con il ragazzo dopo, scoprimmo come erano andate le cose. Dopo un diverbio la madre decise di farlo arrestare. Con l'aiuto del fratello e di alcuni vicini Mohamad fu portato in carcere dove era stato negoziato il suo arresto “terapeutico” per sei mesi. Scoprii in quell'occasione

---

<sup>101</sup> E' un medico somalo laureatosi a Mogadiscio e specializzatosi in neurologia a Bologna negli anni '70. E' uno dei pochissimi professionisti con formazione medica di tipo occidentale e specializzazione in ambito “mentale”, per usare il metro delle espressioni locali. E' in effetti l'unico in tutto il Puntland ad avere la strumentazione per effettuare encefalogrammi, motivo per cui molti pazienti epilettici si rivolgono a lui, così come, genericamente, le persone con problemi “mentali”. L'ho incontrato in un paio di occasioni direttamente a Galkayo e mantenuto una scarsa corrispondenza epistolare per un certo periodo. All'epoca dell'ultima visita era in procinto di aprire una clinica privata più ampia e attrezzata di quella in cui era solito operare.

che, in effetti, quella dell'arresto richiesto direttamente dalle famiglie era una pratica abbastanza comune, il direttore mi mostrò una lavagna appesa al muro dove erano indicati il numero dei detenuti e le motivazioni dell'arresto<sup>102</sup>. Incontrai Mohamad due volte in ospedale, sempre con il medico che lo curava per un problema gastrico che aveva sviluppato in carcere. Era molto indebolito e raccontava di non passarsela bene in una cella stretta con altri detenuti e senza soldi, per cui era difficile avere qualche favore e magari, ogni tanto, del cibo più buono. La famiglia periodicamente lo visitava e portava da mangiare. Non ha avuto la "fortuna" dei detenuti con problemi mentali di Merka che avevano cella singola anche perché il suo arrivo era anticipato dai problemi comportamentali legati alla droga, piuttosto che dal problema mentale in sé. Poco prima del termine della sua carcerazione la famiglia intera si trasferì in altra città più a sud e ne persi le tracce.

Abbiamo citato questa storia perché è interessante notare come il sistema carcerario, fornisca una sorta di continuità terapeutica, se così si può chiamare, che fa dell'isolamento, del contenimento e della punizione la sua cifra di riferimento. Il passaggio della persona incatenata dalla famiglia al carcere ha una forte connotazione punitiva. Va precisato che questo non avviene, in generale, per le forme tradizionalmente riconosciute di malattia mentale, ma piuttosto per quelle forme di deviazione dai codici comportamentali e della morale che, secondo la famiglia, necessitano correzione. Detta così il confine appare assai sfocato e intangibile. Nella prassi, mi riferì il direttore del carcere di Bosaso, questo avviene soprattutto per l'uso di sostanze proibite e, in misura minore, può essere concordato per altro tipo di deviazioni; cosa che non ho potuto verificare personalmente. Un matto "conclamato" non viene portato in carcere, piuttosto negli ospedali psichiatrici, ove esistano, oppure nei campi di guarigione coranica, oppure, più frequentemente, rimangono a casa incatenati. Se però è presente una devianza che ha a che fare con l'uso di sostanze proibite il passaggio in carcere può diventare un'opzione.

E' importante sottolineare che la reazione sociale verso l'uso di sostanze proibite e la malattia mentale attinge, in parte, alla stessa rete di simboli, retoriche e pratiche. La malattia mentale passa attraverso il riconoscimento di una serie d'indici comportamentali, relazionali -ritenuti inappropriati-, senza quella mediazione con la spiegazione "psichica" che avviene in contesto "occidentale". Questo significa che di

---

<sup>102</sup> Purtroppo quella parte di diario si è bagnata e questi dati che avevo registrato sul taccuino sono illeggibili. Mi pare di ricordare che fossimo nell'ordine di poco meno il 10% del totale.

fronte a certi comportamenti o atteggiamenti visibili, quale che sia la causa che li ha generati, la reazione sociale sarà simile. Uno scatto d'aggressività abbinato a confusione nell'eloquio, oppure lo strapparsi il velo dalla testa durante un diverbio sono piccoli segni che se ripetuti o se in interrelazione con altri di tale tenore possono essere interpretati come sintomi di un disagio che sta per manifestarsi, o si è già manifestato. Di fronte a questo la famiglia si allerta e, se l'intensità è particolarmente elevata, agisce con contenimento, punizione, o con una visita in moschea. Che questo sia generato da una condizione incipiente di disagio mentale oppure dall'effetto acuto della sostanza psicotropa non fa differenza. Va altresì detto che coloro i quali manifestano un disagio mentale e allo stesso tempo fanno uso di sostanze proibite il confine diventa ancora più sfumato innescando, ad esempio, un meccanismo di reciproca influenza, causalità o esacerbazione di sintomi pre-esistenti.

A riconferma di ciò vi è anche un fenomeno che interessa sempre più giovani somali della diaspora: il *dhaqancalin* (Cfr. Cap. 6). Letteralmente "ritorno (*celin*) alla cultura (*dhaqan*<sup>103</sup>), è il viaggio che viene fatto intraprendere a somali che nello spazio della diaspora si perdono, si scompensano o assumono comportamenti contrari alle regole morali che dovrebbero guidare il buon somalo e il buon musulmano, secondo l'opinione dei genitori. Non è esclusivamente legato al disagio mentale, anche se così mi è stato inizialmente introdotto e presentato in più occasioni e, principalmente intorno a forme di disagio mentale conclamato, me ne sono state raccontate le caratteristiche sia in Somalia sia negli Stati Uniti, durante le varie permanenze sul campo. La storia di vita di Fadhya, che riporto nel cap.6, è una di queste, segnata dal ritorno forzato nella terra natale nell'ottica di un risanamento mentale che è anche un risanamento culturale e comportamentale. La logica sottostante tale percorso riabilitativo è che il contesto di origine, e con ciò la famiglia allargata e tutto il tessuto socio-culturale circostante, forniscano intrinsecamente gli strumenti "culturali" adeguati permettendo un'esposizione "naturale" a modalità di esperienza e di relazione, così come alla possibilità di praticarle. Questo processo dovrebbe lavorare in opposizione a tutto ciò che ha creato lo scompenso all'estero, per riportarlo nei binari di un corretto *essere in* una determinata comunità. Il controllo familiare può essere più stretto e senza mediazioni extra-familiari (come ad esempio quello dei servizi sociali o del 911), l'accesso a determinate sostanze proibite è molto più limitato se non assente, la

---

<sup>103</sup> Si noti come "daqhan" venga tradotto con : "culture, heritage, tradition" e anche con "manners, behavior, character" (Hashi, 1995, p.129).

possibilità di pregare cinque volte al giorno è garantita senza preclusioni. In entrambi i casi, seppur con modalità diverse che analizzeremo più avanti, i due giovani hanno fatto uso di sostanze proibite e soffrivano di un disturbo mentale, “certificato”, in un caso, e “presunto”, in un altro, disturbo mentale, motivo per cui le famiglie li avevano inviati entrambi al reparto di salute mentale di Hargeisa.

## 2.2 Politiche sanitarie locali

In ciascuna delle tre principali macro-regioni somale, il Somaliland, il Puntland e il Centro-Sud Somalia<sup>104</sup> non esistono delle politiche sanitarie in tema di salute mentale adottate dalle relative istituzioni di governo. Una serie minima di azioni che hanno una ricaduta sulle persone con problemi di salute mentale esiste, sicuramente non con esiti in termini di governo delle persone cui possiamo essere abituati altrove. Politiche o azioni in tal senso mancano sicuramente di quel grado di strutturazione, organicità, diffusione e controllo che sono solitamente indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi principali delle *politiche sanitarie*, secondo gli standard internazionali, ovvero quelli di migliorare i livelli di salute di una popolazione e di farlo su larga scala (Campbell, 2010, p.77). Per capire il senso del titolo del presente paragrafo e coglierne le dimensioni concrete nella quotidianità, ci muoveremo fra tre differenti livelli: quello micro- del rapporto medico e paziente, quello intermedio dei sistemi sanitari locali e quello macro- del sistema politico-economico più ampio. In questa sezione concentreremo le nostre riflessioni soprattutto sugli ultimi due, lasciando spazio alla dimensione micro- nei successivi capitoli. Cercheremo di far emergere le modalità attraverso cui le relazioni sociali esistenti strutturano e mettano in relazione i diversi livelli. In assenza di Stato in presenza di un ruolo forte delle strutture sociali tradizionali e di un ruolo assolutamente centrale della famiglia, la distinzione tra pubblico e privato, tra ruoli di governo e prestigio personale sono altamente problematici e, forse, poco rilevanti. Molto più significativo è cogliere l’alta frammentarietà degli interventi e la duttilità attraverso cui le scelte sia a livello del potere istituzionale e familiare agiscono.

Secondo alcuni osservatori nella Somalia post-coloniale sia nel governo

---

<sup>104</sup> Ci si riferiamo qua nello specifico a quella volatile porzione di territorio sotto controllo del riconosciuto Governo Federale di Transizione.

parlamentare guidato da Abdirashid Ali Shermarke (1960-1969) sia in quello governo militare sotto Siyad Barre (1969-1991) sono accomunabili le negligenze dei rispettivi piani sanitari (Qayad, 2007). Va però riconosciuto che prima del collasso del 1991 il sistema sanitario pubblico, sotto il controllo del Ministero della Sanità a Mogadiscio, gestiva e regolava la pratica medica e farmaceutica e che le prestazioni erano gratuite per tutta la popolazione (WHO-EMRO, 2006,p.35). Secondo WHO il sistema sanitario pubblico pre-guerra era “rudimentale ma adeguato allo standard africano” con “un discreto numero di ospedali”. Strutture secondarie erano presenti, sebbene principalmente concentrate intorno alle grandi città e in particolare alla capitale dove sorgeva il “Mogadiscio General Hospital, uno dei più attrezzati e completi ospedali del Corno d’Africa” (WHO,2006,p.35). Esistevano inoltre accordi per effettuare operazioni chirurgiche fuori dal paese (Italia, Germania, Egitto, in particolare). Le campagne di eradicazione del vaiolo a metà degli anni ’70 così come gli interventi di prevenzione e cura della tubercolosi, sono generalmente annoverati tra gli esempi positivi. Alcuni istituti come le Nursing School di Hargeisa (1966) e Mogadiscio (1970), così come la facoltà di Medicina (1973) dell’Università Nazionale Somala della capitale, sono stati motori trainanti di una generazione di medici e infermieri formatisi localmente pur con il forte sostegno di donatori stranieri (la Cooperazione Italiana, Finlandese, Americana, tra gli altri) oltre ad opportunità formative all’estero (Italia, Inghilterra, Russia, in particolare). Durante il regime di Siyad Barre, successivamente alla Dichiarazione di Alma Ata (1978), il governo formulò una serie di linee generali per la strutturazione di un sistema sanitario basato sull’assistenza sanitaria di base, con le unità decentrate “Primary Health Care Unit” al cuore dell’intero sistema. L’introduzione di questo sistema, promosso dalla conferenza a livello internazionale sotto lo slogan “*Salute per tutti entro il 2000*”, accelerò “l’immediato avvio dei programmi finanziati dagli Stati Uniti, sin dal 1981” (Guerra, 1992, p.101). Tra gli anni ’70 e ’80, nonostante le retoriche e alcuni concreti sforzi del governo rivoluzionario, in molte zone del paese però le strutture sanitarie collassarono o non furono in grado di fornire servizi preventivi e clinici minimi, già prima dello scoppio della guerra (Qayad., 2007, p.191). Gli indicatori socio-sanitari del paese, ove quantificati e inclusi nelle statistiche internazionali, erano e sono tra i peggiori al mondo (WHO-EMRO, 2006).

Dati ufficiali disponibili relativi al periodo del governo militare indicano che l’investimento governativo nella spesa sanitaria scende dal 4-5% degli anni ’70 sino al 2% della seconda metà degli anni ’80. Questo progressivo declino, che raggiungerà



quota “0” dopo lo scoppio della guerra, unito alla maggiore concentrazione di servizi sanitari intorno alla capitale, fa sì che ad inizio degli anni '90 si stimasse in circa l'80% la popolazione somala senza accesso a servizi sanitari (ibid., p.34). Successivamente alla guerra la disponibilità di servizi sanitari e la possibilità di accesso varia enormemente a seconda dell'area e del periodo specifico anche nella stessa area di riferimento tanto che è impossibile, ed esula da questo lavoro, il tracciarne una composita geografia. Un tratto caratteristico comune è l'assenza di politiche sanitarie o la scarsa regolamentazione dei servizi sanitari, la carenza di personale sanitario con formazione formale, il bassissimo livello di accesso a servizi sanitari tra la popolazione, soprattutto rurale, e lo scarso investimento governativo in interventi sanitari (Capobianco et al., 2011; Capobianco et al., 2008). Il grosso dei budget governativi in tutte le aree somale è speso per la sicurezza, ad esempio nel 2004 è riportato essere il 70% del totale in Somaliland (Montia, 2004) e il 75% in Puntland, qui includendo anche le spese burocratiche della politica (PDRC, 2004).

Se in Somaliland nel 2010 il “budget governativo per la sanità è di soli 750.000\$” (Syed Sheriff et al., 2011,p.90), in Puntland i settori “sanitario, educazione e acqua assieme ricevono meno del 5% del budget governativo” (Puntland Development Research Center , 2004, p.12), mentre nella Somalia del centro-sud si stima che la “proporzione del budget sanitario di governo rispetto al PIL (prodotto interno lordo) è pari allo 0% e molte delle attività sanitarie sono gestite da istituzioni pubblico-private o attraverso finanziamenti individuali diretti” (WHO-Somalia, 2009, p.9). Le stime della spesa governativa per la sanità sono abissalmente inferiori rispetto al valore degli aiuti internazionali. Dati della Banca mondiale (Capobianco, 2009) indicano che gli aiuti internazionali per interventi sanitari sono aumentati da 23.000.000\$ nel 2000 a 103.000.000\$ nel 2009. Nel periodo 2007-2009 gli aiuti internazionali “sono stati mediamente di 100.000.000\$ l'anno” mentre nello stesso triennio “il budget governativo del Somaliland per la sanità era in media di 1.000.000\$ “, quello del “Puntland era mediamente di 300.000\$ all'anno”, e nessuna stima è possibile per il centro-sud del paese (ibid., p.33) Un'altra stima ufficiale relativa all'anno 2000, indica nel 2,9% e 2,5% rispettivamente la spesa governativa dedicata alla sanità da Somaliland e Puntland. In entrambi i casi la spesa è principalmente destinata ai salari (WHO-EMRO,2006, p. 51). I dati sono spesso incompleti e carenti e vanno dunque letti con cautela e contestualizzati. Non v'è dubbio che, al di là dei decimali, questi testimonino una situazione di scarso investimento che è ampiamente riconosciuta.

Nel 1989 il 95% del budget del Ministero della Sanità (in tutto il 2% del budget governativo) era finanziato da donatori internazionali (WHO-EMRO,2006,p. 44), mentre nel triennio 2007-2009, stando alle stime riportate in nota 47, si evince che il contributo esterno equivale mediamente al 98,5%.

Del totale dei finanziamenti al settore sanitario, governativi o esterni che siano, lo 0% è destinato ad interventi di salute mentale: “è importante notare che non è stato possibile rintracciare praticamente nessun finanziamento per *non-communicable disease*” (Capobianco, 2011,p.35). Se questo è in parte dovuto ai forti investimenti sui *communicable disease* che hanno una prevalenza molto alta nel contesto somalo, “è difficile ignorare problemi di salute mentale e disabilità in un paese colpito da quasi vent’anni di guerra” (ibid., p.35), dove la diffusione di forme di sofferenza mentale è un problema molto sentito dalla popolazione in un contesto in cui, secondo stime dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, “*la prevalenza di disturbi di salute mentale è la più alta rispetto ad altri contesti a basso reddito e devastati dalla guerra*” (WHO, 2010, p.8). Nonostante le critiche che abbiamo mosso nel Capitolo 1 rispetto alle valutazioni epidemiologiche proposte da WHO, ciò non toglie che, pur in assenza di dati effettivi, sia opinione diffusa e pressoché unanimemente riconosciuto tanto da somali residenti in Somalia quanto dagli operatori umanitari e ricercatori, che la prevalenza di disturbi di salute mentale nel paese sia drammaticamente alta. La Somalia appare un’anomalia nel panorama internazionale anche per via dei limitati investimenti sulla salute mentale, se confrontata con altri contesti in conflitto o post-conflitto.

Prima di analizzare il tema specifico della salute mentale è importante fare alcune precisazioni rispetto alle politiche sanitarie pubbliche. Negli ultimi anni, infatti, si è registrato un crescente interesse verso la riorganizzazione strutturale dei sistemi sanitari e la razionalizzazione dei finanziamenti al settore che, come abbiamo visto, sono quasi esclusivamente esterni. I motori trainanti di questo percorso sono principalmente le agenzie delle Nazioni Unite, alcuni grandi donatori e le organizzazioni non governative internazionali e locali. A detta degli operatori che vi lavorano i rappresentanti dei Ministeri della Sanità delle varie regioni partecipano spesso a tali tavoli di lavoro con modalità secche e pragmatiche, discutendo animatamente alcuni dei contenuti proposti dai gruppi di lavoro, richiedendo modifiche, oppure limitandosi a porre dei divieti e ad approvare o non approvare quanto i tavoli di lavoro producono. In tema di ottimizzazione, in estrema sintesi, la percezione è che, dalla prospettiva dei donatori questo lavoro dovrebbe servire a rendere il sistema più efficace ed efficiente, a veicolare

meglio le risorse, a rendere più autonomi gli attori governativi (pur dipendenti quasi in toto dagli input monetari dei donatori). Dalla prospettiva delle autorità locali, invece, questo dovrebbe servire ad avere un maggiore controllo delle risorse in entrata e alla loro distribuzione interna (settori, salari) e alla ricaduta sulla popolazione. Recentemente, in Puntland e Somaliland soprattutto, la situazione sembra essere mutata con i relativi governi impegnati a sviluppare strategie e politiche proprie (WHO-EMRO, 2006, p.46). Non esiste uniformità di vedute né tantomeno di orientamento tra gli attori governativi locali e i donatori internazionali, per cui è tipico del contesto che agenzie importanti, che pur siedono agli stessi tavoli di coordinamento<sup>105</sup> operino di fatto in autonomia, con scarsa comunicazione, assecondando le necessità di linee di finanziamento che possono emergere. La *frammentazione*, sia dal lato dei donatori e delle agenzie internazionali sia dal lato delle autorità sanitarie locali, è l'aggettivo che meglio di altri caratterizza i tentativi di coordinamento che del 1993 si susseguono.

Per citare un episodio molto recente, il 28 Aprile 2011 mi trovavo ad Hargeisa (Somaliland) in visita all'ospedale Generale e in particolare al reparto di salute mentale. Assieme a due rappresentanti dell'ONG G.R.T. che aveva da poco iniziato un progetto di salute mentale nell'area, incontro il direttore dell'ospedale. Cercando di capire chi stava facendo cosa o aveva in programma di fare cosa, a un certo punto questi cita di avere sul tavolo un piano dell'organizzazione non governativa Medici Senza Frontiere-Spagna per la ristrutturazione dell'ospedale, cui mancava poco per essere approvato. Curiosamente proprio due settimane prima mentre incontravo la referente del settore qualità della Commissione Europea a Nairobi questa mi anticipava che sarebbe *probabilmente* uscita a breve una gara d'appalto per la ristrutturazione dell'ospedale (che nulla ha a che vedere con la proposta di MSF), tramite la commissione europea. Prima di raggiungere Hargeisa da Nairobi mi ero fermato per un breve periodo a Bosaso (Puntland) dove avevo sentito dire che MSF-Spagna era in procinto di chiudere gli uffici ad Hargeisa. Mi sembrò strano dunque che avessero un piano così oneroso come la ristrutturazione dell'intero ospedale, in fase di smantellamento delle attività. In effetti,

---

<sup>105</sup> Nel 1993 durante il "Fourth Coordination Meeting on Humanitarian Assistance for Somalia" in Addis Ababa (Etiopia) viene fondato il "Somalia Aid Coordination Body" (SACB), una piattaforma per il coordinamento dell'aiuto internazionale per la Somalia. Nel 2006 questo venne rinominato "Coordination of International Support to Somalis" (CISS), il cui scarno sito è accessibile a <http://www.coordinate4somalis.info>. Lavora per settori, quello di interesse per la nostra discussione è il "Health Sector Comitee" (HSC) che, come il resto dei settori, include donatori, agenzie delle Nazioni Unite e ONG internazionali/locali. Le riunioni si tengono mensilmente a Nairobi (Kenya) e sono in connessione con incontri simili, sotto la stessa egida, che si svolgono in Somalia nelle 3 regioni principali..

incontrati i referenti di MSF-Spagna ad Hargeisa il e questi confermarono che si esisteva un'idea a riguardo ma che non avevano ricevuto il via libera e che probabilmente avrebbero abbandonato il piano. Successivamente al mio rientro in Italia, il 17 luglio 2011 ricevo un'email dal capo progetto G.R.T. in Hargeisa la quale mi informa che durante una missione di UNOPS nell'ospedale le è stato comunicato che questi avrebbero intenzione di effettuare la ristrutturazione dell'ospedale attraverso dei soldi della Croce Rossa Internazionale - mezza Luna del Qatar. Mi confermò che i funzionari di UNOPS non avevano nessuna cognizione delle altre ipotesi di ristrutturazione, ma la cosa non pareva averli turbato molto tant'è che avrebbero manifestato l'intenzione, comunque, di andare avanti per la loro strada. Nel frattempo il G.R.T., effettuò una piccola riabilitazione di alcune aree del solo reparto di salute mentale dove lavora nel mese di Ottobre 2011. Pochi mesi più tardi THET (il Tropical Health and Education Trust, una charity internazionale con base a Londra.), in connessione diretta sia con il Ministero della Sanità del Somaliland, sia con la Commissione Europea a Nairobi e con altri attori locali tra cui il G.R.T., contatta quest'ultima perché avrebbe la disponibilità di una piccola cifra da destinare al rinnovamento dei locali del reparto di salute mentale. Per la cronaca nessuna delle grandi ristrutturazioni ha avuto luogo sino a oggi (dicembre 2011), fatta eccezione per i piccoli lavori condotti da G.R.T.

In questo contesto di formale e, spesso poco sostanziale, coordinamento durante un workshop tenutosi a Nairobi nel Settembre 2007 UNICEF (United Nations Funds for Children) e EC (European Commission) iniziano un nuovo programma di sviluppo del settore sanitario e facendosi promotori del coordinamento degli attori internazionali e locali per la definizione di formali “standard per la formazione, il reclutamento [del personale sanitario], *la definizione dei costi, medicinali e strutture*” (Pearson et al., 2009, p.8) . Questa prospettiva porta alla produzione di una decina di report operativi raggruppati sotto il nome di “*Essential Package of Health Services*” (EPHS). Tali rapporti spaziano dalla gestione delle risorse umane inclusi tentativi di definizione di livelli remunerativi, alla formazione delle stesse, dalle linee guida per la gestione delle strutture ospedaliere all'articolazione dei livelli dei servizi sanitari e della tipologia di servizi auspicabilmente offerti. Si tratta dunque di manuali operativi pensati per essere di utilizzo e guida per gli attori coinvolti, per definire standard di cura, ad ogni livello dei servizi sanitari (“primary health units, health centres, referral health centres, and hospitals”), che permettano di raggiungere i bisogni di base della popolazione ci tutte le

età. Per via della frammentazione e specificità del contesto l'EPHS "somalo" si differenzia da altri "essential" o "basic package(s)" sviluppati in altri contesti instabili (tra cui Sud Sudan, Afghanistan, Liberia, Repubblica Democratica del Congo), innanzitutto per il fatto che questi ultimi furono sviluppati subito la fine della guerra con l'intento di assistere riforme nazionali sanitarie globali e la ricostruzione delle infrastrutture sanitarie. Questo, abbiamo visto, è impraticabile nel contesto Somalo in maniera organica o diffusa e la scelta è stata orientata verso il "*garantire qualità e il miglioramento della gestione in specifiche strutture sanitarie*" (AA.VV., 2009, p. 15). Il programma si articolerebbe in 10 specifici programmi sanitari, di cui 6 sono definiti "programmi chiave"<sup>106</sup> e sono distribuiti a tutti e 4 i livelli di fornitura di servizi sopra citati. Il livello sanitario madre-bambino e suoi correlati sono al centro dell'intero programma. La salute mentale rientra nei 4 "programmi addizionali"<sup>107</sup> che sono implementati nei "referral health centers" o negli ospedali, ovvero dove esiste una struttura specializzata.

In assenza di formazione specifica e di professionalità riconosciute in ambito medico-sanitario il ruolo principale per l'implementazione di attività di salute mentale è assegnato, nelle poche note relative ad essa, alla figura dell'infermiere che, dopo un periodo di formazione specifica di 3 mesi potrebbe diventare infermiere psichiatrico (Pearson et al., 2009, pp.43). Negli ospedali principali il ruolo dell'infermiere psichiatrico e dello psichiatra si aggiungerebbero a quello, in generale, dell'"operatore sociale" e a quello degli "operatori sanitari di comunità" che dovrebbero essere formati (nelle migliori delle ipotesi di funzionamento di tale sistema) per svolgere "funzioni di supporto psicosociale", in particolare per le "vittime di violenza e trauma" (ibid., p.11 e p.37).

La salute mentale è dunque citata ma riveste un ruolo marginale, non rientra tra le priorità, così come non particolarmente sviluppati risultano i riferimenti all'implementazione di eventuali servizi, visto che nel testo vengono sommariamente riportate esperienze già effettuate in passato. Ad esempio sono citati 3 mesi di formazione per gli infermieri, modello che fa riferimento ad un'esperienza formativa intrapresa per la prima volta nell'ospedale di Bosaso nel 2004. WHO aveva organizzato

---

<sup>106</sup> Questi sono (i) salute riproduttiva, materna e neonatale, (ii) salute del bambino, (iii) sorveglianza e controllo di "communicable disease", inclusa promozione sanitaria base, (iv) primo soccorso e cura di gravi malattie da ferita, (v) trattamento di malattie comuni, (vi) HIV, malattie sessualmente trasmissibili tubercolosi.

<sup>107</sup> (vii) gestione malattie croniche, cura anziani e cure palliative, (viii) salute mentale e disabilità mentale, (ix) salute odontoiatrica, (x) oculistica.

un training base di salute mentale intensivo di tre mesi che è stato realizzato in parte all'interno dell'allora neonato reparto di salute mentale dell'ospedale costruito da GRT che ha facilitato la parte pratica di formazione e il lavoro diretto con i pazienti. Il testo cita proprio la sinergia tra GRT e WHO (Pearson et al., 2009, p.50) come possibile modello d'intervento. Da un punto di vista esclusivamente formativo conosciamo personalmente la "bontà" di tale approccio (fermo restando che siamo dentro il contenitore della psichiatria occidentale con un approccio sociale e comunitario dall'eco *basagliano*). Sappiamo anche che la scelta di tale approccio nel testo è fatta più come catalogazione dell'esistente (interviste ad operatori sul campo) piuttosto che come esercizio critico. Alla salute mentale d'altronde non è dedicato un grande spazio nel rapporto essendo non riferibile agli interventi prioritari e anche, crediamo, per mancanza di competenza specifiche dei redattori.

Per quanto riguarda il settore dunque, le scarse indicazioni presenti non forniscono indicazioni o prospettive verso le quali costruire un servizio specifico e non vincolano in alcun modo. D'altronde anche il resto delle articolate linee di riferimento del sistema sanitario base non ha alcunché di vincolante o di strutturale, così almeno non lo è stato sino ad ora, nonostante importanti (ma non strutturali) siano i fondi che i donatori esterni immettono nel sistema. Come riportato ad inizio di ciascun rapporto che compone l'EPHS, le autorità sanitarie delle tre principali regioni hanno "approvato in principio" i testi proposti, che sono invece ufficialmente adottati da HSC. Solo in alcuni casi questi rapporti sono invece ufficialmente "sostenuti" dalle autorità locali, in particolare da quelle del Somaliland. Ci ripeteremo, ma occorre sottolineare che questo testo uscito tra il 2009 e 2010, non ha mai assunto rilievo strutturale o vincolante anche se nell'implementazione di attività sanitarie alcune organizzazioni non governative e autorità sanitarie locali cercano di seguirne le indicazioni. Nel maggio 2011, sia alcune autorità sanitarie in Somaliland che referenti della Commissione Europea mi spiegavano che una revisione era stata chiesta dalle autorità e che sarebbe stata dunque necessaria<sup>108</sup>.

Esulando da giudizi di valore dello strumento "EPHS" in sé, non va sottovalutato il fatto che in un paese colpito da venti anni di guerra con istituzioni deboli, ove esistenti, la regolamentazione di un settore lucrativo e indispensabile come quello sanitario è uno sforzo estremamente difficile. E' una prassi consolidata in tutto il territorio somalo che

---

<sup>108</sup> Va ricordato, tra l'altro, che l' "sostegno" era stato garantito dal precedente governo del Somaliland mentre le elezioni politiche del 26 Giugno 2010, hanno sancito la vittoria del partito Kulmiye e il conseguente cambio di governo.

persone senza qualifica reale aprano cliniche mediche o vendano farmaci e dispensino consigli senza alcuna competenza. Lo stesso dicasi per il campo occupato da guaritori tradizionali e Coranici per cui sempre più spesso mi viene riferito di “impostori”, a volte con formazione “estera” così come avviene per la medicina formale occidentale. Parallelamente va ricordato che il settore privato ha conosciuto una fortissima espansione negli ultimi quindi anni. Stime relative all’anno 1997 dicono che “ il 90% di tutto il sistema di cura era fornito dal settore privato, e fino al 75% della popolazione in alcune aree utilizzava strutture private (WHO-EMRO,2006,p.51). Questo è naturalmente facilitato dall’assenza di strutture pubbliche, dalla loro cattiva gestione, dal sotto-finanziamento, dalla mancanza di sostegno da parte delle amministrazioni locali oltre che alla mancanza di personale qualificato. Meccanismi di auto-sostentamento delle strutture pubbliche ma soprattutto private (alcune delle quali fanno pagare molto caro i loro servizi, constatando che chi ha i soldi per pagare è disposto a farlo pur di avere un servizio che appaia professionale) e sistemi misti pubblico-privati sono ampiamente diffusi. Il dibattito, anche tra gli operatori umanitari che lavorano nel settore, è ben consapevole dei limiti ma anche delle opportunità del settore privato in un contesto con scarsa presenza governativa e con scarsa o nulla regolamentazione. I confini tra lo spazio pubblico e quello privato sono quanto meno di problematica definizione, compenetrandosi e sostituendosi l’un l’altro in maniera assai dinamica, al di fuori da paradigmi standard. A livello legislativo, solo per citare un esempio, sia la Costituzione del Puntland (articolo 21, comma 3) sia quella del Somaliland (articolo 17, comma2) prevedono espressamente la promozione ed incoraggiamento di istituzioni sanitarie private. Analizziamo di seguito le specifiche politiche sanitarie in salute mentale nei tre principali contesti regionali somali.

### **2.2.1 Centro-Sud Somalia<sup>109</sup>**

La Somalia del Centro-Sud risente in modo particolare dell’instabilità e della guerra ivi localizzata dal 1991 e dall’intensificarsi del conflitto dal 2006 in avanti. Il controllo del territorio dell’attuale Governo Federale di Transizione si è drasticamente ridotto dal

---

<sup>109</sup> Ci riferiamo qui delle aree del Centro Sud sotto il controllo formale del Governo Federale di Transizione sino alla fine del suo mandato nel 2012. Salvo qualche eccezione, queste aree cambiano in continuazione, anche nel momento in cui scriviamo, ed è evidente che il potere esercitato dal governo su questi territori è alquanto problematico.

2009 in poi, consistendo attualmente in una parte della capitale Mogadiscio e altri territori che insieme, probabilmente, non raggiungono il 20% del territorio del centro-sud somalo. Quant'anche fossero presenti dunque, parlare di politiche sanitarie in tale contesto, pare un esercizio improbabile, se consideriamo l'impatto che queste hanno nel governo delle persone. L'unico atto ufficiale è stato, nel 2007, la nomina di un "focal point" per la salute mentale responsabile per "la pianificazione e fornitura di servizi di salute mentale" (WHO-Somalia,2009, p.10). Questi, con le indicazioni e sostegno di WHO, ha promosso un "Mental Health Care Act" approvato dal Ministero della Sanità nello stesso anno (WHO,2010). L'atto dovrebbe indicare i principi generali attorno ai quali sviluppare il settore nel paese, garantire l'accesso a servizi di salute mentale, anche in zone rurali, tutelare i diritti delle persone con problemi di salute mentale e loro parenti e tutori, gestire l'accreditamento di strutture e professionisti (ibid., p. 28). Va da sé che nulla di tutto ciò ha un alcunché di strutturale, di realistica applicazione, di vincolante e il peso di un tale documento nel panorama politico attuale è inesistente, fatto salvo per il lavoro del *focal point* stesso. Infatti pur essendo promotore di questi processi, è lo stesso WHO a ricordare che:

Mogadiscio e il Centro-Sud Somalia non hanno politiche di salute mentale. Un piano strategico di salute mentale e un piano di preparazione a emergenza/disastro per la salute mentale è altresì assente. La guerra civile ha causato il collasso di tutte le istituzioni pubbliche/private.(...) Poche ONG internazionali e agenzie delle Nazioni Unite lavorano nello sviluppo del settore nel paese (WHO-Somalia, 2009. p.5)

L'intervento più strutturale, se così si può chiamare, è l'investimento che WHO effettua in alcune zone del centro-sud, attraverso il focal-point. E' in pratica intorno alla figura di questi, alla sua caparbietà, impegno e, per molti, stravaganza che questi atti formali sono resi possibili e che WHO investe, pur con fondi limitatissimi, sulla sua persona come tramite per la realizzazione di minimi interventi di salute mentale. In particolare attraverso l'implementazione di due fasi dei cosiddetti progetti "Chain-free initiatives", della durata di sei mesi ciascuno per la realizzazione di luoghi (ed un approccio) di cura della salute mentale che siano liberi dall'uso delle catene. A Mogadiscio e Jalalaqsi il "Dottor" Abdirahman Ali Awale (soprannominato Habeb) ha costruito il "Habeb Public Mental Hospital" (2005) e "Habeb Rehabilitation Treatment Center" (2006) di Mogadiscio e il "Habeb Mental Hospital" (2009) di Jalalaqsi. Al di là dei nomi utilizzati ("public mental health", "focal point") si tratta di interventi privati



sui quali Habeb ha investito personalmente oltre a ricevere donazioni dalla Diaspora somala, qualche fondo e donazioni di medicine da WHO e da altre organizzazioni internazionali. Non ci soffermeremo ora nelle implicazioni di tale percorso, di cui conosciamo bene gli attori principali dal 2004 in avanti, ma che ha a che fare con un territorio in cui è stato impossibile accedere in questi anni per motivi di sicurezza. Sottolineiamo che nell'attuale contesto di instabilità, il lavoro che l'infermiere Habeb conduce è senz'altro encomiabile e ben rappresenta gli esiti di una congiuntura storica tra interessi ed opportunità in un contesto precario. In quanto referente designato sul territorio, Habeb, diventa l'interlocutore ufficiale, e può giocare questo "potere" socialmente. WHO ottiene un canale ufficiale attraverso cui veicolare fondi e interventi di sostegno mentre il governo mantiene un potenziale canale aperto con eventuali donatori e può mostrare, al di là degli esiti concreti per le persone con disturbi mentali, di avere una sensibilità al tema che può pur sempre essere foriero di futuri investimenti.

L'attivazione di una figura di raccordo sul tema della salute mentale "approvata" ufficialmente dal governo, oltre ai benefici che porta agli attori in campo, è un'indicazione di una direzione percorribile in futuro.

### **2.2.2 Puntland**

Come abbiamo ricordato in precedenza il sotto-finanziamento del settore sanitario da parte dei vari governi succedutisi in Puntland è una costante. Nel governo, almeno dal 2001, è presente un Ministero della Sanità che ha quadro sanitario strategico-politico (WHO-EMRO, 2006, p. 9). Fonti governative sottolineano però che il ruolo del Ministero della Sanità sia:

limitato principalmente al coordinamento delle attività delle ONG internazionali così come di quelle locali che supportano i servizi sanitari e le responsabilità che erano precedentemente gestite dal Ministero della Sanità nel periodo pre-guerra ( Ministry of Planning and Statistics, 2003, p.56 ).

Non esiste e non sono adottate ufficialmente delle politiche in tema di salute mentale, così come non risulta nulla che abbia a che fare con la salute mentale nei capitoli di spesa del ministero.

Sino al 2003 non esistevano dipartimenti di salute mentale o altre strutture

“pubbliche” di questo tipo per cui anche indirettamente non risultano fondi destinati a questo tipo di attività o a personale specificamente dedicato ad esso. Il primo reparto di salute mentale del Puntland viene costruito nell’ospedale generale di Bosaso dall’ONG G.R.T. con fondi misti del Governo Italiano e della Commissione Europea. Durante la presenza del progetto gestito da GRT il reparto e servizi (stipendi personale medico, guardie, elettricità e costi vivi, manutenzione, farmaci, attività nella comunità) sono tutti a carico dell’organizzazione. Verso la fine del progetto l’Ospedale inizia a pagare una quota di salario (circa il 20%) agli infermieri e al medico. Successivamente alla fine del progetto, attraverso altri fondi e diversi donatori, GRT continua a sostenere le attività del reparto, pur senza personale straniero coinvolto, almeno sino al 2008. In questo periodo (2005-2008) l’ospedale copre parte dei costi (guardie, costi vivi, parzialmente i salari) e l’organizzazione copre il resto. Dal 2008 al 2011, anno in cui un nuovo intervento di sostegno alle attività di Salute Mentale sarà finanziato dalla Commissione Europea a GRT, l’ospedale, assieme ai contributi di businessmen locali, sostiene completamente le attività che proseguono senza interruzione pur a regime ridotto.

### ***L’Ospedale Generale di Bosaso. L’intangibilità del pubblico, nel migliore esempio di ospedale pubblico***

La gestione finanziaria dell’ospedale di Bosaso è riconosciuta essere la meglio funzionante tra tutti gli ospedali generali presenti nel conteso Somalo (Operti et al., 2010, p.19). In parte grazie alla leadership forte del direttore Dr. Abdullahi Saeed Aw Muse, medico somalo rientrato dalla Finlandia, in parte dovuto alla concorrenza con servizi sanitari privati di buon livello per lo standard somalo e anche grazie alla cooperazione strategica con il Ministero della Sanità Egiziana, recentemente con investimenti dal governo del Qatar, oltre che donazioni dalla Diaposra somala in particolare australiana e, in misura minore, il supporto delle organizzazioni non governative. Il contributo del Ministero della Sanità è non pervenuto. Questo non significa che sia assente, perché un contributo dal Ministero è presente (i salari degli infermieri e medici sono parzialmente coperti dal ministero) seppur di difficile quantificazione dai dati ufficiali, forse anche perché tende ad essere mascherato dall’amministrazione dell’ospedale. Il 62% dei fondi che entrano nei bilanci dell’ospedale è costituito da introiti della fornitura di servizi medici, ovvero dai costi delle visite, esami di laboratorio e farmacia. Le tariffe delle visite sono basse rispetto ai

prezzi degli altri servizi sanitari della città, ovvero sono da “servizio pubblico” pur non essendo gratuite, fatto salvo per alcuni servizi di più alto costo interni all’ospedale che permettono un introito maggiore. Ad esempio da pochi anni è inaugurata una piccola sezione (una casetta) all’interno dell’ospedale, inizialmente costruita con fondi di una banca locale, la Dahabshiil, che funziona da “inpatient department”. Questa struttura ospita i degenti della medicina generale dell’ospedale in un ambiente molto più confortevole di quello del reparto “classico” dell’ospedale, ovvero stanze singole, aria condizionata per citare due esempi. Il costo della degenza per notte, all’epoca dell’apertura di tale reparto, era di 20\$ mentre quello nel reparto standard andava dal gratuito (in alcuni casi di necessità) sino a 2-4\$ per notte.

L’ospedale di Bosaso è l’ospedale pubblico della città, è sotto l’egida del ministero della Sanità ma è, nei fatti, anche qualcosa di diverso. E’ l’unico dove la gestione dello staff (ovvero la selezione e il mantenimento) non è esclusivamente ad appannaggio del Ministero e dove la gestione generale dell’ospedale non sia in mano ad un consiglio direttivo in cui il Ministero ha il peso maggiore rispetto agli altri interlocutori. Quando il nuovo Ministro della Salute aveva, nel 2007, esautorato l’attuale direttore e messo al suo posto un altro medico interno all’ospedale, questa scelta è durata per pochi mesi. Il peso del direttore è troppo forte e può fare la voce grossa con il Ministero che lo ha in effetti, dopo pochi mesi, reintegrato.

L’esempio dell’Ospedale di Bosaso ci riporta al tema con cui abbiamo chiuso l’analisi delle politiche sanitarie locali in Somalia: il rapporto complesso tra pubblico e privato. In un contesto che vive anni in assenza di stato e dove le istituzioni sono cronicamente deboli, ha senso tale distinzione? Un ospedale è pubblico perché fornisce servizi gratuitamente, perché è direttamente gestito dal Ministero della Sanità, perché garantisce bassi standard qualitativi, perché posso rivendicare di essere accolto e curato? Un ospedale è privato perché non è accessibile a tutti, perché fornisce buon livello di servizi, perché attira professionisti e perché è finanziato da imprese o poteri autonomi che incamerano profitto? La gestione dell’Ospedale di Bosaso dimostra che tutti questi aspetti possono coesistere in uno stesso sistema che non può definirsi né pubblico né privato ma che è alimentato dall’interrelazione tra poteri che, molto pragmaticamente, confliggono o cooperano a seconda della posta in gioco. La nostra analisi, credo, debba orientarsi altrettanto pragmaticamente verso ciò che ha rilevanza per le persone che utilizzano un certo tipo di servizio oppure che non vi hanno accesso, ovvero verso il peso che le politiche hanno nella quotidianità, al di là di distinzioni che,

in concreto, sono irrilevanti. Le modalità con cui le persone si affacciano ai servizi dell'ospedale, e del reparto di salute mentale in particolare, stanno dentro le modalità in cui la struttura è costruita e gestita in relazione e contrasto all'offerta terapeutica che si trova altrove e vincolata al supporto interno che la famiglia può offrire. Vedremo in seguito come le scelte delle famiglie sono segnate da pragmaticità e flessibilità, così come, da una differente prospettiva, lo è la gestione dell'ospedale. In questa capacità plastica, spesso forzata dagli eventi, sta quella resilienza che, quando trova adeguati canali per esprimersi, favorisce le opportunità di sviluppo che i somali hanno dimostrato di sapere massimizzare in molti settori, in assenza formale di governo (Little, 2003). La gestione, e l'esistenza stessa, di una struttura come quella dell'Ospedale di Bosaso segue quelle modalità con cui, attraverso un ventaglio di strategie differenziate e politiche che coinvolgono autorità le più diverse tra loro, le *“comunità locali hanno risposto [all'assenza di governo] per costruire elementi minimi ed essenziali di governance”* (Menkhaus, 1998; p.220).

Nell'ospedale pubblico di Bosaso è dunque stato realizzato il primo reparto di salute mentale del Puntland che negli anni è diventato parte integrante dei servizi ospedalieri (e, per estensione, ministeriali) offerti e che, unico tra i reparti, è tuttora completamente gratuito. Il fatto che sia l'unico reparto che venga meno al meccanismo di auto-sostentamento dell'ospedale, anche nei periodo di assenza di supporto esterno, è dovuto ad una scelta (una politica di salute pubblica?) sostenuta del direttore dell'ospedale.

### ***PASWE. Primi passi verso una politica di salute mentale pubblica?***

Il 7 maggio 2009 viene fondata, con decreto dell'ufficio del Presidente del Puntland, la prima agenzia di welfare che il territorio somalo abbia conosciuto: PASWE (*Puntland Agency of Social Welfare*). Dalla lettera ufficiale di creazione di cui siamo in possesso, si evince che si tratta di un'agenzia *“autonoma, semi-governativa, creata per supportare i gruppi più vulnerabili in Puntland (orfani, sordi, ciechi, mentalmente deboli, anziani senza supporto, bambini di strada e altre persone con problemi fisici)”* che ha il mandato, tra gli altri, di *“sviluppare e promuovere politiche e standard per la protezione e l'assistenza delle persone più vulnerabili”*<sup>110</sup>. La necessità di tale agenzia è

---

<sup>110</sup> *“Creation of Puntland Agency for Social Welfare (PASWE)”*. Lettera dal Capo di Gabinetto-Ufficio del Presidente, Ref. MW/DPS/504/2009, siglata il 10/08/2009.

emersa, secondo le autorità governative, per fare fronte all'aumento di persone vulnerabili e senza protezione nel territorio e al notevole aumento di sfollati interni in arrivo soprattutto dal Centro-Sud della Somalia oltre che da "migranti illegali" dall'Etiopia. Questo scenario è frutto, come si legge nella lettera scritta dal Governo per celebrare i risultati del primo anno di amministrazione del Presidente Farole, alla relativa sicurezza del Puntland rispetto al sud del paese in crisi che offre dunque rifugio e qualche opportunità economica a circa 300.000<sup>111</sup> "migranti economici" includendo anche migranti etiopi che rimangono nell'area prima di provare la traversata dal Golfo di Aden (Puntland Government, 2010).

L'Ufficio dell'agenzia è a Garowe e si occupa principalmente di gestire o trovare fondi localmente e internazionalmente per le proprie attività, oltre a quanto elargito dal governo. Quest'ultimo nel 2009 ha sostenuto economicamente, attraverso PASWE, circa "1.000 orfani e disabili in Puntland con 35\$ mensili" (ibid., p.11). Che i fondi governativi siano parte del budget di governo oppure un misto di donazioni di businessmen locali non è possibile saperlo, in ogni caso l'imprenditoria privata è ben rappresentata all'interno dell'organo direttivo dell'agenzia. Il *Board of directors* di PASWE è "composto da 16 stakeholders, incluso il Ministro della Giustizia, dell'Educazione, della Sanità, 2 rappresentanti di gruppi della società civile, 9 della comunità di businessman e 2 da gruppi religiosi" (ibid., p.11). Questo credo dica molto dell'approccio, molto pragmatico, con cui le istituzioni intendono la gestione e lo sviluppo di settori che si vogliono di utilità pubblica e a gestione "pubblica" con la consapevolezza che servizi che non producono "profitto" hanno bisogno, per essere sostenuti, di un governo forte alle spalle che non esiste. I businessmen possono garantire quella mobilitazione di risorse che le istituzioni non garantiscono (o non primariamente per tale settore) e giocare anche il loro prestigio pubblico verso cui la comunità dimostrare apprezzamento e riconoscimento.

Tra marzo e maggio 2011 ho avuto modo di comunicare ripetutamente via email e telefonicamente con il direttore generale dell'agenzia, l'ingegner Abdishakur M. Gurey, non riuscendo mai ad incontrarlo di persona durante il mio ultimo soggiorno di ricerca per una serie di sfortunate coincidenze. A Bosaso, tra il 10 e il 20 Maggio 2011, ho invece incontrato più volte il segretario locale di PASWE Ahmed e Fatuma Hashi Farah psicologa temporaneamente rientrata da Londra in servizio a Galkayo, oltre a Sultan

---

<sup>111</sup> Secondo UNHCR sono invece circa 139.000 gli sfollati interni in Puntland nel 2010, mentre sono stati 34.614 gli Etiopi che hanno attraversato il Golfo di Aden durante lo stesso anno (questa statistica non include gli Etiopi presenti sul territorio) (UNHCR, 2011).

Moheamd Geelxoor, *oday* e importante businessman locale, membro del *board of directors* di PASWE.

Questa agenzia dallo statuto ambiguo (autonoma ma semi-governativa che svolge alcune funzioni di stampo governativo) non nasce dunque con un indirizzo specifico sulla salute mentale, piuttosto come un contenitore ampio entro cui il tema della vulnerabilità è centrale. Riteniamo però che già nello stesso anno della sua fondazione il direttore abbia iniziato ad interessarsi alla salute mentale, quantomeno ad opportunità che venivano allora offerte da agenzie internazionali. PASWE avanza, infatti, domanda al programma QUEST-MIDA (Qualified Expatriate Somali Technical Support – Migration for Development in Africa)<sup>112</sup> per una psicoterapeuta/counsellor per la durata di un anno. Questa iniziativa promossa da UNDP (United Nations Development Programm) e IOM (International Organization of Migration), nasce con l'intento di supportare lo sviluppo delle istituzioni di governo facilitando il trasferimento di conoscenze ed esperienza di professionisti somali che vivono all'estero. In pratica l'organismo di governo fa domanda, entro un progetto specifico, di una determinata figura professionale. Una volta che l'iter è risolto, pubblicato l'annuncio di lavoro, solitamente della durata di 6 mesi-1 anno, e le agenzie si occupano della selezione e dell'elargizione dello stipendio alla persona scelta. Emergono due figure professionali, entrambe residenti nel Regno Unito, tra le quali verrà scelto di dividere l'incarico originariamente previsto per una sola. Asho R. andrà a lavorare a Garowe nell'ufficio centrale di PASWE (sportello di counselling) e Fatuma H. Farah andrà a lavorare a Galkayo dove, nel dicembre 2010 PASWE aprirà il un centro di salute mentale di cui si parlerà meglio nel capitolo 5. Entrambe lavoreranno dunque per PASWE nel settore della salute mentale con fondi esteri per la durata di 6 mesi (da novembre 2010) e rinnovo per ulteriori 6 mesi.

Oltre a questo, la cosa forse più interessante è che pare venga garantito direttamente dall'ufficio del Presidente del Puntland una somma di circa 1.000\$ al mese “per centri di salute mentale in Puntland”, almeno così mi è riferito sia dal presidente di PASWE, Abdishakur M. Gurey, e dalla consulente dell'organizzazione Fatuma H. Farah, nell'aprile 2011.. Non sembra esserci alcun documento scritto a riguardo e non è stato possibile ottenere informazioni circa quali “centri di salute mentale” effettivamente avessero ottenuto tale contributo governativo né attraverso quali modalità. Dalle informazioni in nostro possesso, frutto di una fitta rete di comunicazioni dirette ed

---

<sup>112</sup> <http://www.quests-mida.org/index.php/home>

indirette e molti *rumors*, pare che nel 2010 due centri abbiano ricevuto tale somma: la struttura di Garowe gestita dall'organizzazione locale Nasrullah e il dipartimento di salute mentale dell'ospedale di Bosaso. Da inizio 2011 il nuovo centro di salute mentale costruito da PASWE a Galkayo pare abbia iniziato a ricevere il contributo. Che questa somma sia ricevuta con continuità non è stato possibile saperlo con certezza così come non è stato possibile verificare l'effettiva destinazione dei fondi e le modalità di utilizzo degli stessi, con l'eccezione di Bosaso. Stupisce, ad esempio, il fatto che a Garowe l'ufficio di Paswe non abbia ricevuto tale somma mentre lo abbia incassato il centro gestito da Nasrullah. Quest'ultimo è una casa dove sono alloggiati circa 30-40 maschi adulti con seri problemi mentali che ricevono cibo e vestiti e vivono in condizioni igienico ambientali discutibili, a quanto viene detto da numerose fonti. Molto di loro sono incatenati e non vi è un vero e proprio intervento terapeutico nei loro confronti. Non è escluso, come avviene in pressoché tutte le strutture private di tale sorta che abbiamo visitato, che i parenti delle persone ivi trattenute paghino a loro volta una somma agli operatori dell'organizzazione.

E' interessante notare che questo sostegno alle attività di salute mentale giunga ad una struttura ospedaliera pubblica (Bosaso) ad un centro privato di solo contenimento (Garowe) ad un centro con prospettive terapeutiche, esterno a strutture ospedaliere, gestito dalla'agenzia di welfare del governo (Galkayo). Strutture molto diverse sia per finalità sia per modalità di gestione e approccio alla salute delle persone con forte sofferenza mentale.

Rapporti personali, capacità di negoziazione, bilanciamento delle risorse sono elementi che entrano in gioco nel disborso di tali somme. Se è vero che PASWE è un'agenzia del governo (seppur semi-governativa e autonoma) i cui risultati sono pubblicizzati nei documenti ufficiali dello stesso è altresì vero che il direttore generale spende la maggior parte del suo tempo a cercare fondi per le attività, che a volte paiono più "proprie" attività piuttosto che attività "pubbliche". L'intraprendenza del direttore può essere facilmente riscontrabile in simili atteggiamenti di responsabili di piccole attività imprenditoriali nel settore privato, tanto che anche il modo con cui questi parla delle autorità è altamente ambiguo ponendosi spesso in contrapposizione con esse, rivendicando il proprio ruolo indipendente e l'essersi costruito da solo, per cui l'agenzia pare a volte essere lo strumento per la propria affermazione pubblica. Il terreno su cui è costruito il centro è privato e non è inverosimile che nel momento in cui l'esperienza di PASWE dovesse per qualsiasi ordine di motivi terminare la struttura potrebbe

continuare ad esistere senza troppi scossoni come centro privato. Il conflitto aperto tra PASWE e il Ministero della Sanità amplifica e rende più complesso questo quadro. Attività, come quelle legate alla salute mentale, che tipicamente sono sotto l'egida del ministero (e che come tali sono sempre state nel contesto), qua invece si spostano sotto l'egida di un'agenzia governativa che nulla a che fare con il ministero stesso. Non è un caso che recentemente, nel momento dell'assegnazione a GRT del "line minister", ovvero il ministero di riferimento, da parte del Ministero della pianificazione e cooperazione internazionale, i tempi si siano dilatati a dismisura e l'organizzazione abbia aspettato la lettera ufficiale che è arrivata dopo mesi di contatti e negoziazioni tra l'Ospedale di Bosaso, PASWE, il Ministero della Sanità. Se, ad un primo sguardo, si può pensare che ci sia in gioco la possibilità di accedere a fondi che l'ong può mettere a disposizione (come spesso capita in questo settore in Somalia come altrove) va però detto che in questo caso non sono previsti dal progetto "fondi" diretti o indiretti a sostegno dell'eventuale *line minister* e che questo fatto fosse palese, sia per la storia dell'organizzazione sul territorio, sia perché riunioni in cui il budget di progetto è stato presentato ufficialmente erano state condotte prima dell'approvazione del'inizio delle attività. Se pure il Ministero della Sanità pareva essere il meno interessato alla cosa, era pure scontato che tale progetto andasse sotto il suo ufficio. Per risolvere l'impasse alla fine è stata trovata una soluzione per cui nella lettera ufficiale viene indicato il ministero dalla Sanità come referente per le "attività di salute mentale condotte nel/dal dipartimento di salute mentale dell'ospedale di Bosaso", lasciando così, ipoteticamente aperta e ambigua la responsabilità per tutta quella parte di attività condotte direttamente nelle case oppure a livello governativo. La grande pressione che PASWE compie per avere riconosciute tutte le attività che gravitano intorno alla salute mentale è anche parte di un processo di riconoscimento dell'organismo stesso che non è equiparabile ad un ministero e deve sgomitare per avere riconosciuti contributi economici così come un suo ruolo, mancando anche di esperienza tecnica o continuata in settori che sono del tutto nuovi (il fatto che il direttore sia un "ingegnere" senza alcuna esperienza nel "sociale" la dice lunga).

Un altro elemento che ci fa capire l'estrema complessità dei rapporti di forza in gioco e la fluidità con cui gli attori si muovono nel terreno del reciproco riconoscimento pubblico ha a che fare con la donazione governativa di 1.000\$ che è elargita al reparto di salute mentale dell'ospedale di Bosaso.

Quando ci giunge all'orecchio di questo tipo di sostegno messo a disposizione dal



presidente rimaniamo abbastanza stupiti perché, pur avendo contatti molto stretti con figure chiave all'interno del reparto di salute mentale e dell'ospedale in generale, non ne eravamo a conoscenza. Il lavoro che abbiamo intrapreso per ottenere qualche elemento aggiuntivo è durato parecchio tempo e costò in numerosi incontri, telefonate, email nell'arco di qualche mese. Come abbiamo detto ad inizio capitolo GRT ha costruito il reparto e ne ha sostenuto interamente i costi tra il 2003 e il 2005. poi parzialmente sino al 2008. Nel 2009 pare che il reparto abbia funzionato, a regime ridotto, con soli fondi di auto-recupero dell'ospedale. Nel 2010 invece oltre ai fondi dell'ospedale un contributo aggiuntivo è pervenuto mensilmente a copertura parziale del salario di due infermieri, delle guardie e del personale di pulizia.

La domanda è: questi fondi aggiuntivi sono quelli destinati ai servizi di salute mentale dal Presidente del Puntland? La risposta è “sì” e “no”. Vediamo perché.

A sentire il direttore dell'Ospedale né PASWE, tantomeno il Ministero della Sanità, né il Presidente del Puntland hanno contribuito. Questi dichiara infatti che il reparto, in assenza di donazioni internazionali, è stato sostenuto esclusivamente grazie al sistema di recupero costi dell'ospedale e ad attività di *fund-raising* tra la comunità di businessmen locali. Tra questi, figura anche il contributo che arriva tramite l'associazione HOSDO (*Horn of Africa Social Development Organization*).

Abbiamo avuto modo di incontrare il presidente di tale associazione, il “Sultano” Mohamed Geelxor. Questi ha confermato che *loro* hanno sostenuto direttamente il reparto, pagando le spese sopra elencate oltre a sporadiche forniture di cibo. Durante l'incontro avuto il 14 Aprile 2011 ci ha fatto vedere la lettera di accordo tra la sua organizzazione e l'ospedale di Bosaso in cui si definisce tale contribuzione. La persona in questione è un filantropo e sostiene anche economicamente, non a caso, un orfanotrofio in città. Infatti Mohamed Geelxor è contemporaneamente membro del *board of directors* di PASWE, ovvero uno dei 16 rappresentanti della cosiddetta businessman community. Non a caso, dunque, essendoci proprio al primo punto dell'intervento di PASWE il sostegno agli orfani ed essendo questa, in effetti, l'attività più concreta realizzata l'unica a dire il vero, che viene indicata espressamente nella lettera del governo del Puntland ad un anno dall'insediamento.

I soldi che HOSDO mette a disposizione del reparto sono sì di provenienza del governo ma ci viene fatto notare che il Sultano mette i soldi lui direttamente se questi non arrivano dalle fonti istituzionali e che inoltre fanno molte altre donazioni non previste da tale accordo come cibo oppure attraverso il lavoro di volontari che

l'associazione mette a disposizione e che contribuiscono alle attività in maniera estemporanea. Da ultimo va detto che il totale della somma indicata nell'accordo con l'ospedale che ci mostra, non arriva a 1.000\$. Il che potrebbe voler dire che non è vero che l'ufficio del presidente mette a disposizione 1.000 \$ oppure che solo una parte di questi vengono effettivamente investiti nella reparto direttamente e la restante cifra viene usata per altre attività dell'associazione o per coprire le spese dei "volontari".

Venendo al terzo attore di questo intricato piano d'investimenti, PASWE, lo scenario cambia ancora. Sia parlando con il direttore generale, sia con il segretario di Bosaso, emerge il fatto che PASWE sia l'agenzia che sostiene direttamente il reparto di salute mentale. Secondo il primo, Abdishakur Gurey, è grazie alla sua pressione, alla sua lobby direttamente con il presidente Farole che è stato possibile ottenere tale somma elargita alle strutture del Puntland. E' dunque PASWE direttamente, non HOSDO, che fornisce tale somma o, comunque, HOSDO è parte delle associazioni locali satelliti che gravitano sotto la sfera d'influenza di PASWE, e il suo direttore è membro del *board of directors* di PASWE dunque, sempre secondo il Gurey, questo è il motivo per cui i soldi transitano da HOSDO. Cercando di chiarire quest'aspetto con il Sultano Geelxor, questi ammiccando fa notare che la sua associazione esiste ben prima di PASWE e che loro sono affidabili e indipendenti e che hanno garantito i fondi anche in assenza di contributo governativo.

Quando il 10 Aprile 2011 siamo in ospedale ad incontrare il direttore assieme alla capo progetto GRT e al segretario di PASWE, appena entriamo, il primo all'udire il nome dell'agenzia si guarda intorno teatralmente intorno mimando il gesto di chi non l'ha mai sentita nominare (cosa non vera, ma stava evidentemente recitando una parte che tendeva a sminuire il loro ruolo) e poco dopo, inalberandosi, arriva ad invitare il segretario di PASWE a lasciare l'incontro in quanto persona non gradita. Dopo un po' d'imbarazzo tutti i partecipanti lasciano la stanza. La presenza del segretario di PASWE era stata "imposta" a tale riunione dal direttore di PASWE stessa per evitare il rischio che GRT facesse accordi con l'ospedale senza di loro, probabilmente. Incontrerò il direttore il giorno dopo il quale mi spiegherà che "on vuole neppure sentire parlare di quell'agenzia" e che loro non hanno mai fatto niente per l'ospedale. Questo è naturalmente legato al fatto che giravano voci che PASWE voleva farsi assegnare come *line minister* di GRT, dunque con un potenziale ruolo (seppur esterno e di supervisione) all'interno dell'ospedale. Su questo piano si giocava uno scontro politico tra il direttore dell'ospedale e alcuni apparati di governo o, meglio, contro l'idea che agenzie

governative esterne potessero entrare e togliere potere dall'interno e soprattutto mettere il cappello su iniziative per cui mai avevano collaborato o partecipato alle spese. Cosa non insolita nel contesto e basta leggere la già citata lettera di resoconto del primo anno di lavoro per scoprire che "PASWE ha aperto un piccolo centro di salute mentale nell'ospedale di Bosaso", fatto non vero essendo stato aperto ben 7 anni prima da GRT e mai sostenuto da fonti governative dirette, almeno sino al 2010.

E' importante osservare queste dinamiche di reciproche rivendicazioni e recriminazioni. Il dato concreto è che, effettivamente, durante il 2010 alcuni fondi (probabilmente molto vicini alla cifra di 1.000\$ mensili) sono arrivati e investiti negli stipendi del personale del reparto di salute mentale. Sul *come* e *da chi* siano arrivati le posizioni cambiano radicalmente rendendo molto complicato identificarne con certezza origine, passaggio, titolarità. Forse non è questo il punto di maggiore interesse dal nostro punto di osservazione. Ne ha sicuramente molta meno rispetto a osservare i ruoli giocati sull'arena pubblica, tra lettere, *rumors*, scene eclatanti, litigi ed accordi. E' in questo terreno di forte e continua negoziazione che si giocano alcune delle dinamiche "pubbliche" che hanno a che fare con la salute mentale e che incidono, prima di tutto, sul personale e sulle strutture di chi opera nel settore (essendo i fondi quasi esclusivamente vincolati a tale voce di spesa). Secondariamente questo ha effetti su quelle persone che dovrebbero o potrebbero usufruire di tali servizi. Il matto si trova di fronte ad un servizio ridotto, con pochi mezzi e risorse, dove dovrà provvedere a suo carico di eventuali spese mediche e, in alcuni casi, di "presa in carico" ma avendo comunque una possibilità in più. Questo, al momento, è l'unico modo in cui la "politica pubblica" agisce sulla salute mentale, non intervenendo tanto a livello di comportamenti, attitudini, atteggiamenti verso persone con problemi di salute mentale né si può dire che agiscano su larga scala a livello sanitario andando a diminuirne l'incidenza sul lungo periodo oppure agendo efficacemente per il contenimento e la cura. Nei successivi capitoli, in particolare il 4 e il 5 si riprenderà questo tema analizzando i luoghi della cura e i fenomeni di stigmatizzazione verso il sofferente.

### **2.2.3 Somaliland**

Anche in Somaliland non esistono formalizzate politiche di sanità pubblica in tema di salute mentale, così come non esistono specifici "atti" o documenti strategici relativi inseriti nelle linee-guida sanitarie generali. Ciononostante, da un punto di vista

comparativo, in Somaliland si assiste al percorso più “avanzato” rispetto agli altri territori somali nella direzione di una sua formulazione e di potenziale attenzione formalizzata al tema. Questo lo affermiamo più a livello di percezione, ovvero di quello che si percepisce nel rapporto con funzionari del ministero della sanità, piuttosto che in termini assoluti di azioni concrete. Come si vedrà tra poco, infatti, quanto di più concreto il ministero faccia si limita al pagamento di alcuni salari di personale sanitario e ausiliario (principalmente quest’ultimo, ovvero guardiani e donne delle pulizie) nell’ospedale mentale di Berbera e nel reparto di salute mentale dell’ospedale della capitale. Quando sopra parliamo di “percezione” intendiamo il fatto che si senta la presenza, seppur debolissima, di un organo di governo che sta al di sopra del reparto o dell’ospedale in sé ovvero che debba essere consultato con maggiore rigore e puntualità di quanto sia avvenuto sino ad ora in Puntland. Questo è dovuto al fatto, probabilmente, che le strutture con cui abbiamo avuto a che fare in Somaliland sono, nella percezione di un ricercatore occidentale, *un po’ più pubbliche* di quanto lo sia l’ospedale di Bosaso dove la figura del direttore oscura, di fatto, qualsiasi intervento del debole ministero e degli organi regionali di gestione. Gli ospedali pubblici in Somaliland sono gestiti da un sistema regionale (Regional Health Board) che comprende rappresentanti del Ministero della Sanità e del Lavoro (MoHL<sup>113</sup>), alti funzionari dell’ospedale, businessman locali, leader religiosi e altri *stakeholders*. Una struttura che si ritrova spesso nelle strutture pubbliche in tutto l’ex territorio somalo e che dovrebbe garantire, sotto l’egida del ministero competente, la raccolta di fondi localmente e internazionalmente e il funzionamento delle strutture sanitarie, ben consapevoli della debolezza e della scarsità di risorse solitamente messe a disposizione dagli organi governativi. Vediamo ora quale tipo d’interventi o prospettive di politiche sanitarie per la salute mentale emergono dai dati in nostro possesso. L’accesso ai rapporti annuali dell’associazione GAVO ci permette di dare uno sguardo all’evoluzione temporale che questi interventi hanno assunto. Fonti del MoHL citate da GAVO riferiscono che:

prima del 2004, non c’è mai stata alcuna chiara politica di salute mentale. Tuttavia, è stato rivelato che il MoHL è in procinto di definire una linea strategica e delle politiche per la salute mentale. Queste saranno probabilmente incluse nella strategia e politiche sanitarie nazionali nel prossimo anno (GAVO, 2004, p.32).

---

<sup>113</sup> Per comodità useremo l’acronimo usato localmente MoHL, ovvero Ministry of Health and Labour.

Un rapporto commissionato da un'organizzazione internazionale inglese nello stesso anno (Montia, 2004), rimarcando la mancanza di attenzione alla salute mentale, in generale, aggiunge in una nota che il MoHL offre formazione agli operatori sociali che lavorano nella salute mentale e che il ministero ha “*recentemente nominato un coordinatore nazionale di salute mentale*”(ibid.,p.17). Sulla prima affermazione riserbiamo qualche dubbio, a meno che fossero qui intese le formazioni offerte da GRT o GAVO a social worker presso le strutture pubbliche, mentre sulla seconda ci risulta che questi fosse stato nominato più avanti, come risulta anche da rapporti di GAVO. Sulla presenza di linee guida per la salute mentale questo rapporto è impreciso indicando inizialmente la presenza di un documento ufficiale nelle politiche sanitarie nazionali e poi la sua assenza. Questa confusione è in realtà figlia di una certa difficoltà per osservatori esterni di catturare l'essenza di quanto avviene, o viene riportato, in contesto somalo e la contestuale fatica nel tradurre dati ed informazioni contraddittorie che possono arrivare anche dalle stesse fonti ufficiali.

Un dato di fatto, citato in entrambi i rapporti, e già richiamato a inizio capitolo, è l'assenza di attenzione pubblica e investimenti per il settore che, nonostante la riconosciuta importanza e rilevanza, mai entra tra i temi sanitari prioritari. Questo si traduce in un supporto, ove presente, veramente ridotto al minimo (salari saltuari per personale), e in assenza di linee guida, controlli, azioni per un funzionamento minimo. Dai successivi rapporti di GAVO non si evince nessun cambiamento, sappiamo però che l'organizzazione si spende molto, soprattutto dal 2008 in avanti, per fare pressione sul governo affinché agisca concretamente per intervenire nel settore direttamente. Una serie d'incontri sono stati organizzati negli anni per sensibilizzare al tema e per fare pressione politica, facendo sedere intorno ad un tavolo funzionari del governo, degli ospedali e figure chiave della politica civile e religiosa locale, oppure attraverso la sensibilizzazione della popolazione generale, ad esempio in occasione della giornata mondiale della salute mentale (10 Ottobre). Tra le figure di alto profilo e meritevoli di rispetto pubblico invitate a parlare si annoverano anche somali della diaspora che periodicamente ritornano in patria, come è il caso del Dr. Abdishakur Sheikh Abijowar, psichiatra somalo residente in Canada che passa circa sei mesi all'anno in Somaliland e che ha recentemente aperto una clinica privata (Cfr. Cap.5). Il lavoro che, soprattutto GAVO, ha condotto per catalizzare l'attenzione pubblica sulla salute mentale è passata anche attraverso il lavoro diretto con il MoHL nell'ottica del rafforzamento delle sue competenze e in vista di una maggiore organizzazione del sistema. Un buon risultato è

stata la nomina di un coordinatore nazionale delle salute mentale che è stato anche portato da GAVO ad incontrare suoi omologhi in Uganda, per uno scambio di esperienze (GAVO, 2007, p.10). Il ruolo del coordinatore dovrebbe fungere anche da catalizzatore di risorse e facilitatore di tale processo attraverso una serie d'incontri mensili sullo stato di salute del settore, aperto a tutti i principali stakeholders locali e internazionali. La poca iniziativa del coordinatore, contento del titolo ma in realtà ben più comodo nella sua funzione di referente e "medico" senza controlli all'interno dell'ospedale, ha fatto però sì che ne fossero organizzati non più di due negli ultimi quattro anni. Alcune voci vogliono che la sua nomina fosse anche un tentativo di "toglierlo" almeno parzialmente dal reparto di salute mentale dove era il coordinatore senza però svolgerne il ruolo, con poco interesse verso i pazienti e verso il suo stesso ruolo entro l'ospedale e lasciando, di fatto, decadere la struttura. Un sistema di auto-gestione in cui grazie anche al disinteresse verso il reparto da parte dell'Ospedale e del ministero era possibile per alcuni lucrare a titolo personale.

Nell'ultimo rapporto ufficiale in nostro possesso è sottolineato che, grazie alla pressione di GAVO, è stata creata una unità di salute mentale all'interno del MoHL, che comprende il coordinatore e che, nel 2008, aveva un minuscolo budget allocato (WHO-AIMS,2009, p.5). Dal punto di vista della definizione di politiche sanitarie, al di là delle buone intenzioni sulla carta, la situazione non è cambiata dal 2004 in avanti: *"il governo del Somaliland sta considerando di sviluppare una politica di salute mentale nazionale"* (ibid.,p.8).

Ad inizio 2012 nulla si è mosso in questa direzione. Va detto però che la percezione degli operatori locali è quella di una possibile accelerazione di questa fase. Mi viene riferito che il nuovo MoHL pare maggiormente recettivo e che stia dialogando con maggiore premura con GAVO e GRT, che attualmente gestisce un progetto di salute mentale in Somaliland e Puntland. In particolare GRT sta sostenendo il lavoro di sensibilizzazione e pressione che GAVO sta conducendo. Durante il 2011 una serie di eventi di sensibilizzazione della popolazione locale sono stati condotti e in particolare è stato attivato un tavolo con alcuni rappresentanti di MoHL che *"ha preso un impegno per lavorare assieme ai rilevanti stakeholders per formulare una politica/legislazione in tema di Salute mentale"*(GRT, 2011, p. 3), forse anche grazie all'intraprendenza di alcuni nuovi collaboratori e in particolare di un giovane somalo rientrato dagli Stati Uniti, pare essere particolarmente attivo e recettivo. Se pur molto rimane nella sfera dei propositi, qualche passo in questa direzione pare essere stato mosso. E' stato infatti

organizzato da GRT-GAVO e MoHL un workshop su questi temi il 19 e 20 novembre 2011 cui hanno partecipato rappresentanti dall'ufficio del Presidente, dalla commissione diritti umani, dai media, operatori somali che lavorano in salute mentale in Somaliland (sia in strutture pubbliche che private) oltre ad alcuni rappresentanti di organizzazioni non governative e delle Nazioni Unite. Da tale incontro, cui il ministero ha inviato cinque suoi rappresentanti incluso il direttore generale, è sorto un gruppo di lavoro che sarà guidato direttamente da MoHL che dovrebbe incontrarsi mensilmente per lavorare alla definizione di politiche sanitarie locali in tema di salute mentale. Questo percorso è appena iniziato e si potranno rilevarne gli eventuali sviluppi solo nei mesi e anni a venire.

### ***Partenariato Università – Sanità pubblica***

Un ambito di notevole interesse in salute pubblica è il rapporto tra il sistema educativo e quello sanitario. In Somaliland si registra l'unico tentativo di formalizzazione di un rapporto in tal senso che cerchi di essere "nazionale" e "pubblico", ovvero che definisca criteri specifici per potersi definire tale. Dopo il crollo del sistema educativo nazionale nel 1991 la ricostruzione è stata lenta e difficoltosa in tutto il paese, ed ha visto, principalmente, il proliferare d'istituzioni educative private (religiose o laiche) con pochissimo o assente controllo su curriculum di studi, insegnamenti, rette e ove il riconoscimento del percorso di studi all'estero è virtualmente inesistente. Le istituzioni Universitarie sono le ultime a sorgere e, seppur presenti nei tre contesti regionali principali, in Somaliland si registra l'evoluzione più significativa, con un orientamento "pubblico", per quanto riguarda le materie sanitarie. Si ricorda che, rispetto a quanto di maggiore rilevanza per il nostro lavoro, l'Università del Benadir a Mogadiscio, cui è affiliata una "medical school" ha diplomato i primi medici somali post-1991 nel 2008. In Puntland esiste la East Africa University ma non esiste una facoltà di medicina, mentre esiste la "nursing school" che da anni gradua infermieri con regolare curriculum approvato dal Ministero della Sanità. L'Università di Galkayo dal 2006 ha iniziato il primo anno di formazione base (3 anni) per "Assistenti medici", una categoria simile a quella dell'"ufficiale clinico" attivo in numerosi contesti africani, soprattutto per il lavoro nelle zone rurali (WHO-EMRO, 2006, p. 73). In Somaliland l'Università di Hargeisa e l'Amoud University di Boroma sono le realtà maggiormente consolidate e rispettare ed hanno curriculum che devono passare il vaglio

del Ministero dell'educazione. Rispetto ad Hargeisa, "Amoud University" ha avuto un processo di costituzione più sbilanciato verso l'esterno, soprattutto per quanto riguarda l'apporto di finanziamenti da Somali della Diaspora e da gruppi locali (area di Boroma) e i suoi rappresentanti rivendicano, più o meno direttamente a seconda degli interlocutori e delle occasioni, la specificità e autonomia dell'Università, pur rimanendo entro i confini di quanto viene regolato a livello centrale.

Come ci spiega il Dr. Diiriye, preside della facoltà di Medicina dell'Università di Hargeisa intervistato l'8/04/2009 nel suo ufficio, è da qualche anno che consulenti esterni sono chiamati dal Ministero per lavorare allo sviluppo di percorsi formativi e curriculum di standard internazionale. Questo processo dovrebbe servire anche in funzione di un riconoscimento dei titoli al di fuori del paese, anche se ciò è vincolato non solo da questioni prettamente educative quanto da più ampi impedimenti politici. Dal 2000 circa esiste un accordo tra l'Università e il King's College<sup>114</sup> e THET (in seguito KTSP-King's THET Somaliland Programme) per il miglioramento della formazione degli studenti di medicina e di infermieristica nell'ottica di una migliore fornitura di servizi sanitari. Nel 2006 il Regional Health Board di Hargeisa chiese a KTSP di includere la salute mentale tra le attività di scambio e formazione (Syed Sheriff et al., 2010). I primi studenti di medicina a ricevere una formazione formale in salute mentale entro il percorso di studi sono stati i 36 studenti dell'ultimo anno di medicina del 2008 che, come i colleghi degli anni successivi, hanno ricevuto un periodo di formazione in loco da psichiatri del King's college oltre ad essere stati esaminati. Sino ad allora nessun programma di salute mentale era incorporato nel curriculum dei medici né in quello degli infermieri. Seppure la formazione sia inizialmente di due sole settimane è significativo il fatto che la salute mentale sia parte del curriculum obbligatorio e che venga valorizzata la possibilità del periodo d'internato successivo al diploma nelle esistenti strutture "pubbliche" di salute mentale nel territorio. Il programma nazionale d'internato dei nuovi medici è gestito dalla Somaliland Medical Association in partnership con le due medical school (Amoud e Hargeisa) e prevede due anni di formazione nel settore pubblico (ibid., p.226). Similarmente questo tipo di supporto è stato esteso agli studenti provenienti dalle scuole d'infermieristica presenti in Somaliland.

Nel maggio 2011, all'epoca del mio ultimo periodo di ricerca sul campo, quattro

---

<sup>114</sup> Fondato a Londra nel 1829, è uno dei più importanti centri universitari del mondo anglosassone [[www.kcl.ac.uk](http://www.kcl.ac.uk)].



giovani medici somali stavano effettuando il periodo di internato in una delle strutture che forniscono servizi di salute mentale, oppure lo avevano ultimato ed erano stati incorporati, ove possibile a pagamento, nella struttura. Gli ex-referenti per la salute mentale di KTPS erano rispettivamente in carico presso Boroma (Ospedale generale-Università) e Hargeisa (reparto di salute mentale- Ospedale generale), altri due giovani medici presso Berbera (Mental Hospital) e Burco (Centro di Salute Mentale-Ospedale Generale). Nell'ambito del partenariato con KTPS c'è anche la prospettiva della nascita di una facoltà di Psichiatria nelle rispettive medical school di Boroma e Hargeisa. Questo percorso è ancora lungi dal realizzarsi seppure in Boroma una serie di segnali indichino una maggiore predisposizione per tale progetto. Anche in questo caso, come già osservato in altre città Somale, molto è dovuto all'iniziativa personale. Per quanto riguarda l' Amoud University lo sviluppo di questo settore è promosso dal Dr. Jibril Mohamed Abdilahi un giovane ed entusiasta medico ritornato dal Canada dopo le scuole secondarie, ex-referente KTSP per la salute mentale, diplomatosi nel 2008 a Boroma. Sembra che l'Università abbia intenzione di costruire una vera e propria medical school separata dall'attuale sede Universitaria e dall'Ospedale, tuttavia, al momento, il Dr.Jibril si divide tra l'attività clinica nell'Ospedale e l'insegnamento in Università. Il 24/12/2011 mi ha scritto un'email in cui annunciava che è in costruzione un reparto di salute mentale all'interno dell'Ospedale di Boroma, un "sogno atteso per lunghi anni", per usare le sue parole. Sino al 2011 non esisteva nessuno spazio specifico all'interno dell'Ospedale, nell'aprile di quell'anno una piccola stanza era stata adibita a luogo di colloqui e prime visite.

Seppure le due realtà di Boroma e Hargeisa viaggino a velocità e con prospettive differenti va segnalato il fatto che, in questo specifico ambito, il tentativo di costruire una cornice di salute pubblica nazionale esiste, come dimostra anche il fatto che nel 2009 sono stati spostati i calendari delle due principali università in modo da far coincidere e armonizzare le procedure e gli standard degli esami finali della sezione di salute mentale (Syed Sheriff et al., 2010., p.226). Anche il fatto che l'internato pubblico sia svolto nelle quattro città menzionate, in strutture molto diverse in merito alle modalità di gestione (pubblico, pubblico-privato), testimonia che le autorità, per necessità o per virtù, si stanno muovendo verso questa prospettiva.

## CAPITOLO 3 IL MALATO E LA FAMIGLIA A CONFRONTO CON IL DISAGIO MENTALE

### 3.1 Identificazione del disagio

Esiste un repertorio di segni attraverso cui la famiglia solitamente identifica l'inizio del disagio mentale di un familiare. Sono comportamenti o forme dell'eloquio che vengono quasi sempre citati dai familiari, o dalla persona stessa, se interrogati circa l'esordio del disturbo. Delle centinaia di storie di vita ascoltate negli anni, la stragrande maggioranza di indicatori di follia riportava all'incirca alla presenza di una o più d'una, di sei macro-categorie, che rappresentano i contenitori delle dimensioni localmente visibili e dicibili del comportamento del folle.

L'abbandono della casa, ovvero il presunto tentativo di fuga, *siiba waaqaca oo laga dhuunto* (il perdersi), oppure *waa orday* (corre via), il girovagare senza meta, *dalxiisgaaban* (letteralmente "turismo breve"), il tirare pietre, *dhagaxyeysey*, lo spogliarsi dei vestiti, *daah ka kashif* oppure *waa kadhigay*, il parlare da soli, *mobile buu qaatay*<sup>115</sup>, il parlare troppo, *hadal-badan* o il pensare troppo, *aad u fikiraayo* o *walac badan*, sono le "macro-categorie" più comuni con cui abbiamo acquisito familiarità nel corso degli anni. Sono espressioni dalle maglie semantiche molto ampie e, ovviamente, necessitano sempre di essere contestualizzate. Ad esempio, la fuga può volere dire che la persona è andata fisicamente in un'altra città, magari prendendo un bus, un taxi collettivo, facendosi dare un passaggio o a piedi, anche a centinaia di chilometri di distanza, ma può anche volere dire che la persona, in seguito ad un evento specifico, è corsa fuori di casa e ha iniziato a girovagare nell'area intorno ad essa. Spogliarsi significa, quasi sempre, togliersi la maglietta (per gli uomini) oppure in un momento di rabbia far cadere il *mauiis* e buttare la maglietta a terra, mentre per una donna può significare gettare a terra l'*xijaab*, il *niqab* o il *juuniyad*<sup>116</sup>.

---

<sup>115</sup> Espressione colloquiale che letteralmente significa "parla al cellulare". Indica quelle persone che parlano da sole in strada come se fossero al telefono con qualcuno.

<sup>116</sup> Tipi di "veli" usati in Somalia. L'*xijaab* è il nome generico (solitamente *hijaab*) del velo che copre la testa delle donne; il *niqab*, solitamente nero, si applica a coprire il volto lasciando liberi gli occhi; il *juuniyad* un tipo di *hijaab* lungo, molto diffuso, a tinta unita che circonda la forma del viso e a volta è chiuso da una spilla appena sotto il mento.

Tuttavia, pur rientrando in poche macro-categorie, ognuno di questi comportamenti è espressione di storie molto diverse. Dietro al “picco” rappresentato dall’atto riconoscibile che allerta la famiglia, stanno una serie di ulteriori comportamenti, storie e relazioni assai diverse tra di loro.

Incontriamo Faduma la prima volta il 6/7/2003 presso la sua abitazione a Bosaso dove si trovava incatenata. Orfana di entrambi i genitori, ha avuto una figlia dal primo marito, da cui ha divorziato poco dopo la nascita della bambina. Dopo un po’ di tempo si risposa e partorisce due gemelli ed è in questo momento che inizia ad avere problemi. Durante il primo incontro oltre alle informazioni riassunte sopra otteniamo qualche ulteriore elemento biografico generale dalla sorella che pare più interessata a fornirci una descrizione delle caratteristiche della malattia:

è aggressiva, sta nuda, si veste su ordine dei parenti, urla.... a volte sta in silenzio... se esce fuori di casa, non sa ritornare... se le chiedi qualcosa la sua risposta è sbagliata (Bosaso, 6/7/2003)

Almeno tre elementi dei nostri macro-contenitori sono presenti e, in effetti, la sua condizione è abbastanza grave. Più difficile e laborioso è andare a recuperare elementi della biografia che possano aiutare a capire, almeno agli occhi del ricercatore, perché sia così aggressiva oppure perché si svesta e perché vaghi fuori di casa quando lasciata libera. Il processo di raccolta d’informazioni e di conoscenza delle storie di vita è per sua natura lungo e sempre in costruzione. Non stupisce che nuovi particolari possano emergere a distanza di tempo e che, a volte, permettano di dare un senso diverso a quanto osservato sino a quel momento. Così è capitato con Faduma e con la maggior parte delle persone incontrate. Una caratteristica che ho riscontrato costantemente durante la mia presenza sul campo e che, soprattutto nei primi mesi e almeno sino al primo anno, era accompagnata da stupore, risiedeva nel fatto che alcune informazioni che dal mio punto di vista parevano “comunque sia”, o “al di là di ogni possibile diversa interpretazione della realtà”, fondamentali, non emergessero. Da un lato la persona non ne parlava, dall’altro chi faceva domande (quando si trattava di altri da me) non le cercava, non le faceva emergere o non ne era interessata. Quando si tratti di tabù il motivo è immediatamente comprensibile, così come quando il tema non è un tabù di per sé ma non è appropriato che venga riferito allo specifico interlocutore che si ha di fronte (ad esempio per questioni di genere, età, rispetto). Al netto di queste situazioni emergeva nitidamente, per contrasto, il fatto che informazioni non tabù e che *potevano*

essere raccontate, non lo fossero. Uno dei casi più comuni è quello della morte di un parente. La differenza tra il peso che il ricercatore occidentale attribuisce a tale tipo di eventi e quello attribuito localmente è un indice potente delle diverse modalità di costruzione socializzata dell'essere umano. Questa diversa prospettiva era rimarcata anche dalle chiacchierate che facevo ex-post su questi temi quando sentivo la necessità di confrontarmi sul perché certi eventi, a mio avviso fondamentali, non emergessero se non molto tempo dopo e magari in modo assolutamente inaspettato e noncurante. Le espressioni del viso e i commenti dei miei interlocutori esprimevano stupore a loro volta, in direzione opposta alla mia, per il mio interesse verso eventi e accadimenti che – parevano dirmi alzando le spalle – *erano dati*, non suscitavano grande interesse perché non erano eccezionali, né inconsueti, né dissonanti, piuttosto erano in continuità con il “normale” fluire delle cose. Come dire che se, di due figli nati, uno muore uno subito dopo il parto, l'evento in sé non ha alcuna connotazione di eccezionalità, e di conseguenza non è percepito come automaticamente scatenante reazioni degne di attenzione. Il tasso di mortalità infantile, secondo l'ultimo dato disponibile al 2000, è di 130 ogni 1.000 nati vivi e quello di mortalità sotto i 5 anni è di 224 ogni 1.000 nati vivi (Qayad, 2007). Le stime recenti confermano sostanzialmente questi valori, che collocano la Somalia tra i paesi con il più alto tasso assoluto di mortalità infantile e materna (Unicef, 2010). Le statistiche non offrono consolazione quando il numero che riproducono è espressione di una propria specifica esperienza, però riflettono bene una condizione incorporata nella biografia collettiva, essendo questi valori pressoché simili negli ultimi 30 anni ( Capobianco et al., 2011).

Forse anche per la sorella di Faduma vale questo ragionamento se solamente al terzo incontro, circa un mese dopo la prima visita, emerge che uno dei due gemelli morì subito dopo il parto. Dalla cartella sociale compilata da un operatore, si evincono ulteriori particolari e alcuni commenti interessanti:

il marito è stato sempre negligente nei suoi confronti durante il parto e non l'ha mai accudita. Tre giorni dopo il parto gemellare [*dopo che uno dei figli era morto*] lei scompare e viene trovata solo sette mesi più tardi a Las-Canood<sup>117</sup> dal marito e portata dalla cugina della sorella che si prende cura di lei (relazione sociale, 4/8/2003).

Più avanti si scopre anche che il marito, sempre secondo la ricostruzione

---

<sup>117</sup> Città nell'entroterra a sud-ovest di Qardho, città dove Faduma risiedeva, a qualche centinaio di chilometri di distanza.

dell'operatore dell'ospedale, è:

una persona malata, ha l'epilessia e il loro matrimonio non è stato frutto della loro decisione (...) Faduma era una piccola ragazza orfana e i suoi parenti decisero di fidanzarla con quell'uomo malato per potere avere dei bambini. Ciononostante [*il fatto di avere avuto dei bambini*] la vita divenne difficile, ha avuto una vita dura, perché l'uomo era malato e incapace di prendere la sua [*di lei*] responsabilità (ibid.).

In questo paragrafo non approfondiamo ulteriormente le singole biografie, ci interessa mostrare alcuni esempi di descrizioni dell'esordio della malattia da parte delle famiglie che stanno dentro le sei macro-categorie generali, e connetterle brevemente ad alcuni elementi di contesto per fare capire la gravità di tali condizioni. Si noti ad esempio come nei passaggi precedenti non venga scritto dall'operatore del rapporto che Faduma è portata da *sua* cugina ma dalla cugina di *sua sorella*. Si tratta della stessa persona ma è importante questo passaggio perché, come già sottolineato nel Capitolo 2, il vincolo della responsabilità è fondamentale nella cultura somala e, a maggior ragione, nel momento in cui Faduma non è in grado di accudire a se stessa, non si fa più riferimento a lei all'interno della famiglia allargata bensì alla sorella. Faduma è automaticamente esclusa da questo processo, come se in qualche modo le sue relazioni di sangue avessero senso ora solo attraverso il passaggio da un componente sano della famiglia. Ancora più interessante è notare che queste affermazioni siano di un operatore della salute mentale e non di un familiare che, per i processi di cui abbiamo parlato, può essere portato a togliere responsabilità alla persona malata per dirottarla altrove, bensì da un operatore non coinvolto dal punto di vista familiare e, soprattutto, e teoricamente, formato a dare dignità di soggetto al malato. In questo caso pare proprio agisca in modo inconsapevole e automatica l'attribuzione, anche da parte dell'operatore, di un'etichetta oggettivante, che priva la persona malata di qualsiasi forma di responsabilità.

Sakariye, ventitreenne, è rinchiuso da sei nel reparto di salute mentale di Hargeisa. L'avevo già notato in passato in precedenti visita all'ospedale ma la prima volta che mi fermo più tempo all'esterno della sua cella è il 5/5/2009, quando mi presentano la madre, che descrive così l'esordio della malattia:

L'inizio è stato alla fine della scuola intermedia....l'ottavo grado, eravamo al campo... quel giorno è tornato indietro con i vestiti in mano, nudo, poi ha iniziato a correre, urlare, rompeva tutto...Era il marzo del 2002, ha quasi raggiunto Addis a piedi... è stato un anno dappertutto (madre di Sakariye, Hargeisa, 5/5/2009).

Anche nel suo caso, lo spogliarsi e la fuga sono le cifre predominanti del malessere che è esploso. Sakariye ha due anni nel 1988, quando la madre scappa da Hargeisa verso l'Etiopia per fuggire alla guerra portando con sé, oltre a lui sul dorso, gli altri cinque figli. Suo padre rimane in patria e muore durante la guerra. Vivono nel campo rifugiati di *Camaboker* sino al 2002, sono molto poveri, anche rispetto alle gerarchie interne al campo. Lui si preoccupa del fatto che non hanno i soldi per il certificato della scuola, dice alla madre di essere in “un inferno”, di essere “troppo in basso”. Nel maggio 2002, poco prima della fine della scuola, una settimana dopo che un sasso lanciato da uno sconosciuto gli aveva rotto un dente, si presenta dalla madre nudo e poi scappa. Si perde e se ne perdono le tracce. Nell'ottobre 2002, quando alla madre viene proposto di rientrare tramite un programma di rimpatrio<sup>118</sup>, la donna accetta e parte senza sapere dove sia il figlio. Lo rintraccerà solo nel 2003, quando Sakariye viene trovato in Etiopia da alcuni parenti che lo riportano ad Hargeisa pieno di lividi e confusione. Da quel giorno vive nell'ospedale psichiatrico chiuso in una cella nella zona C, quella dei casi più violenti.

Pressoché la stessa descrizione d'inizio malattia è quella riferita a Hawa, trentenne incontrata a Bosaso la prima volta il 23/07/2003, una delle donne nella condizione più grave mai incontrate. Queste le parole della madre:

Hawa è stata malata negli ultimi 6 anni. La prima azione che ha fatto quando è stata colpita è stato di togliersi i vestiti, è scappata da casa....per sei anni è stata in questa condizione (madre di Hawa, Bosaso, 23/07/2003)

---

<sup>118</sup> Programmi delle Nazioni Unite (principalmente UNHCR) per il rientro volontario dai campi profughi nel contesto di partenza. Questo è uno dei primi campi a far partire i rientri; nel 2003 sei degli iniziali nove campi rifugiati ai confini con la Somalia sono stati completamente chiusi rimpatriando 222.033 persone (UNHCR e WFP, 2003). In sostanza si è trattato della copertura del trasporto dal campo rifugiati ad Hargeisa e “una razione unica di cibo consistente in 150kg di farina, 10kg di legumi e 5lt di olio a persona” (Dessalegn,2004). Il ritorno in Somaliland è per molti motivi di insoddisfazione, anche se le difficoltà nel paese sono molte, come sottolinea l'allora presidente Riyale dando il benvenuto a primi 1.500 ritornati “*Il nostro paese non ha economia, abbiamo molti problemi ma è un dovere riceverli perché sono nostri cittadini*” ( Afrol News, 3/6/2002 ). Lo stesso articolo ricorda come le stime diano la disoccupazione al 90% nelle aree dei ritornati.

La storia di Hawa è parzialmente oscura ai nostri occhi, nonostante gli incontri con lei e parte della sua famiglia siano durati più di tre anni. È molto difficile collocare frammenti di informazioni che sono comunque carenti e parziali.

Quando la incontriamo per la prima volta, vive nel campo per sfollati interni Bullo Qodah, vicino a una grande discarica di rifiuti a cielo aperto poco distante dalla sede di Al-Barakaat, l'importante compagnia finanziaria (e di telecomunicazioni) inserita nella lista nera dal Governo americano dopo l'11 Settembre 2001. Da sei anni vive incatenata nel ristretto spazio del loro povero *aqal* con la madre (responsabile) e due sorelle di circa venti anni più giovani di lei. Le figure maschili sono assenti, il padre, pastore, passa solo sporadicamente, ma non si preoccupa particolarmente della situazione della famiglia mentre un fratello vive altrove e non passa mai da Bosaso. Quando viveva a Mogadiscio alla fine degli anni '70 Hawa aveva imparato a cantare e recitare e coltivava aspirazioni d'attrice. Dal carattere ribelle, secondo l'opinione della madre, ha alle spalle tre matrimoni, il primo consumatosi a Erigavo (Sanaag, Nord Somalia) da cui poi fugge; si risposa a Mogadiscio ma anche questo matrimonio fallisce, mentre la famiglia si è nel frattempo spostata a Galkayo (Mudug, Centro Somalia). Lei, che si tiene alla larga da questa città, si sposa per la terza volta a Garowe (Nugal, Centro Somalia), dove partorisce il suo primo figlio. Probabilmente ha già qualche crisi in questo periodo giacché – ci viene riferito – la figlia è accudita da una cugina. Nel frattempo – all'incirca nel 1993 – la famiglia si sposta a Bosaso e con lei si sposta anche Hawa, che si sposa per la quarta volta. Da quest'ultimo matrimonio ha due figli di cui sopravvive solo la femmina, anch'essa accudita altrove e di cui Hawa pare ignorare l'esistenza. La notte, incatenata e nuda nell'angusto spazio della propria dimora, senza controllo degli sfinteri, con a fianco la madre e le due sorelle di pochi anni, spesso urla e canta e, quando lo fa, canta sempre versi di famose canzoni d'amore.

Tanto Hawa è chiusa nel suo mondo e nell'incomunicabilità, tanto la ventiduenne Hibaq è loquace e irrefrenabile. I suoi pensieri paiono schizzare veloci sotto forma di parole e immagini che in pochi secondi portano l'interlocutore dalla Somalia all'Europa e di nuovo in Somalia attraversando relazioni, lavori, progetti spesso evidentemente fantasiosi e irrealizzabili. Anche nel suo caso è la madre a parlarci dell'esordio:

Diventò immorale (...) e divenne malata da quel giorno sino ad oggi. Ha iniziato a parlare molto e principalmente parla del viaggio all'estero (Bosaso, 23/08/2004).

L'“immoralità” di Hibaaq si era manifestata il giorno che le avevano “chiuso” il volo da Galkayo a Nairobi. Sulla pista, non potendo più partire, si era spogliata e aveva dato in escandescenze. Calmata da parenti era rientrata a Bosaso, dove aveva appreso che non era nella lista di coloro che potevano beneficiare della *scholarship*. A quell'epoca, infatti, quando Hibaaq stava per finire la scuola secondaria, erano previsti dei bonus per andare a studiare a Nairobi, che venivano accordati agli studenti con i migliori risultati. Lei riteneva di essere tra i meritevoli e si aspettava di riuscire ad andare a Nairobi; si era preparata molto e aveva studiato bene l'inglese, convinta di partire e di potere studiare in Kenya. Almeno gli ultimi due anni di scuola, a quanto è dato sapere, li aveva trascorsi pensando e parlando di questa possibilità. L'altra sua aspirazione era di andare “all'estero” e probabilmente raggiungere altri paesi in Europa, una volta giunta in Kenya. Le due aspirazioni erano strettamente collegate e la possibilità della sponsorizzazione era quanto le serviva per realizzarle appieno. Apparentemente, quando le è stata prospettata la possibilità di andare in Egitto a studiare, l'aveva rifiutata perché non parlava arabo e anche, secondo alcuni conoscenti, per il fatto che da lì non aveva canali per realizzare l'altra sua aspirazione: quella del viaggio verso nord.

L'ultimo esempio che riportiamo è quello di Mohamed, trentaduenne orinario di Mogadiscio che, a pari di Hibaaq, ha una malattia caratterizzata da un eccesso di eloquio, oltre ad abusare assiduamente di sostanze:

Nel 1993 la sua malattia iniziò, a quel tempo ha iniziato a urlare, piangere, masticare molto Qaat, hashish e prendere pastiglie senza prescrizione, come Diazepam... parlava molto (Bosaso, 9/11/2003).

A distanza di parecchi anni la famiglia insiste che il problema principale, oltre alla droga, è quello evocato nell'esordio, ovvero l'eloquio ingigantito, eccessivo, anche se ora, dieci anni più tardi, alterna le parole a lunghi silenzi. Il medico che lo visita la prima volta scrive che la malattia è iniziata nel 1991, mentre gli operatori non specializzati del reparto parlano del 1993. A prescindere dalle date, molti avvenimenti critici sono capitati prima, durante e dopo questi anni, a dare quasi l'impressione che la “malattia” si sia persa e dissolta nella storia della persona. D'altronde sono circa dieci anni che Mohamed è considerato malato, e nel momento in cui lo incontriamo nel 2003 pare essere in fase di ulteriore deterioramento. Non ha alcuna relazione con le persone



intorno a lui, alterna insonnia e agitazione a momenti di silenzio totale e isolamento, parla in modo confuso e incomprensibile per tutti, rimugina da solo; nel linguaggio psichiatrico questi sintomi si traducono in una diagnosi di schizofrenia, come indicato da un medico nel 2005. Nel 1985 suo padre, che vive con tutta la famiglia a Mogadiscio, muore in un incidente d'auto. Mohamed cerca di lasciare il paese nel 1990 per raggiungere l'Italia, ma non ci riesce per problemi economici. Quando scoppia la guerra fugge con i familiari verso sud, passando dal porto di Kismayo e si rifugia in un campo profughi in Kenya. Nel 1995 lui, il fratello e la madre lasciano il campo e si trasferiscono a Bosaso. Mohamed cercherà nuovamente di partire ma verrà arrestato e imprigionato dopo aver raggiunto l'Arabia Saudita. Rimpatriato in Somalia, una volta giunto a Bosaso sarà incatenato dai familiari per circa sei mesi per il sospetto che facesse uso di hashish che, a volte, alternava all'uso di Diazepam.

Indipendentemente dal gesto specifico che sta dentro questi repertori-contenitori di azioni, il loro manifestarsi allerta la famiglia e segna uno spartiacque. Di quegli eventi di riferimento vi è consapevolezza anche da parte di chi ne è protagonista, o quantomeno alcuni di essi che a posteriori ne parlano come di momenti effettivi di "inizio malattia". Da quel momento quest'ultima si materializza e inizia a essere considerata come oggetto che abiterà le relazioni interpersonali, ovvero che guiderà le interpretazioni circa l'agire dell'altro e circa il proprio agire nei confronti di costui. Se è l'ipotetico atto "eclatante" a segnare il cambio di passo, minore importanza rivestono altri indicatori che un osservatore occidentale, al contrario, potrebbe identificare come segnali di una crisi incipiente o già avvenuta. Non sarà dunque il ripiegamento verso se stessi e la parsimonia nell'uso delle parole che si registrano in seguito alla morte di un proprio caro a indicare qualcosa di anomalo, ma sarà piuttosto la telefonata del parente che abita a chilometri di distanza e che segnala la presenza della persona che non aveva lasciato traccia di sé uscendo di casa, o sarà il momento in cui questa, un giorno, dopo una lite, inizia a spogliarsi dei vestiti.

### **3.2 Categorie ed esperienze di anormalità**

Le storie di vita appena riportate fanno riferimento a persone localmente etichettate come *walaan*. Questa è la parola storicamente e diffusamente usata per definire il folle,

così come *waali* indica la follia. Categorie “intermedie” non arrivano ad assumerne la gravità, cioè non vengono concettualmente accomunate a *walaan* e non rientrano semanticamente nel contenitore folle/insanità, se non in maniera parziale, ambigua e disomogenea rispetto a territori dove vivono persone di origine somala.

L’esordio della malattia, ciò che è riconosciuto tale dai familiari più stretti, è un indicatore potente del confine tra insanità e sanità mentale. Con questo non si vuole sostenere che l’esordio della malattia sia logica conseguenza, determinata da meccanismi di causa-effetto, di un evento discreto che irrompe e trasforma l’esperienza di vita in maniera così sostanziale da un giorno con l’altro. Certamente un evento dal forte impatto può fare da “detonatore” e innescare tale processo. Si tratta, appunto, di processi, dalla durata variabile, in cui categorie sono incorporate ed esperienze sono vissute e trasformate entro il sistema dei significati culturali e delle relazioni sociali praticate nella quotidianità. Anticipiamo che parlare di *waalan* (folle, matto) significa parlare di una forma grave di disagio mentale, florida di una sintomatologia caratteristica che, ove analizzata attraverso categorie psichiatriche occidentali, sarebbe diagnosticata come un disturbo del ventaglio psicotico, spesso come una forma di schizofrenia. Rientrare in tale categoria comporta, come vedremo di seguito, una serie di conseguenze che possono comprendere l’esclusione sociale, l’isolamento, la stigmatizzazione, ovvero la *morte sociale*. Se questo tipo di reazioni al grave disagio psichico sono presenti pressoché in ogni società (Desjarlais et al., 1995, p.39-44), pratiche peculiari a livello locale sono agite in maniere assai differenti. Queste modalità sono rappresentate da comportamenti socialmente *autorizzati*, culturalmente *appropriati* (non sempre tali dal punto di vista di chi ne è il “ricettore”) nei confronti di una persona che è diventata *walaan*. In quest’ottica ha senso parlare del momento dell’esordio percepito come di uno spartiacque, perché, se è sicuramente vero che i conti si fanno alla fine (ovvero che un soggetto diventa pienamente *waalan* quando il corso della malattia ha portato a una certa degenerazione che è ritenuta senza ritorno), è altresì vero che ai primi segni riconducibili a tale disagio la famiglia può adottare le contromisure appropriate e quindi innescare quel (corto)circuito di pratiche e modalità relazionali che apriranno la pista allo sviluppo della piena manifestazione di sofferenza.

Di tutt’altra opinione è J. Murphy, che a più riprese (Murphy, 1976; 1982) ribadisce, in opposizione alla tesi di cui sopra, che:

sembra esserci poco di caratteristicamente culturale nelle attitudini verso i malati mentali  
(...) c’è una gamma comune di possibili risposte alla persona con malattia mentale e la

porzione di questa per una specifica persona è determinata più dalla natura del suo comportamento che da preesistenti serie culturali per rispondere in modo uniforme a quanto è classificato come malattia mentale (Murphy, 1982,p.70).

Questi passaggi sono esemplificativi di quelle tesi che, nel sempiterno dibattito, specie tra antropologi e psichiatri, circa il ruolo della cultura nei disturbi psichiatrici, sono iscritte, per dirla con Kleinman, nel tacito modello che in psichiatria esagera le dimensioni biologiche della *disease*<sup>119</sup> e de-enfatizza le dimensioni culturali della *illness* (Kleinman, 1988, pp.24-27). Come ricorda l'autore, gli studi etnografici hanno ampiamente dimostrato che:

concetti di emozioni, sé e corpo, così come le categorie generali di malattia differiscono in maniera significativa nelle diverse culture tanto che si può affermare che ogni credenza culturale circa comportamenti normali o anormali sia distintiva (ibid., p.49).

Dove si situi il confine culturalmente definito tra normalità e anormalità è stato per lungo tempo uno dei temi chiave tra gli studiosi, antropologi o di estrazione psi-, che s'interessano di salute mentale in contesti non-occidentali (Devereux, 1978). Per Devereux quello dell'identificazione del limite culturale tra normale e anormale è, inizialmente, il "problema chiave" degli studi di antropologia psichiatrica. Nancy Scheper Hughes (1979) ricorda che dai primi contributi in questo solco (Benedict, 193; Reider 1950), nel corso degli anni gli studi di settore si sono spostati da una posizione estremamente relativistica verso un consenso sempre maggiore circa la consapevolezza che certe categorie *quasi - universali* di comportamento anormale esistano. Quasi ovunque, ricorda la Sheper-Hughes:

modelli di sofferenza che hanno somiglianze con la diagnosi occidentale di schizofrenia è almeno riconosciuta come 'deviante', se non etichettata come 'follia' (...) Sebbene la follia esista ovunque nel mondo, i suoi contenuti ed espressioni possono essere culturalmente specifici ( 1979:80).

---

<sup>119</sup> Abbiamo lasciato i termini *disease* e *illness* in inglese perché la traduzione in italiano non avrebbe reso il significato di tali concetti, che in antropologia medica hanno una precisa connotazione. Si usa *disease* per riferirsi alla malattia organica e ai suoi aspetti biologici, mentre per *illness* s'intende la percezione individuale della malattia, l'esperienza del soggetto. È l'antropologia medica statunitense, in particolare la cosiddetta scuola di Harvard nei suoi riconosciuti rappresentanti Arthur Kleinman e Byron Good, a lavorare questi temi e in particolare l'esperienza individuale di malattia e le sue narrazioni (Good, 1977, Kleinman, 1980; 1988).

I temi di questo acceso dibattito sono particolarmente dibattuti dall'etnopsichiatria, ove che il confronto su questo e altri importanti temi serve anche a definire con difficoltà i confini della disciplina. Senza soffermarci troppo su quest'ultimo aspetto è però qui importante riportare alcuni elementi di tale confronto. Se Devereux è, a prescindere dai diversi posizionamenti all'interno del dibattito sull'etnopsichiatria, universalmente riconosciuto come uno dei padri fondatori della disciplina (Coppo, 2003), in Europa la scena è principalmente occupata dall'etnopsichiatria di stampo francese, ovvero il "modello Nathaniano" (Nathan, 1994;1996; 2003; Nathan et al., 1996), che spesso diventa sinonimo di essa. Questo modello ha sollevato accesi dibattiti e attirato critiche nel corso degli anni, tra gli altri Policar et al. (1997) e Didier Fassin (1999, 2000, 2001), in quanto è stato tacciato di identificare la cultura come determinante principale della psiche caratteristica che lo porterebbe verso un eccesso di culturalismo. Tobie Nathan scrive a tale proposito:

curare gli immigrati tenendo conto della loro appartenenza culturale(...)porterebbe a stigmatizzarli, a «rinchiuderli nella loro cultura», a proibire loro questa enigmatica integrazione alla quale aspirerebbero naturalmente con tutte le loro fibre(...) riconoscendo un'appartenenza agli immigrati psicologicamente sofferenti, pensandoli «attaccati» a dei, luoghi, a oggetti, si ritornerebbe a soffocare la questione sociale, farsi complici di un potere che avrebbe tutto da guadagnare a lasciarli marcire nella loro miseria (2003,p.65).

L'accalorato dibattito, che ha visto inizialmente una serie di botta e risposta su *Le Monde* e *Libération* tra Ottobre 1996 e Gennaio 1997, non è stato esente dall'influenza di rivalità e alleanze accademiche "tipicamente francesi" (Bidima, 2000,p.74). Va ricordato inoltre che l'etnopsichiatria di Nathan, forse il più completo tentativo di definizione di un impianto teorico e metodologico nel settore, ha proposto un "dispositivo" terapeutico sicuramente innovativo e, rispetto a certi dogmi della psichiatria classica, rivoluzionario, pur con una serie di ombre. In "Non siamo soli al mondo" un intero capitolo è dedicato alla svolgimento delle sue tesi in contrasto con le critiche a lui mosse in particolare da Fassin cui "dedica" un paragrafo dal titolo eloquente: "I fantasmi di Didier Fassin" (2003, pp.87-94). Si rimanda a tale testo per una trattazione del tema, vale la pena estrapolare alcuni passaggi di Nathan rispetto alla proposta teorica:

di fronte alla constatazione della mondializzazione, essa [l'etnopsichiatria] prende l'avvio da nuove basi teoriche che:1) si vietano di squalificare le «psicopatologie »locali;2) si propongono di valorizzare i sottintesi teorici di queste pratiche;3) si impegnano a dimostrare che queste pratiche possono fornire anch'esse-non soltanto esse!- soluzioni a

problemi tecnici incontrati ovunque dai terapeuti.(...) Questo tentativo non è possibile senza considerare sullo stesso piano i terapeuti occidentali e i «guaritori locali», accreditando quindi la possibilità che le teorie dei guaritori rendano conto, almeno in parte, della loro pratica. E ciò, a differenza degli apriori universalistici alla Fassin, scaturisce da un imperativo non morale, ma tecnico. (...) Il rimprovero che mi rivolge Fassin di «sostanzializzare» la cultura è non soltanto ridicolo, ma si applica in realtà a lui stesso e a quelli che, come lui, «sostanzializzano» l'antropologia al punto di escludere dai suoi campi e dai suoi oggetti chiunque non faccia parte della «cerchia » (2003,pp.67-68).

Sul rapporto tra cultura e psicopatologia e la terminologia coniata (in ambito antropologico e psichiatrico) si veda la tabella in Beneduce (1998, p.50) che riporta tale evoluzione dal 1904 in avanti oppure, il breve saggio di Gilles Bibeau (1998, p.45-47) contenuto nella stessa collettanea. Oltreoceano la terminologia si amplia ulteriormente e i confini tra etnopsichiatria e psichiatria culturale, transculturale o cross-culturale, sono anch'essi oggetto di dibattito e i diversi approcci vengono identificati spesso in funzione dell'uso del concetto di cultura, quale variabile dipendente o indipendente. John Berry, uno dei padri della psicologia cross-culturale, sempre interessato a un comparativismo in ambito psicologico che possa permettere la replicabilità delle ricerche, propone un modello universalistico che si pone in posizione intermedia tra quello assolutistico e quello relativistico della psicologia culturale e che viene riconosciuto nell'orientamento della psicologia transculturale (Berry et al.,1994). Tra l'approccio *etico* (assolutista) ed *emico* (relativista), l'approccio *etico derivato* rappresenta un universale metodologico che, secondo l'autore, può permettere l'analisi emica di contesti differenti senza rinunciare alla comparabilità di almeno parte dei costrutti utili all'analisi del comportamento (Cfr. Inghilleri, 2009 per la storia della disciplina). Non va dimenticato che negli Stati Uniti il discorso sull'"etnopsichiatria" è strutturalmente collegato alle politiche d'integrazione degli immigrati e delle minoranze nella società (i.e. i nativi americani) ovvero, come succede per le scienze sociali in generale, alla ricerca di "*approcci focalizzati sul rispetto delle specificità culturali*" (Bidima, 2000, p.70).

Tornando a Devereux, secondo questi, ogni società fornisce ai propri membri le espressioni per qualificare la follia, i sintomi che la caratterizzano e una serie di comportamenti che ne permettono l'espressione e il riconoscimento. Nella lettura psicanalitica di Devereux i disturbi "etnici" sono generati da conflitti che sono presenti

negli individui normali ma che raggiungono livelli estremi nel malato, o deviante<sup>120</sup>. Per lungo tempo i conflitti delle popolazioni non occidentali sono stati rinchiusi dentro la gabbia epistemologica dello scontro tra tradizione e modernità (a diverso titolo nella distinzione tra uomini di “natura” e di “cultura”, oppure nell’enfasi evoluzionistica di certi processi di acculturazione). Gabbie reali sono invece quelle importate dai colonizzatori che, nelle prime osservazioni di psichiatria coloniale, “lamentavano in genere l’assenza di manicomi locali” (Coppo, 2003,p.22), e infatti chiedevano ai loro superiori nella madre patria di “spedire i mezzi logistici necessari per costruire un lunatic asylum”(Bidima, 2000, p.68). Siamo in pieno periodo coloniale e i termini in cui viene definita la “psicopatologia negra” rimandano immediatamente a un tempo passato, regredito o mai sviluppato. Il negro è prigioniero del proprio istinto, guidato da bisogni primari, infantile, psichicamente inferiore e non sviluppato, incline alla violenza (Cfr. Carothers,1953, pp.85-94)<sup>121</sup>. Che fossero redatti da psichiatri francesi sul lato ovest oppure da psichiatri inglesi sul lato est dell’Africa, almeno sino agli anni ’50, la maggior parte di questi resoconti erano infarciti degli stessi degradanti stereotipi:

egli [il negro] vive soprattutto nel presente, comparabile in questo ad un bambino” oppure, ancora, se comparati con i bianchi “[i negri] sono caratterizzati da impulsi violenti (...) mancano di iniziativa (...) sono quasi invariabilmente disonesti. Vogliono fare una fortuna senza spendere energia,(...) hanno poca immaginazione e poca umiltà (ibid., pp.72-73).

Se è vero, come ci dice Piero Coppo, che questi giudizi “*non hanno retto alle critiche più elementari, e sono stati poi clamorosamente contraddetti quando, dopo la seconda guerra mondiale, è cambiata la dominante ideologica in Occidente*” (2003, p.23), non bisogna però dimenticare che la trasmissione del sapere scientifico ha contribuito a mantenere vivi questi cliché attraverso la formazione della classe medica. Considerazioni dello stesso tenore razzista, infatti, sono contenute in uno dei manuali enciclopedici di psichiatria clinica in uso presso le Università francesi (Porot, 1952) che, almeno sino alla terza edizione pubblicata nel 1965, alla voce “neri” conteneva affermazioni del tipo:

---

<sup>120</sup> Il disturbo etnico secondo Devereux (1978) è una delle forme di disturbo psichico che possono intervenire nella popolazione non occidentale. Distingue anche il disturbo *sacro*, il disturbo *idiosincratico* e i disturbi *tipici* (ovvero non legati ad uno specifico contesto culturale).

<sup>121</sup> Si veda il lavoro monografico di J.C. Carothers, pubblicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, per una rassegna dettagliata di citazioni e riferimenti bibliografici sullo stato dell’arte, all’epoca, circa gli studi sulla “psicologia africana” divisa per temi quali temperamento, attitudini, intelligenza, personalità.

i nativi dell’Africa nera sono ancora in larga parte vicini ad una ‘mentalità primitiva’ (...) i bisogni primari (nutrizione, sessualità) sono predominanti (...) la scarsità della loro attività intellettuale li fa vivere nel presente come bambini (...) l’ideazione (...) è scarsamente legata da fragili legami logici, che possono facilmente rompersi” (cit. in Bidima, 2000,p.69).

Secondo l’autore di tale citazione la soluzione per costoro, neri africani, con sofferenza psicopatologica, era il rimpatrio verso la terra d’origine non prima di essersi assicurati delle guardie che li scortassero.

Forme di sofferenza mentale dell’altro vengono derubricate a stati di sviluppo anteriore, di inferiorità, ed esotizzati in cliché pronti all’uso e di difficile estirpazione. È interessante notare come dallo stesso ampio bacino di stereotipi proposto dallo psichiatra coloniale, attinga il come il medico in formazione psichiatrica in Francia nel dopoguerra, così come operatori dei servizi sociali che accolgono rifugiati politici nel momento in cui scriviamo. Nelle regole di molte delle strutture che accolgono i rifugiati nel nord Italia, infatti, sono tacitamente iscritti modelli pedagogici che tendono a vedere l’altro come una persona che deve imparare a sbrigarsela da solo, deve rendersi autonomo, emanciparsi, apprendere delle regole, diventare uomo (Cfr. tra gli altri Caldarozzi, 2010,in particolare le pp.82-132 a cura del Centro Frantz Fanon di Torino e Pinelli, 2008). L’infantilizzazione dell’altro, spogliato delle proprie molteplici appartenenze e identità, è una costante che ho personalmente riscontrato nel mio lavoro con rifugiati e operatori del sociale, sia che si trattasse della “cattiva” amministrazione comunale, sia che si trattasse della “buona” associazione di volontariato.

È probabilmente un eufemismo edulcorato parlare di *esotizzazione*. Abbiamo visto come l’uso di certi stereotipi sia reiterato in contesti ed epoche assai distanti, che sicuramente mostrano segni di discontinuità, ma di cui sono innegabili le implicite ed esplicite continuità. Non va dimenticato che la culturalizzazione che rimanda a una predisposizione ontologica di determinati gruppi umani, e che utilizza quest’ultima per leggerne modalità di comportamento e di sofferenza, rischia di depoliticizzare il sociale o si presta a essere esplicitamente usata in tal senso. Un caso paradigmatico a tale proposito è quello della repressione del movimento dei Mau-Mau e dell’uso politico della psichiatria chiamata a comprendere i principi ispiratori di tale movimento per facilitare il compito della sua gestione. L’autore di tale rapporto, già direttore dell’Ospedale Psichiatrico di Mathari a Nairobi, non esita a descrivere il movimento dei

Mau-Mau<sup>122</sup> come frutto, tra gli altri, di particolari tratti della personalità *kikuyu*<sup>123</sup>, della cultura di questa popolazione e della sua frustrazione nella possibilità di emulare gli inglesi, escludendo qualsiasi riferimento alla rivendicazione delle terre e alle radici nazionalistiche del movimento.

Sul versante opposto non si può non ricordare il contributo di Frantz Fanon, probabilmente la fonte più emblematica e significativa, anche per storia personale, nel portare alla luce l'opacità, da psichiatra, di un sistema coloniale che da un lato opprime e dall'altro patologizza la ribellione (Fanon,1971). Le sue opere, il suo essere rivoluzionario e colonizzato, sono pienamente dentro il movimento anticoloniale che, dal punto di vista delle discipline psi-, ha portato al centro del dibattito la politicizzazione della sofferenza ma anche le dimensioni politiche della sofferenza, della subordinazione e di quel processo di mascheramento e annientamento delle identità dei popoli oppressi che dal livello dei processi macro-politici s'insinua nel quotidiano fino a esserne interiorizzata (Fanon,1965).

L'esempio sopra citato legato al movimento Mau-Mau che rimanda all'uso politico e destoricizzante di un sapere che si vuole "neutrale" e scientifico, non è solo questione interna alla psichiatria e al dibattito sull'etnopsichiatria francese (Coppo,2000). Se l'antropologia muove i primi passi dentro il sistema delle colonie, non manca il dibattito circa l'utilizzo del sapere antropologico anche in tempi recenti, ad esempio per l'utilizzo di antropologi accanto ai soldati delle truppe statunitensi in Afghanistan nei cosiddetti "*Human Terrain Team*", un "*programma sperimentale del Pentagono che assegna antropologi e altri scienziati sociali alle truppe di combattimento americane in Afghanistan e Iraq*" (Cfr. Rohde, articolo pubblicato su New York Times, 5/10/2007). L'articolo è stato ripreso da molte liste e blog online: si veda ad esempio l'accesso dibattito suscitato da questi temi sulla newsletter online "TCPSYCH- Transcultural Psychiatry Discussion" della divisione di psichiatria sociale e transculturale della McGill University di Montreal.

Se dunque con il paio di occhiali di cui oggi siamo dotati può non stupire tale uso del sapere psichiatrico in epoca coloniale, non possiamo mancare di essere vigili sulle conseguenze che un'eccessiva enfasi sulle dimensioni culturali dei processi psicologici potrebbe alimentare. Ritornando al tema con cui abbiamo aperto il paragrafo, seguiamo

---

<sup>122</sup> Movimento anticoloniale keniano guidato principalmente dalla popolazione di etnia kikuyu, vittima dell'espropriazione delle terre da parte dei colonizzatori britannici.

<sup>123</sup> Il più numeroso gruppo etnico del Kenya, lo stesso dell'ex presidente Jomo Kenyatta (in carica dal '64 al '78), il primo presidente del Kenya indipendente e "padre della patria"



il ragionamento di Didier Fassin che commenta le derive, a suo modo di vedere, di una certa pratica etnopsichiatrica:

La specificità culturale, sostenuta da coloro in favore di questa terapia, ha un substrato essenzialmente etnico o addirittura razziale che, assieme alla incapacità di tenere in considerazione la dimensione sociale dell'esperienza d'immigrato, risulta in una forma di 'naturalizzazione' della cultura, esplicitamente considerata come una caratteristica ereditaria dell'individuo. Più in generale si può dire che tutti i pensieri estremi sulla differenza, che siano in nome della biologia o della cultura, riposano su un presupposto essenzialistico dell'alterità (2001,p.7)

Questa citazione, di cui condividiamo pienamente la prospettiva teorica, va però contestualizzata. I toni molto forti che Fassin usa scagliandosi contro l'etnopsichiatria, qui come altrove, sono da inserire in un accalorato dibattito sull'etnopsichiatria "pubblica" pensata e praticata dal gruppo che ruotava intorno alla figura complessa di Tobie Nathan. Nel pieno della polemica, Fassin – ricorda Roberto Beneduce (2001) – arriva a paragonare Nathan alla figura di Carothers in relazione all'esempio da noi sopra riportato, sproporzionando questa che sicuramente non condividiamo ma che dà la cifra del livello di animosità che alimentava tale dibattito<sup>124</sup>. L'eccesso di culturalismo da una parte e l'estromissione della dimensione sociale, politica e culturale locale, dall'altra, sono i due estremi di un dibattito che fa oscillare gli orientamenti tra relativismo e universalismo. Nathan è criticato per gli eccessi di culturalismo che, secondo i suoi detrattori, spesso lo spingono a trovare soluzioni cliniche *a priori* attraverso il ritorno (simbolico e a volte fisicamente concreto) a un presunto gruppo/cultura d'origine cui pare difficile svincolarsi e ove *lavorare* la ricomposizione di fratture in corso all'origine della forma di sofferenza. In questo senso George Devereux – scrive Marc Augé (1997) in relazione ai suoi lavori con gli indiani Mohave – pareva essere molto più cauto, evitando di "dissolvere" l'individuo dentro il gruppo etnico, "permettendo" alle individualità catturate nelle loro storie personali di essere espresse e di condividere una storia comune.

Quelli del rapporto tra individuo e gruppo sociale, dell'esperienza, della rappresentazione e delle pratiche della malattia entro i campi sociali e le forze storiche,

---

<sup>124</sup> Rispetto ai toni di tale dibattito si veda anche Beneduce et al. (2005) che ne analizza i presupposti in termini di politicizzazione della "cura" e della "cultura" alla luce del contributo dell'etnopsichiatria italiana.

nonché della produzione e guarigione sociale della malattia, sono temi che hanno accompagnato il dibattito in seno all'antropologia medica e che acquistano una posizione centrale in un'etnografia della salute mentale. L'analisi che qui avanziamo assegna un ruolo prioritario all'esperienza del soggetto colpito da malattia mentale e della famiglia e, nel farlo, cerca di connettere i significati e le esperienze "individuali" nelle trame intersoggettive di relazioni significative che agiscono e sono agite socialmente. La tensione etnografica, che cerchiamo di creare addentrandoci nella fitta rete di relazioni sociali, cerca di evitare l'annullamento della soggettività e la dissoluzione del soggetto in un ipotetico contesto sociale (che rischia di risultare omogeneo al suo interno per chi legge) e, d'altro canto, tenta di non ridurre in direzione individualistica l'agentività dei soggetti. Vedremo anche quanto i confini di malattia e sanità siano processualmente fluidi, ove la "rottura" implicata dallo stato di "malattia" sia un prodotto culturale socialmente costruito. Per Ernesto De Martino (1948) questo avviene quando la capacità dell'umano di "oggettivare la realtà" nel quotidiano, di rispondere in modo adeguato a un determinato momento storico, anche attraverso l'azione personale, viene meno. La "*crisi della presenza*" mette in scacco la persona che smarrisce la propria capacità di agire e che vede messa in crisi la propria capacità di *essere nel mondo*. Per rendere conto di questa "crisi" non basta operare sul binomio salute e malattia<sup>125</sup>, l'etnografia deve, tra le altre cose, svelare e mettere in relazione i diversi punti di vista, le diverse strategie, le negoziazioni, le ambiguità dell'incontro e dello scarto tra retoriche e pratiche per rendere la complessità di un eterogeneo campo sociale dove tutto è in relazione, anche quando dalla relazione si è forzatamente esclusi. In Somalia la necessità di investigare molteplici punti di vista intorno allo stesso micro-fenomeno è per noi non solo imperativo metodologico ma anche una modalità di posizionamento che favorisca la circolazione dei sapere e permetta all'esposizione pubblica del ricercatore di essere maggiormente tutelata, in un contesto a forte instabilità e insicurezza, anche per l'incolumità fisica dello straniero.

Prima di proseguire con l'analisi delle storie di vita e delle relazioni sociali che ci

---

<sup>125</sup> La definizione di salute adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dai tempi della sua costituzione identifica in essa non "solo la semplice assenza di malattia" bensì "un completo stato di benessere fisico, psichico e sociale" (WHO, 1946). Questa ipotetico allargamento del campo al di fuori dello stretto binomio salute/malattia (le indicazioni dell'OMS sono spesso orientate da logiche di *promozione* della salute), non si risolve però in una problematizzazione di tale definizione "binomica", della cui rigida distinzione sono custodi una serie variegata di ruoli sociali, poteri e istituzioni occidentali (Pizza, 2005, p.75).

permetteranno di comprendere la categoria popolare di *waali*, indugiamo ancora su un ulteriore tema caldo dibattuto da antropologi e professionisti psi-, ovvero il tema delle tassonomie psichiatriche in un contesto non-occidentale. Come si può immaginare, anche su questo piano si gioca lo scontro con chi sostiene l'universalità dei disturbi psichiatrici che, immutabili nella sostanza, sono al più modificati da fattori culturali e sociali nei loro contenuti manifesti (funzione patogenetica della biologia e funzione patoplastica dei fattori socioculturali). Questa stratificata visione presuppone, come ricorda Kleinmann (1988,p.25), che i livelli socioculturali siano da considerarsi epifenomeni che devono essere in qualche modo estirpati per poter mostrare la "vera" malattia sottostante (in altre parole la "disease" sarebbe un'entità nascosta dalla "illness", che ne rappresenterebbe il "condimento" culturale). Tutto ciò rimanda immediatamente al ruolo egemonico che la biomedicina esercita anche in psichiatria, i cui strumenti, costruzioni della realtà che originano da un preciso percorso storico-politico tutto occidentale, non possono essere trattati come oggetti "neutri" e validi in qualsiasi epoca storica e luogo geografico. La pretesa validità di uno strumento è già problematica entro un determinato gruppo sociale "omogeneo". McHugh e Slavney (1986) ricordano come uno strumento (ad esempio una diagnosi psichiatrica) può essere *attendibile* e *valido*. L'attendibilità è data dalla consistenza dei risultati che uno strumento mostra quando diversi osservatori misurano lo stesso fenomeno. La validità invece ha a che fare con la verifica delle categorie diagnostiche in sé, ovvero la verifica degli assunti. Quindi posso avere uno strumento che mi fornisce osservazioni di un certo tipo (e dei professionisti formati a usare lo strumento in maniera rigorosa) ma nulla mi dice che queste osservazioni, pur consistenti, siano corrette. Il concetto di *categoria fallace* (Kleinmann,1977), rimanda proprio a quest'errore logico che porta ad assumere categorie della psichiatria occidentale, reputate esenti da condizionamenti culturali, quali categorie nosologiche universali. Così procedendo le malattie sono "cose" da scoprire mascherate (*cultural camouflage*) dalle diverse maschere culturali che assumono in contesti distinti. Derek Summerfield, discutendo il concetto di categoria fallace in relazione all'uso della categoria diagnostica del PTSD parla di "pseudo-condizione" (1999) a indicare il fatto che non catturi il significato e l'importanza dell'esperienza vissuta. Esperienze allucinatorie uditive tra indiani americani in seguito alla morte di una persona cara sono parte del "normale" processo di lutto, e non implicano alcuno sviluppo patologico, come ad esempio la psicosi o depressione maggiore. Misurare lo stato allucinatorio con criteri diagnostici occidentali

in questo contesto può portare a diagnosi assolutamente fallaci, incapaci di catturare l'esperienza del soggetto nonché la non patologicità della forma di sofferenza in quel determinato contesto. D'altronde, ricorda Kleinmann (1988, p.11) il problema risiede nel pregiudizio positivista di molti psichiatri, formati empiricamente a riconoscere l'osservazione come diretta rappresentazione della realtà.

Questa fiducia nella presunta "oggettività" della conoscenza scientifica occidentale, che si fa globale, è contestata da Ivan Illich quale espressione dell'estensione del potere medico sulla società che produce quello che chiama l'*imperialismo diagnostico* (1976). Se la medicina occidentale priva gli individui, secondo Illich, della capacità di agire nel mondo e modificare o contestare le strutture sociali che provocano disagio, per estensione l'uso di costrutti tipicamente euro- o americano-centrici su scala internazionale alimenta la propagazione implicita di valori occidentali quali metro di misura, della *normalità* in questo caso, verso cui confrontarsi ad allinearsi<sup>126</sup>. Se concordiamo sul fatto che le classificazioni diagnostiche non sono esercizi di neutralità bensì oggetti storicamente e culturalmente connotati, sembra abbastanza lapalissiano che uno strumento costruito *in e per* un mondo specifico non possa essere usato per leggere la realtà in un contesto "costruito" su ben altre fondamenta. Come ricorda ancora Kleinman, non si tratta qui di traduzione di concetti, bensì di *traduzione di mondi*. Le classificazioni psichiatriche cui siamo avvezzi sono costruzioni occidentali della realtà, problematiche piuttosto che non-problematiche in quanto prodotti di teorie e pratiche inscritte in presupposti sociali e culturali tipicamente situati (Kleinman, 1977). Inoltre le classificazioni non esistono in natura, non sono date e pronte per essere lette ma, ricordiamolo ancora, sono costruite per leggere una realtà che emerge attraverso l'uso degli occhiali appositamente costruiti per essa.

Ci interessa ricordare che, se chiediamo a uno psichiatra di effettuare una diagnosi clinica di una persona cui localmente si "applica" la categoria nosografica popolare *waali*, la sua diagnosi non sarà univoca. Ciononostante nella maggior parte dei casi la

---

<sup>126</sup> In tutt'altro contesto e implicitamente motivando la necessità di uno dei presupposti della sua etnopsichiatria, ovvero di valorizzare le teorie e le pratiche sottesi alle "psicopatologie locali", Tobie Nathan scrive: "questo tentativo di teorizzazione propone anche un'alternativa alla maniera con cui la psicopatologia organizza la propria mondializzazione, poiché questa disciplina sembra avere preso la decisione di farlo secondo il modo con cui si diffondono nel mondo i prodotti industriali fabbricati in Occidente –cioè squalificando i prodotti locali e facendo nascere con ogni mezzo una domanda specifica presso i nuovi consumatori. In altri termini, psichiatria e psicoanalisi tentano di iscriversi nel processo generale di mondializzazione proponendo prodotti stampigliati con l'etichetta «certificato razionale», «certificato universale»" (2003, p.67).

diagnosi ricadrà nella polarità delle psicosi e, altrettanto verosimilmente, la diagnosi di schizofrenia sarà la più frequentemente utilizzata, come l'esperienza di campo ha mostrato<sup>127</sup>. Nel sottolineare questo non stiamo facendo un passo indietro rispetto alle affermazioni di "intraducibilità" appena discusse, bensì intendiamo ricordare che, nei confronti della persona ritenuta malata, più persone contemporaneamente, esperte o non, probabilmente emetteranno un verdetto / si formeranno un'opinione / avranno qualche idea a riguardo. Se non è scontato che il non-esperto catturi l'esperienza della persona dentro una categoria discreta<sup>128</sup>, è più facile che un "esperto" lo faccia. Questo punto ci interessa perché nello stesso momento in cui il fratello di Mohamed si rapporta a lui come a Mohamed-*walaan*, il medico lo fa con Mohamed-*malato di schizofrenia*, lo Sheikh lo fa con Mohamed-*attaccato da un jiin*, e così via. In questo senso utilizzeremo le diagnosi effettuate localmente dai medici somali (che quasi mai sono psichiatri), ovvero nella misura in cui questa identificazione diagnostica attiva una serie di azioni e reazioni concrete che agiscono nelle relazioni tra gli attori in gioco, in particolare per l'individuo che ne è coinvolto in prima persona. Vedremo inoltre più avanti nel testo (Cfr. Cap.5) come, dal punto di vista degli attori "esperti", i saperi che costoro incarnano siano in relazione.

### 3.3 La crisi profonda: Waali

Cosa significa esser *walaan* nella Somalia contemporanea? Inizieremo a vederlo fra poco, con l'aiuto di una serie d'interviste appositamente effettuate a Bosaso nel 2006, per poi proseguire con l'analisi di una storia di vita. I brani selezionati si riferiscono ad una serie d'interviste condotte durante un periodo di ricerca per la preparazione della tesi di Master in Etnopsichiatria (Università di Genova) all'interno del reparto di salute mentale, anche se non tutti gli intervistati lavoravano in quel luogo. Le ho scelte perché mi paiono esemplificativi di quelle che sono le rappresentazioni storicamente consolidatisi, in particolare negli ultimi venti anni, intorno a tale figure perché né prima

---

<sup>127</sup> Va inoltre ricordato che la prima visita al reparto avveniva solitamente quando la persona era già in condizioni di sofferenza da tempo. La diagnosi di schizofrenia prevede che determinate condizioni sintomatologiche siano presenti consecutivamente per almeno sei mesi (APA, 2000, pp.340). Analizzando i dati del Database del Reparto di Salute Mentale dell'Ospedale di Bosaso, su dati validi di 2.230 pazienti, si evince che l'esordio della malattia era, mediamente, precedente di 36 mesi rispetto al primo incontro. Un'elaborazione degli stessi dati, questa volta su 2.092 dati validi, mostra che le diagnosi effettuate parlano di una forma di psicosi nel 39,2% dei casi (15,1% sono le diagnosi di schizofrenia sul totale).

<sup>128</sup> Così come, non necessariamente, possediamo le risposte alle otto domande che costituirebbero i modelli esplicativi della malattia (*illness*), come originariamente teorizzate da Kleinamn (1980).

né dopo abbiamo registrato voci dissonanti rispetto a quella che è la costruzione più diffusamente circolante. Si noterà la somiglianza con le espressioni usate dai familiari di *walaan* riportate all'inizio del presente capitolo. A parte il medico, come si vedrà, le risposte non sono affatto “tecniche” e riprendono i temi che circolano nella società. Il ruolo professionale delle figure all'interno dell'ospedale era molto recente e nessuna di esse aveva una formazione psichiatrica in senso stretto. Le loro opinioni emergevano in quanto appartenenti alla comunità locale come madri e mariti, ad esempio, piuttosto che come infermieri. Va anche detto che sebbene il medico e gli infermieri avevano effettuato il relativo percorso di studi localmente e praticavano la professione, nessuno di loro aveva conseguito una specializzazione in psichiatria o effettuato dei corsi specifici (il medico aveva, pare, partecipato ad un corso di psichiatria base di 6 mesi in Arabia Saudita). Il linguaggio e i codici della psichiatria occidentale erano dunque ai più sconosciuti o parte di un bagaglio di conoscenze cui non erano stati “esposti” e che non avevano comunque mai “lavorato”. A loro volta gli “operatori sociali”, che sarebbero andati a svolgere un lavoro simile a quello degli “educatori psichiatrici” erano membri volontari, giovani volenterosi, della branca locale della Somalia Red Crescent Society (*bisha cas*), senza alcuna esperienza nel campo della salute mentale o nell'ambito “psicosociale”<sup>129</sup>.

All'epoca oltretutto c'era il problema della sicurezza<sup>130</sup> che mi portò a dovere concentrare le interviste in quel luogo, maggiormente tutelante in questo senso. Nei cinque anni successivi in cui sono tornato in Somalia, non ho mai sentito la necessità di ripetere delle interviste su questi temi perché quotidianamente l'incontro con i familiari, con le persone affette da disagio mentale, con gli operatori o con gli Sheikh rimandava sempre, pur con le specificità delle storie e delle situazioni, alle stesse coordinate delle interviste che riporto sotto.

In tutto il nord del paese i termini con cui mi vengono descritti i *walaan* sono pressoché gli stessi. Che si tratti di gente “comune”, di familiari, medici o Sheikh. Certamente possono non coincidere le spiegazioni eziologiche, i nessi causali, le figure

---

<sup>129</sup> Questo rispondeva sia a un'assenza di figure specializzate nel territorio sia a una precisa scelta di G.R.T. – l'organizzazione non governativa milanese che nel 2003 aveva dato vita al primo progetto di salute mentale in Puntland- di valorizzare l' *esperienza dei non esperti, non professionisti psi- ma esperti delle relazioni entro il determinato contesto sociale*.

<sup>130</sup> Era il periodo in cui l' *Unione delle Corti Islamiche* aveva appena preso il controllo di buona parte del centro-sud del paese e di Mogadiscio in particolare, e lo stato di allerta era salito anche in Puntland, sia ai confini con il Centro Somalia, sia internamente, per la paura di attacchi. Un anno più tardi la situazione è peggiorata ulteriormente e poco dopo il mio ultimo periodo prolungato di campo in Puntland nel 2007, si sono verificati i primi rapimenti di stranieri proprio a Bosaso.

retoriche e le prospettive, ma simili sono le descrizioni, soprattutto in termini comportamentali, del *walaan*. Inoltre, per quanto rintracciabile in letteratura, queste descrizioni sono in continuità con quanto è riferito da somali all'estero, che siano in territori storicamente abitati da somali in Etiopia (Zarowsky,2000), nel campo rifugiati di Dadaab in Kenya (Reggi, 2010) o in uno dei paesi di transito o rifugio come ad esempio in Australia (Bailes, 2005), Nuova Zelanda (Ryan,2007; Guerin et al.,2004a), o Stati Uniti (Christensen,2010; McGraw Schuchman et al., 2004; Carroll, 2004; Bentley et al., 2008; Scuglik et al.,2007; Starkey et al.,2008). È però importante ricordare che questo vale solo per *waali*, mentre rispetto alle altre categorie che in qualche modo hanno a che fare con afflizione e sofferenza mentale, le descrizioni divergono in modo significativo, a volte anche solo a distanza di poche centinaia di chilometri come, ad esempio, per *Buufis* (Reggi, 2012).

A ogni intervistato veniva chiesto quali nomi fossero usati localmente per indicare problemi mentali, e tutti concordano sul fatto che il nome fosse storicamente uno solo: *waali*. Mariam e Asli, infermiera pediatrica e anziana madre di famiglia la prima, giovane segretaria dell'ospedale, recentemente divorziata, la seconda, che intervisto assieme, ne descrivono le caratteristiche:

Waali è completamente mentale... parla e ride troppo, non dorme, si toglie i vestiti, può uccidere... (Bosaso, 23/01/2006).

Il termine “mentale” viene da “*ee maskaxda*” in somalo, ovvero da “*maskax*” testa, cervello. In questo caso viene usato come sinonimo, come spesso capita, quando si vuole descrivere un *walaan* muovendo il palmo aperto della mano intorno a un lato della testa. In qualche modo, se volgiamo, simile al gesto di far ruotare il dito indice, o picchettarlo, intorno alla tempia, a noi più familiare. Il movimento della mano aperta mi ha sempre dato l'idea del riferirsi non tanto, alla rotella fuori posto (anche se esiste un'espressione somala per questo), quanto al fatto che la testa sia come piena, calda, gonfia di cose come in effetti spesso si sente nominare.

Il Dr. Abdirahman, medico del reparto di salute mentale, fornisce invece una descrizione più tecnica:

la persona è identificata come Normale o non-Normale, dove per questo si intendono i disturbi psichiatrici maggiori, psicosi. [*Waali*] è un termine generale e più o meno significa psicotico. La persona è fuori dalla realtà, non si comporta in modo culturalmente accettabile... vede, sente qualcosa, fa delle

associazioni di parole che non sono coerenti, hanno deliri, allucinazioni (Bosaso, 15/2/2006)

Concetti ribaditi anche con altre parole anche da Fadumo, giovane infermiera del reparto, all'epoca madre di tre figli:

la persona è molto attiva, troppo... parla, cammina tanto... scappa ... non capisce... si toglie i vestiti, lotta contro le persone, parla da sola e ha delle idee differenti rispetto agli altri (...) parla di tante cose e salta da un discorso all'altro... (Bosaso, 25/1/2006)

Abdulkadir, marito di Fadumo, infermiere del reparto di emergenza da poco assunto al reparto di salute mentale e proprietario di un piccolo chiosco di farmaci e biscotti, aggiunge elementi dell'esperienza di malattia dell'ipotetico sofferente, sollevando inoltre il tema del rispetto:

la persona parla in modo anormale, le parole non sono normali... è aggressiva, uccide, rifiuta il cibo, non ha relazioni, a volte ride da sola, canta... a volte dice cose tipo 'non sono niente!' oppure 'sono morta'(...) abusano Allah, insultano la religione, la madre, il padre etc... (Bosaso, 15/02/2006)

Da notare, qui e sopra, che in somalo "dil" è la parola usata per "uccidere" ma significa anche "colpire" e potremmo aggiungere, per estensione "aggredire". Ho lasciato il termine uccidere nei testi tradotti perché così veniva tradotto dagli interlocutori nel momento in cui usavano la parola in inglese. Fanno però riferimento, in questi casi, più che all'uccisione vera e propria (anche se può capitare) al fatto che possano aggredire, colpire qualcuno con una pietra o un pugno. Essendo poi la persona, per definizione, fuori controllo, potrebbe causare danni come il ferimento grave o, in casi estremi la morte, anche se quella non sarebbe l'"intenzione" originaria.

Tutti concordano inoltre sul fatto che per *walaan* vengano usate le catene perché:

(...) può uccidere. Se uno e'Waali lo si incatena di sicuro...magari gli si da un po' di Diazepam, poi dopo un po' diventa più calmo e magari si tolgono le catene...(Mariam e Asli, Bosaso, 23/01/2006)

e, ancora:



sono incatenati. Se e'incatenato urla e dorme, poi dopo uno-tre mesi diventa normale, perché si è riposato. (Abdulkadir, Bosaso, 15/02/2006)

Spiegato direttamente in italiano attraverso le parole di un anziano (*oday*) locale, Omar M.I.:

Ci sono due tipi di matti: il “matto naturale” e il “matto diabolico”. Nel primo caso si cerca di calmare, gli si dà medicine, tipo calmanti, si dà qualcosa, si parla, si fa riposare, lo si porta in un altro posto più tranquillo, magari più fresco. Per esempio a Bosaso durante l'estate fa troppo caldo e la persona non può resistere, così si porta in posti più freschi... mentre a novembre, dicembre così... la persona può resistere. (...) Nel caso del matto diabolico, [la causa] è spirituale, i diavoli non li vediamo ma loro vedono noi. Dio ha creato gli uomini e i diavoli. Quando penetra nella persona, non la lascia. Sono indiavolati. Lì si interviene con il Corano o Minghis (...) Comunque è matto... volgarizzato... rompe le cose, dice quello che vuole, aggressivo. Fa la cacca dappertutto, va in giro nudo... è matto da legare, viene incatenato (Bosaso, 14/2/2006)

Le condizioni che ruotano intorno a *waali* sono fortemente stigmatizzate e quindi l'essere definito *walaan* può diventare un punto di non ritorno che la famiglia tende ad evitare. Non esistendo “forme intermedie”, se le condizioni di una persona degenerano sino a diventare come quelle sopra riportate, solitamente si ritiene che, arrivati a questo stadio, non ci sia più nulla da fare. Convinzione quest'ultima che pare essersi consolidata nel tempo, soprattutto negli ultimi venti anni, in seguito alla formidabile frattura collettiva rappresentata dalla guerra, ancora in corso in molte zone del paese. Da un lato sono aumentate enormemente le condizioni di disagio mentale di questo tipo; nessun osservatore esterno e nessun somalo, che viva in Somalia o nella “diaspora”, si azzarderebbe a dire il contrario; dall'altro l'impoverimento che ne è conseguito a tutti i livelli (in parte in continuità con le deprivazioni stratificate dei periodi storici precedenti) ha indebolito le capacità di farvi fronte portando tali situazioni a cronicizzarsi. Se è vero che non esistono condizioni “intermedie” che vengano annoverate localmente tra le forme di sofferenza mentale in senso stretto, ciò non vuole dire che non esistano forme di afflizione (Cfr. § 4.1) che, pur non essendo considerate malattie, sono comunque causa di disagio, sofferenza e, se non risolte, nel lungo periodo possono portare allo sviluppo di *waali*.

Se l'impossibilità di ritornare “normale” sia data dalla gravità della malattia, dalla mancanza di “cure”

adeguate (non solo biomediche ma anche spirituali) o dalla stigmatizzazione assegnata dalla comunità è alquanto difficile stabilirlo a priori, piuttosto deriverà da una combinazione di questi fattori. L'esito drammatico che in ultima analisi questo processo origina è la *morte morale*, secondo Arthur Kleinmann (2009) il vero "punto zero" dei temi della "salute mentale globale". Questo è l'esito condiviso da coloro i quali rientrano nella categoria-contenitore *walaan* e verso i quali ci si comporta attivando quei repertori di reazioni, negazioni e comportamenti che sono culturalmente e socialmente consolidati. L'esclusione sociale, il contenimento con catene, l'essere relegato in una condizione marginale di quasi non-umanità, la quasi totale impossibilità di accedere al matrimonio e al lavoro, l'esclusione da ogni forma di responsabilità che dia il senso della propria appartenenza entro la comunità in cui si vive, diventano la quotidianità del *walaan*, sono la traduzione della nullificazione della persona. Le dinamiche con cui si concretizza questa negazione dello status morale delle persone colpite da gravi malattie mentali sembrano rispondere, seppure con diverse modalità, a un copione tristemente simile a livello globale, un copione nel quale appaiono sconcertanti i trattamenti che le persone affette da psicosi ricevono da professionisti della salute, da guaritori e medici tradizionali, così come dai loro familiari, dalla loro comunità d'appartenenza o dallo Stato (Patel et al., 2006). L'esperienza ontologicamente distante dell'essere-nel-mondo, evocata da chi vive la crisi profonda, mette a dura prova le relazioni sociali che si reinventano in modalità de-umanizzanti per la persona che, di questa crisi, fa esperienza (Kleinmann, 2012). Per dare il senso di queste relazioni, delle pratiche messe in atto così come del *che cosa* significhi quotidianamente esclusione morale e, nei casi più estremi, de-umanizzazione del sofferente mentale, avremmo forse potuto attingere al ricco materiale etnografico in nostro possesso analizzando biografie che potremmo definire "prototipiche". Pur riconoscendo l'artificiosità, e l'inganno, di tale etichetta, non possiamo celare il fatto che esista una tendenza forte, consolidata storicamente, che rappresenta il *walaan* dentro binari condivisi che sono quelli già citati della morte morale, nelle forme che questa assume nelle pratiche quotidiane di esclusione sociale.

Nel prossimo paragrafo avviamo la nostra analisi delle caratteristiche di *walaan*, partendo dalla biografia di una persona che, sebbene fosse in precedenza pienamente identificabile come tale, ne rappresenta in qualche modo anche l'anti-stereotipo, perché il suo percorso contraddice una serie di costruzioni classiche che ruotano intorno a tale categorizzazione. Ciò che viene contraddetto è, innanzitutto, uno degli assunti base di questa forma grave di follia, ovvero la sua irreversibilità. Per dirla con un proverbio somalo spesso riferitomi in relazione alla condizione di *Wali*: "*Lafjabtay Sideedii Manogoto*", un osso rotto non può tornare a posto.

Cercheremo di analizzare la biografia di Colaad partendo da esempi concreti della sua esperienza quotidiana, in relazione e in continuo confronto con quella degli attori a diverso titolo coinvolti in relazioni significative con lui. La costruzione della propria soggettività, in origine negata dal peso sociale della malattia, prende forma nella circolarità della presenza-nel-mondo tra conflitti, negazioni, opportunità, reciprocità,

obblighi, rappresentazioni, ruoli e rapporti di potere che sono sempre relazionali, situati e intersoggettivi. Dall'analisi delle situazioni di crisi, come nel nostro caso, riteniamo si possa aprire la porta alla comprensione della rilevanza di quei processi umani che sono fondamentali per il vivere nel mondo, condiviso con gli altri. Come ricorda Janis H. Jenkins, le persone affette da forme di sofferenza mentale grave ci possono insegnare molto in questa direzione, purché l'attenzione del ricercatore non sia esclusivamente ristretta “*alla comprensione delle differenze tra normale e anormale che rischierebbe ancora una volta di svalutare la persona con schizofrenia*” (2004, p.11). Nel scegliere la biografia di Coolad, abbiamo anche inteso valorizzare il percorso che costui ha compiuto e che lo ha portato, intimamente e pubblicamente, da una condizione mentale caratterizzata da gravità estrema e perpetua esclusione sociale al suo opposto, incarnando una trasformazione che si ritiene solitamente impossibile. Va infatti ricordato che la storia di Colaad rappresenta più l'eccezione che la regola, e che nella maggior parte dei casi la persona definita *walaan* rimane in tale condizione e sotto l'ombra di tale etichetta. Nel contesto somalo pare esistere una linea di demarcazione tra normalità e anormalità, sia nelle retoriche e nei discorsi intorno alla figura *walaan* sia nelle pratiche di esclusione che vengono adottate; è dunque una demarcazione socialmente costruita che, in quanto tale, esiste ed è produttiva. Ciò non toglie che l'eventuale passaggio da una condizione all'altra passi attraverso processi articolati, mai dati e che presentano numerosi aspetti ambigui<sup>131</sup>. Se si è così “fortunati” da compiere il passaggio dalla seconda alla prima, è di estremo interesse capire non solo come ci si è arrivati, ma cogliere le trasformazioni e le relazioni sociali implicate prima, durante e dopo quel passaggio. È chiaro che non si tratta di percorsi lineari, non esiste una linea progressiva segnata da chiari indici di cambiamento permanenti, ma quando il cambiamento avviene non è solo il singolo che cambia: lo fa la relazione tra la persona, il mondo morale locale, le rappresentazioni e le costruzioni sociali che circolano e il mondo materiale, le opportunità e le restrizioni. La soggettività che nel processo di cambiamento emerge positivamente può farlo perché essa è intrinsecamente intersoggettiva. L'eventuale “auto-realizzazione” che avviene e permette la ricomposizione delle fratture con il proprio “gruppo” non è necessariamente un piegamento della prima ai rigidi dettami del secondo. Allo stesso modo la soggettività, che pure per realizzarsi ha “bisogno” di essere *nel* gruppo, non si dissolve in esso. Per

---

<sup>131</sup> De Martino metteva in guardia circa il fatto che “il giudizio di sanità o malattia è un giudizio storico, e non può prescindere dalla considerazione del rapporto tra comportamento e ambiente storico” (1977, p.18).

questo se è vero che il gruppo ha espulso dal proprio mondo morale, dalla propria cerchia di umanità condivisa, il soggetto che ha trasgredito alcune regole comportamentali o, più in generale, che si è trovato in scacco senza possibilità di attingere dal gruppo né le possibilità di auto-realizzazione, né di protezione, né di comprensione o accettazione, perché avvenga un cambiamento è necessario che ciò che è rappresentato dal “gruppo”<sup>132</sup> cambi, e questa è forse la parte più difficile del processo. Se questo avviene, forse il soggetto avrà la possibilità di sperimentarsi pienamente in una nuova forma, “guarito”, ovvero con la possibilità di progettarsi nuovamente in modo riconoscibile e di essere accettato. Intendiamo qui la “guarigione” dal punto di vista del soggetto, l’identificazione della quale è operazione tutt’altro che facile e scontata, ma che suggeriremo nel testo come contestualizzare.

Ciò su cui si vuole insistere è però la differente prospettiva che della guarigione può avere la famiglia (il “gruppo” nelle generalizzazioni sopra) rispetto al soggetto sofferente. Un gruppo che non cambia e che non vuole cambiare, di fronte al familiare aggressivo che non rispetta il padre, riconoscerà come avvenuta la guarigione quando sarà eliminata l’aggressività e recuperato il rispetto per le gerarchie familiari<sup>133</sup>. Questo può avvenire con un’azione di ricomposizione spirituale che passa attraverso le parole e le azioni, quand’anche imposte, di uno Sheikh oppure anche attraverso l’uso, libero o imposto, di psicofarmaci, a seconda dei casi e delle preferenze. La famiglia, in effetti, spesso riferisce che la guarigione è avvenuta quando le caratteristiche disturbanti sono neutralizzate o diminuite e in questo modo utilizza, spesso in maniera incurante e strumentale, farmaci psicotropi. Però, soprattutto nelle condizioni più gravi e deteriorate, questo ipotetico cambiamento è, nella migliore delle ipotesi, temporaneo e destinato a non resistere al tempo ma, soprattutto, non è necessariamente positivo per il soggetto “tranquillizzato”. Se così fosse basterebbero dei sedativi o neurolettici, ma sappiamo che non è così e che quasi mai questi svolgono un’azione “curativa”, bensì sintomatica.

Quindi, se il soggetto “ritorna al villaggio” e ne è accolto, ciò è possibile se il villaggio è cambiato. In contesti particolarmente impoveriti, come la Somalia

---

<sup>132</sup> Il gruppo non va inteso come un’entità dotata di un’intrinseca moralità immodificabile o dalle regole di appartenenza univoche. Piuttosto va inteso in maniera fluida e di volta in volta contestualizzato e specificato nei contorni che assume per il soggetto: la famiglia, una comunità di persone allargata unita da vincoli di reciprocità, il consiglio degli anziani. Spesso i livelli si sovrappongono. Ci permettiamo di usare questa espressione piuttosto generica perché l’esperienza di deprivazione totale cui molti soggetti con sofferenze mentali gravi sono sottoposti crea una potente linea di demarcazione che, molte volte, è tra il soggetto da una parte e tutto ciò che lo circonda dall’altra.

<sup>133</sup> Come ci è capitato di osservare sia a Bosaso, ad Hargeisa a Dadaab.

contemporanea, le condizioni materiali, oltre a quelle spirituali e culturali eventualmente indebolite, possono aggiungere un fardello ulteriore al processo di cambiamento che, indipendentemente dalla volontà dei soggetti coinvolti, *non riesce* a innescarsi. Questa considerazione di “buon senso” che rispecchia una convinzione diffusa localmente, che associa al sociale un posto prioritario nelle possibilità di miglioramento di condizioni anche particolarmente severe, trova un’importante sponda nei risultati di ricerche scientifiche a livello globale (Desjarlais et al., 1995,p.39-44) ben riassunti da Harding et al. :

la cronicità ha meno a che fare con gli esiti naturali della malattia e più a che fare con la miriade di fattori ambientali e psicologici che interagiscono con la persona e la malattia (1987, p.479).

Questo non deve fare credere che le discipline scientifiche “forti” in ambito di salute mentale siano convintamente ricettive in questa direzione, come auspicato nell’importante “World Mental Health” del 1995, compendio sullo stato dell’arte della salute mentale a livello globale scritto con il contributo fondamentale di antropologi, da cui la citazione è tratta. Nello stesso testo vengono inoltre sottolineati i risultati di due ricerche di WHO a distanza di quasi vent’anni l’una dall’altra, condotte con pazienti diagnosticati come schizofrenici in nove paesi, seguiti per due anni dopo la remissione. I risultati di entrambi gli studi (il secondo del 1992 è stato appositamente realizzato con metodologia più rigorosa del primo, risalente al 1976, che aveva avuto risultati “troppo” sorprendenti) dicono che nei paesi “in via di sviluppo” gli esiti sono molto migliori che nei paesi “sviluppati”(Jablensky et al., 1992). Questo a ulteriore suffragio della tesi dell’importanza dei fattori sociali, culturali e ambientali per la quale gli autori auspicano un maggior investimento in termini di ricerca.

### **3.4 La vita sociale di Colaad: essere *waalan* e il suo contrario**

#### **3.4.1 L’arrivo, lo stereotipo**

Incontro Colaad<sup>134</sup> la prima volta il 13 marzo del 2004. Questo non è un nome di finzione, bensì il suo soprannome reale, il nome con cui tutti lo chiamavano, io

---

<sup>134</sup>

compreso. Nel testo non adopererò strumenti di mascheramento della sua identità, perché l'uscire dall'anonimato della sua condizione di malato e il farsi pubblicamente portavoce del cambiamento avvenuto attraverso l'esposizione voluta della propria storia, anche passata, è stata una caratteristica di Colaad. Ammetto che non ho avuto modo di chiedere il suo permesso ma mi arrogo questo diritto nella certezza che questo è quanto avrebbe voluto, come più volte mi aveva chiesto e come sarà evidente dal suo percorso. E' l'unica persona di cui parlo in questo testo senza accorgimenti di "tutela" della privacy, nella consapevolezza che questa scelta va nella direzione di costruire una ricerca e una narrazione etica che sia rispettosa dei soggetti e delle loro aspirazioni e per fare fede a questo criterio a volte non bisogna mascherare ma esporre.

Nel testo alternerò materiale vario dalle note del diario a stralci d'interviste audio e videoregistrate e dati da cartelle cliniche. Le parti riportate non seguono un ordine cronologico lineare, per cui è possibile che un'informazione ottenuta nel 2007 sia proposta prima di altre del 2004. Questo rispecchia il processo di *presenza* e permanenza di lunga durata sul campo e il rapporto con storie di vita dalla temporalità complessa per cui informazioni successive illuminano di significati e interpretazioni nuove, precedenti osservazioni. La scrittura permette di organizzare queste informazioni in modo dicibile e, nella speranza di chi scrive, comprensibile al lettore cercando di salvaguardare comunque il momento dell'incontro, lo stupore, i dubbi, le riflessioni del periodo. Nei casi in cui l'informazione successiva metta in luce un fraintendimento o cambi le regole di posizionamento del ricercatore in modo significativo queste non verranno celate, perché parte del processo di costruzione dei significati etnografici.

All'epoca lavoravo a Bosaso da poco meno di un anno. Era un momento di grande fermento, il reparto di salute mentale dell'ospedale generale aveva aperto da circa un mese, ed era il primo nella storia dell'area dello Stato del Puntland; oltre a me vi lavoravano tre guardie, tre infermieri, tre operatori sociali e un medico. Tutto il personale era somalo, da poco era arrivato uno psichiatra italiano che lavorava assieme allo staff facendo affiancamento in reparto per circa due mesi. I sei mesi precedenti li avevo passati entrando nelle case della città a incontrare persone con problemi di salute mentale (così identificati da loro stessi o dai loro familiari, non essendoci stato nessuno "screening" ufficiale) assieme agli operatori sociali. Credo che in quel periodo avessimo incontrato più di cento persone, ma non saprei dire un numero esatto; molti di loro successivamente vennero al neonato reparto. Era la prima volta che vedevo Colaad: non lo avevamo incontrato nei sei mesi precedenti. Le giornate erano intense; ancora

prima che il reparto aprisse c'era la fila di persone fuori dell'ospedale. Un giorno alcuni familiari di un paziente spararono fuori dalla porta d'ingresso perché non erano riusciti a entrare o perché la lista d'attesa era troppo lunga. Non ricordo il motivo esatto ma quest'episodio evoca in me quel periodo convulso e pieno d'entusiasmo. Alcune persone arrivavano anche da 800 chilometri di distanza, spesso avendo percorso lunghi tratti a piedi. C'era un clima di grande aspettativa, perché il “problema” era molto sentito tra le famiglie. Si era creata una lista d'attesa che si era allungata sino a tre mesi, e le persone che avevano impiegato una settimana per arrivare spesso rimanevano senza troppi clamori in città ad aspettare il loro turno, facendosi ospitare da parenti. Quel giorno:

Colaad arriva accompagnato dal padre e da due fratelli. Un parente aveva prestato la macchina per il trasporto. Scendono affannati, tutto si svolge in maniera molto frenetica. Si alzava molta polvere intorno a quel gruppo di persone che stavano entrando dalla porta azzurra quasi travolgendo l'alto Ahmed<sup>135</sup>, guardia di turno quella mattina. Nonostante ci fosse già parecchia confusione nella veranda e nel cortile del reparto, un continuo vociare e viavai, quel gruppo appena entrato risaltava-ulteriormente. Colaad era incatenato sia alle braccia sia alle gambe. Era stratonato, si dimenava, volavano parole, sudore, rumore di ferraglia, tanta polvere, sembrava una situazione inarrestabile. (...) Com'era prassi, il colloquio si svolse assieme a tutti i membri della famiglia che accompagnavano la persona, oltre allo staff presente, in quel caso il medico, un infermiere, un operatore sociale e i due “stranieri”. Era anche prassi quella di togliere le catene durante il colloquio, non erano concesse deroghe, e questo era motivo di ulteriore tensione per la famiglia, che non aveva nessuna intenzione di lasciare libero Colaad, paventando reazioni incontrollabili e aggressività estrema che sarebbero scaturite lasciandolo libero. Le catene dovevano essere aperte dai familiari, ovvero da coloro i quali le avevano chiuse. Come nella quasi totalità dei casi, una volta tolte le catene non succedeva nulla di sconveniente, con grande stupore da parte della famiglia (diario di campo, Bosaso, 26/3/2003).

Una volta entrati nella stanza dei colloqui...

---

<sup>135</sup> Ahmed è stata la prima guardia del reparto, forse sarebbe più appropriato chiamarlo la guardia “zero”, essendosi letteralmente piazzato con il suo materasso dentro l'ospedale quando il reparto era ancora in costruzione. Prima assoldato dalla compagnia di costruzione, poi rimasto a presidiare quel luogo (di lavoro), è stato “assunto” dall'ospedale/GRT. Come il resto dello staff dell'ospedale, aveva un parente con problemi mentali che è stato seguito tra i primi pazienti dell'ospedale. L'ultima volta che andai a Bosaso nel maggio del 2011, otto anni dopo, c'era ancora lui ad aprire la porta del reparto, altissimo con il suo immancabile bastone. Una forte emozione mi colpì abbracciandolo.

Nonostante l'alto numero di persone nella stanza e il livello di tensione e allerta che era molto alto da parte di tutti, per un attimo mi parve regnasse un silenzio irreale. Se fino a pochi minuti prima la luce accecante della giornata, la polvere, le urla e gli strattonamenti si susseguivano caoticamente, adesso era ritornata la calma e all'interno della stanza in penombra pareva che tutti avessero bisogno di riposare un attimo. Coolad, sporco di terra e trafelato, si sedette per terra rifiutando di sedersi sulla sedia, aveva una vecchia camicia aperta sul petto e si percepiva una certa agitazione, nonostante fosse seduto e non parlasse.

I familiari non avevano dubbi e anche gli operatori somali parevano concordare sul fatto che fosse walaan. Il medico somalo, anch'egli concorde con tale etichetta, emette una diagnosi di schizofrenia e prescrive una prima terapia di due settimane di Aloperidolo (5mg, pastiglia) e Diazepam (5 mg, pastiglia), da verificare in una successiva visita di controllo in ospedale, a breve distanza di tempo (ibid.).

Perché questo caso rientra nei confini dello stereotipo walaan? Un indizio forte ci viene indirettamente dal fatto che tutti gli operatori e i familiari somali concordassero con tale definizione, cosa assolutamente non scontata. Inoltre la sintomatologia evidente durante l'incontro e riportata dai familiari era tracciata nel solco di *waali*: era aggressivo (e per di più incatenato, altro indice diretto), parlava di "cose senza senso" e "non corrette" (i.e. il presidente del Puntland lo voleva ammazzare, la famiglia cercava di avvelenarlo), aveva tentato la fuga. Per la prospettiva locale dunque Colaad era e sarebbe rimasto per sempre *waali*, nei fatti.

Nel febbraio 2006, stavo commentando con lo staff dell'ospedale una serie di dati raccolti attraverso delle "schede di diagnosi familiare" (V. Appendice). Queste erano delle schede brevi, in somalo, appositamente predisposte per investigare le concezioni delle cause della malattia da parte della famiglia, i nomi per definirla e le sue caratteristiche oltre alle stesse informazioni eventualmente fornite da attori esperti, medici, guaritori o erboristi che fossero. Le schede erano compilate direttamente in somalo tramite intervista effettuata in tutto da un "operatore sociale" del reparto a un membro della famiglia, di solito il responsabile, che accompagnava il parente malato. Per limitare eventuali distorsioni delle risposte dovute alla presenza del ricercatore straniero, cosa che volevo anche verificare tramite queste interviste, queste erano condotte alternatamente da uno dei due operatori con cui avevamo di fatto costruito assieme la scheda, quando io ero fisicamente assente.

In particolare stavo chiedendo un commento circa il fatto che le famiglie con un



familiare in grave condizione di sofferenza mentale (e che parevano ai miei occhi chiari esempi di *waali*), usassero tale termine in misura minore rispetto a quanto mi aspettassi.

**Mohamud.** Il motivo principale penso che sia perché è vergognoso dire che una persona è Waali, ad esempio. Perché la gente pensa che non è curabile e quindi se uno è Waali non è curabile. Se uno è waali, anche se dopo sta bene, sia che sia uomo o donna... dopo può essere che non lo sposano più... Per lo stigma, lo criticano, le relazioni sociali... per la paura di ciò, non dicono che è matto. Dicono che non ha Waali.

**Rage.** Se uno ha la TB [tubercolosi] non lo dice, lo stesso per Waali. Sai la famiglia si vergogna per questo, evitano di dirlo, riferito ad un familiare...(...) Spesso fanno riferimento a problemi fisici al posto di mentali...mi fa male qui o qui, poi c'è una mancanza di terminologia...Dicono mi fa male qui, qua...

**Mohamud.** Dici che uno è Waali o Buufis etc... quando la persona non c'è o se non la conosci...Buufis lo usi anche un po' per gioco ...

**Rage.** Vedi Colaad, quello che ti diceva ieri scherzando...pensa di non trovare una donna, di non essere accettato per via della sua malattia. Ora sta bene, tutti lo sanno, lo vedono, ma quando uno è stato matto una volta...(dal diario, Bosaso, 7/2/2006).

Questi passaggi sono interessanti perché ci fanno capire intanto che, nonostante sia generalmente motivo di “vergogna”, i familiari di Colaad non hanno dubbi nell'identificare la malattia e darle un nome, e inoltre indicano che la convinzione secondo la quale “l'osso rotto che non ritorna a posto” è una preoccupazione seria per Colaad stesso, che teme di non trovare una donna che lo sposi, ovvero che non potrà essere guarito nei fatti. Rage cita spontaneamente come esempio il caso di Colaad (che non era l'oggetto del tema in discussione) proprio perché all'epoca in cui la chiacchierata si svolse, da waali lui era ritenuto “guarito”, perché “tutti lo sanno, lo vedono” che è guarito e, forse, lo trattano da pari. Colaad dal canto suo non si sente tale fino in fondo e lo stesso Rage lascia intendere che, comunque, “quando uno è stato matto una volta...” l'osso non torna a posto come prima. A due anni di distanza dal primo incontro forse Colaad non è più waali nella *forma*, ma lo rimane nella *sostanza*.

### 3.4.2 I precedenti

Ritorniamo al primo incontro avvenuto con Colaad nel marzo 2004, allora egli aveva 25 anni, abitava in una tipica casa in muratura (*buluketi*) assieme ai genitori, una

sorella e due fratelli, mentre un'altra sorella e un fratello vivevano altrove. La famiglia, con poche risorse, era originaria della zona di Bosaso, poi trasferita a Mogadiscio, dove Colaad era cresciuto sino alla fuga durante la guerra civile. Della casa, composta da quattro stanze affacciate sul patio centrale in cui, in tutto abitavano circa dodici persone, *“due stanze non avevano neanche il tetto per colpa della povertà”*, per riprendere l'espressione riportata sulla cartella clinica di Colaad da un operatore dell'ospedale. Più di un anno dopo il primo incontro spontaneamente ci spiega il significato del suo soprannome:

Il mio nome è Colaad S. D.... questo è il mio nickname, ma il mio vero nome è O.S.D. [Colaad] significa conflitto...conflitto perché si riferisce alla mia infanzia. Sono nato a Mogadiscio quando il popolo etiopico e il popolo somalo combattevano l'uno contro l'altro... ti racconto il mio passato, capisci... la mia famiglia era molto povera, quando ero bambino... ero furioso... un tipo arrabbiato... per esempio, potevo picchiare mio padre o mio fratello... ero un uomo forte all'epoca... picchiavo così [imita il gesto] con le gambe e con le mani (Colaad, Bosaso, 29/04/2004).

In queste sue parole c'è indirettamente l'unica traccia di una possibile causa alla sua malattia, lui è conflitto. Nasce così, è in qualche modo predestinato, la storia stessa del suo popolo in lotta con l'Etiopia lo dimostra. Torneremo più avanti sull'eziologia dal punto di vista di Colaad.

La famiglia ristretta fugge da Mogadiscio e vive temporaneamente in un campo rifugiati per un periodo relativamente limitato (due – tre anni) prima di raggiungere il Puntland e, successivamente, Bosaso. La città prima della guerra conta non più di 5.000 residenti, che diventano almeno 150.000 pochi anni dopo la guerra, mentre le stime attuali parlano di circa 483.000 abitanti<sup>136</sup> (UNAID,2009), tra cui circa 49.708 sfollati interni assembrati in 24 campi ai margini della città (DRC,2009). La città è stata infatti polo di attrazione del rientro sia per molti del clan degli Harti-Darood, originari della regione, sia per molti somali originari del sud, non legati clanicamente ai territori e in fuga dalla guerra, oltre a sempre più “rifugiati” etiopi di etnia Oromo ed etiopi dell'Ogaden, clanicamente della famiglia “somala”. Il contesto semi-arido e le condizioni ambientali non favorevoli hanno spinto la popolazione a dirigersi verso altri

---

<sup>136</sup> Come indicato nel testo di riferimento le stime variano in realtà di molto. Si va dai 150.000 di UNDP (dato del 2005) , al rapporto di UN-Habitat (Febbraio 2009) che parla di 250.000 alle cifre della municipalità che parla di 700.000 persone (USAID,2009,p.11).

territori già prima della guerra, ma nonostante questo la città, pur mai sviluppatasi commercialmente al pari di altri villaggi del sud della Somalia, era parte delle rotte di commercianti sin dall'epoca degli egizi<sup>137</sup>, a quanto è dato sapere. Il nome antico della città, tuttora in uso, è Bender Qassim, dal nome (Qassim) di un famoso commerciante del XIV secolo. Una delle versioni che circolano più diffusamente in merito all'origine del nome "Bosaso" vuole che Boosaas, o Boos-boos, fosse il nome del cammello preferito del mercante Qassim. Centro di arrivo delle rotte carovaniere, vede la prima espansione negli anni '80 dopo la costruzione del porto e di una strada che la collega in direzione sud verso Garowe e poi Galkayo, confine con il cosiddetto Centro-sud della Somalia. Attualmente Bosaso è il centro economico del Puntland, e funge da polo di attrazione, sia per le possibilità di lavoro e commerciali (strategico l'affaccio sul Golfo di Aden e verso le rotte commerciali con Dubai e gli Emirati Arabi), sia per la migrazione verso lo Yemen come prima tappa di rotte migratorie ben più lunghe. Per questo si può dire che, in un certo qual modo, la città sia abitata da una doppia categoria di "rifugiati": coloro i quali sono tornati nei territori ove hanno radicamento clanico-politico scappando dalla guerra (ma anche da cicliche carestie), e coloro i quali hanno seguito motivazioni simili ma non hanno scelto la destinazione per opportunità clanica bensì per questioni di sicurezza e fuga. Questi ultimi non accedono ai benefici del legame territoriale e sono gli sfollati (IDP-internally displaced person) che vanno ad abitare i campi per sfollati interni. Generalizzando si può dire che i primi abitano case in muratura e sono parte del tessuto sociale più evidentemente radicato e "cittadino"; gli altri abitano i campi sfollati in periferia o parzialmente "incastonati" nel caotico agglomerato urbano. È evidente che nel tempo le cose sono diventate più fluide e alcuni "ex-sfollati" non abitano più nei campi mentre, di converso, molti "residenti" abitano in condizioni di povertà a volte maggiore di quella degli sfollati del "sud".

Ci interessa qui sottolineare come la città sia cresciuta letteralmente "a vista d'occhio". Ricordo che assentarsi per un mese significava tornare e vedere il paesaggio urbano radicalmente modificato: un alto traliccio delle telecomunicazioni già ultimato, un nuovo albergo a breve distanza, il secondo piano delle abitazioni pronto per essere pitturato e abitato e il via vai nelle strade intorno al mercato e verso il porto, che iniziavano a diventare caotiche arterie dove era facile rimanere bloccati nel traffico per lungo tempo. Una città dunque che potenzialmente offre possibilità, di lavoro e di fuga,

---

<sup>137</sup> Puntland, nome della regione autonoma nel nord-est, deriva da "punt", che pare fosse il nome usato dagli antichi egizi per riferirsi ad un tipo di incenso di cui è molto ricca l'area.

non in assoluto ma se comparata con altre realtà cittadine somale. In generale, infatti, la possibilità di trovare un lavoro così come quella di intravedere delle prospettive dopo la scuola, per chi la frequenta, è assai limitata. Le opzioni principali per gli uomini sono principalmente nel commercio, ma i profitti significativi sono solita appannaggio di pochi, nell'export di capre e cammelli, nel lavoro manuale nell'edilizia e nel caric scarico legato alle attività del porto. I tassi di occupazione sono bassissimi: un rapporto della World Bank del 2002 li identifica genericamente per tutta la Somalia al 38,5% nelle aree urbane e al 52,5% nelle aree rurali (2002), dove per occupazione s'intendono anche i lavori familiari economicamente produttivi ma non retribuiti. Tali statistiche hanno un'attendibilità molto bassa. Per le donne il lavoro principale è l'attività di vendita di prodotti alimentari e di consumo al mercato e la vendita di Qaat.

Uno dei fratelli di Coolad lavora saltuariamente come meccanico, mentre il padre non lavora da quando hanno lasciato Mogadiscio; l'altro fratello ha problemi "mentali", ci dicono, per via dell'abuso di Qaat, e lo incontreremo solo qualche mese più tardi. La sorella guadagna qualcosa lavorando al mercato assieme alla madre. Coolad, da quando è a Bosaso, non ha mai trovato lavoro, salvo un periodo in cui affittava biciclette. Le risorse economiche della famiglia sono molto modeste e pare non ricevano grossi aiuti da parenti che vivono in città o all'estero.

La storia di Colaad e quella della sua famiglia s'inscrivono pienamente in una storia di reiterata povertà che, successivamente alla guerra, li ha attanagliati. Hanno perso un fratello durante la guerra, oltre a svariati parenti e conoscenti. Ciononostante, episodi legati al periodo della violenza in strada, la ferocia e brutalità degli assalti, la fuga a piedi, i conoscenti abbandonati durante il cammino con appena il tempo di seppellirli sotto terra e fuggire ancora, non entrano nelle loro narrazioni. Così come non vi entra il periodo trascorso nel campo rifugiati. La famiglia è immersa nel presente e vive il presente con il pensiero rivolto, al massimo, al futuro. La guerra e le sue conseguenze sono spesso chiamate in causa dalle famiglie che l'hanno attraversata; loro ne parlano soprattutto in termini di un'umanità perduta (facendo riferimento alle relazioni umane e in generale accennando al fatto che "prima era diverso", "c'era lavoro"), il che non è poco in sé, ma comunque non gli assegnano un posto centrale della costruzione della storia di vita familiare. Ciò nonostante il fratello di Colaad, quello che si dice sia malato per colpa del Qaat, pare abbia iniziato prima a chiudersi in mutismo totale poi a urlare e

agitarsi, proprio sotto i colpi delle “tecniche”<sup>138</sup>. Questi è poi scappato con la famiglia e sappiamo – perché lo abbiamo ascoltato in molte narrazioni locali – quanto sia difficile gestire il quotidiano durante la guerra e poi la fuga stessa, dovendosi prendere cura di una persona con disabilità fisica o con forte sofferenza mentale (Cfr. la storia di Mohamed, Cap.1). Non sappiamo se siano stati particolarmente fortunati da riuscire a fuggire senza troppe difficoltà e in tempi brevi, oppure se il non parlarne rientri nelle stesse modalità di rappresentazione e narrazione della propria storia familiare e della malattia che abbiamo conosciuto, per cui il passato non viene rievocato e non assume la stessa pregnanza e considerazione che invece è riposta nel presente. Sono le conseguenze indirette della guerra (perdita del lavoro, perdita di beni, l’economia devastata, le difficoltà a trovare un’occupazione, i costi medici e così via) a segnare il quotidiano. Il peso della doppia disabilità di Colaad e del fratello è un ulteriore costo economico che grava insieme al costo emotivo sulla famiglia, togliendo due componenti potenzialmente attivi del nucleo familiare dalla possibilità di contribuire e sostenere la famiglia per aggiungerli all’elenco delle spese, ovvero il sostentamento, il Qaat, i guaritori Coranici, i farmacisti, gli erboristi e i medici a vario titolo, oltre alla paura, per Colaad in particolare, che i suoi moti di aggressività possano coinvolgere terzi esterni alla famiglia e comportare costi di riparazione ulteriori a carico loro e del gruppo pagatore di diya di riferimento.

Da quando è a Bosaso, Colaad ha lavorato pochissimo: per un breve periodo affittava biciclette ma poi è sfumata anche quell’occupazione. Ha lavorato assieme al fratello che fa il meccanico ma poi pare abbiano litigato e lui se ne è dovuto andare. Il padre, anch’egli senza lavoro, fatica a tenere saldo il proprio ruolo all’interno della famiglia, scontando il rovesciamento di ruoli che la guerra e il collasso dell’economia hanno comportato all’interno delle economie domestiche dove, sempre più spesso, il pur minimo mercato del lavoro è più favorevole per le donne che diventano, economicamente, capofamiglia. Secondo una ricerca socio-economica condotta nel 2002, le donne sono *breadwinner* nel 70% delle unità domestiche del Somaliland (World Bank, 2003). Dati simili sono identificati per il Puntland (seppure statistiche di questo tipo nel contesto somalo sono sicuramente problematiche).

Nel confronto con la maggior parte delle famiglie e degli uomini adulti, un aspetto

---

<sup>138</sup> Così sono chiamati i *pick-up* che montano sul pianale posteriore mitragliatori pesanti con possibilità di rotazione sulla base a 360°. È l’arma “simbolo” della guerra civile somala. Solitamente sono usati pick-up oppure Toyota cui viene tagliata la copertura posteriore e saldato l’armamentario. Ci sono meccanici specializzati nel trasformare l’auto in una tecnica pronta all’uso. Abdihakim, autista e confidente, mi riferiva nel 2004 che a Kismayo il prezzo di mercato di questa operazione era di circa 200US\$.

positivo è dato dal fatto che il padre non mastica Qaat, e questo sarebbe un bel vantaggio economico se non fosse che, invece, l'altro fratello di Colaad, di poco più piccolo di lui, ha seri problemi di dipendenza dal Qaat uniti a disagio e confusione mentale. Nonostante questo lui è meno stigmatizzato di Colaad e gli è permesso di non lavorare e di essere "confuso", forse per il fatto che i suoi comportamenti non sono accompagnati da aggressività, forse per il fatto che è possibile, per la famiglia, ancorare "pubblicamente" il disagio che lo accompagna all'uso eccessivo di Qaat, che è comunque tollerato nella società. Inoltre le specifiche modalità dell'uso-abuso di Qaat del fratello fanno sì che quando questi si inalbera perché non ha i soldi per comprarlo o quando, in generale, diventa particolarmente irritabile, il procurargli qualche foglia di qaat lo tranquillizza. Da un lato quindi il Qaat genera il problema ma allo stesso tempo ne è la soluzione e quest'ultima, pur con grosso sforzo economico, è a portata di mano. Colaad invece non mastica e non trova dunque consolazione e soddisfazione nelle verdi foglie.

Qui subentra un paradosso familiare. Il fratello minore ha problemi mentali gravi quanto quelli di Colaad, se non di più, ma ha un farmaco tampone che permette una temporanea risoluzione che si reitera all'infinito e, nonostante questa comporti la dispersione delle già povere economie domestiche, almeno permette un assorbimento di quei comportamenti che invece in Colaad sconfinano nella'aggressività verso il padre e nelle trasgressioni delle regole di comportamento familiari.

Il fatto che Colaad non mastichi è rivendicato da egli stesso quale espressione della sua grande fede. Da buon musulmano quale ribadisce di essere, non beve, non mastica, e prega, quando la malattia glielo consente.

### **3.4.3 Eziologia familiare**

Sebbene uno sguardo esterno possa intravedere tra le pieghe della storia familiare una serie di indici-spie di una possibile cifra eziologica (la guerra, le "perdite", la fuga, la vita nel campo rifugiati, la povertà e così via), dalle parole dei familiari non vengono evocati eventi significativi attorno ai quali possano essersi sviluppati i prodromi della malattia. L'identificazione di questi ultimi, così intesi, forse serve più al nostro sguardo e alla nostra analisi per trovare punti di ancoraggio e riflessione rassicuranti. Alla famiglia questo non serve o, meglio, non è materiale che viene usato, così come non viene, almeno esplicitamente, riconosciuto un processo che porta all'esordio.

Quest'ultimo a un certo punto avviene e da quel momento in poi si entra in un'altra fase. Per la famiglia l'esordio è spirituale, per cui la famiglia in qualche modo sospende il giudizio trovandosi di fronte a un evento superiore, cui ci si adegua con riverenza. Sul versante del comportamento il padre ricorda che è "sempre aggressivo", in particolare nei suoi confronti, come se non ne rispettasse l'autorità, e tutto è iniziato un giorno quando, durante una discussione, sono venuti alle mani, circa sei mesi prima del nostro incontro. Quello è l'episodio identificato come esordio della malattia che da lì a poco ha portato la famiglia di Colaad a incatenarlo a casa, per un mese in tutto. Qualche mese dopo lui stesso ci ricorda del primo periodo in catene:

mi hanno incatenato...*[rimane in silenzio per un po']* in casa, sì, in casa... tante catene, tre catene. *[inizia a contarle una per una toccando le parti del corpo che erano incatenate]* una *[polso sinistro]*, due *[polso destro]*, tre *[caviglia sinistra]*..quattro! *[si ricorda che c'era una catena in più, alla caviglia destra]*, quattro catene...*[rimane in silenzio]* ero veramente...*[mima il gesto della "galera" incrociando i polsi]* veramente... le odiavo le catene...(...) nessuno dovrebbe incatenare (Colaad, Bosaso, 07/07/2003).

Colaad dal canto suo non ha mai identificato eventi o cause specifiche cui far risalire l'origine della sua malattia; piuttosto ha sempre ritenuto e sofferto per la mancanza di fiducia che il padre manifesta nei suoi confronti.

non mi ascolta... dice che ho sempre creato problemi e che questo gli costa *[denaro]*... non mi dà mai la responsabilità di niente neanche di comprare un pezzo di sapone, dice che non capisco i soldi...(...) io non lavoro certo... ma neanche lui... però io non lavoro... vado sempre in giro con questa maglietta, io gli ho detto mi servono vestiti nuovi perché non nessuno mi vuole sposare così, capisci...non si può....(...) spesso in moschea andiamo separati... (Colaad, Bosaso, 15/01/2006).

Queste affermazioni sono del luglio 2006, quando i pensieri di Colaad si sono fatti più lucidi e meno organizzati intorno a pensieri persecutori e a "cose che non sono reali" (per usare le parole dei familiari), che invece caratterizzavano il periodo in cui lo incontrammo la prima volta. Due anni prima invece non aveva dubbi circa il fatto che fosse costantemente in pericolo, come il 24 aprile 2004, quando arriva trafelato all'ospedale verso fine mattinata mentre mi trovo nella stanza degli operatori sociali a chiacchierare davanti al termos di tè, al fresco del ventilatore appena riparato:

Arriva Colaad e ci spiega che il padre ha nuovamente cercato di ucciderlo con delle medicine diverse da quelle che gli avevano dato. È arrivato di corsa ed è particolarmente agitato. Viene invitato a sedersi. Lui chiede quelle gocce che gli avevano dato il giovedì passato dentro il bicchiere di tè. Gocce che “servono a neutralizzare l’effetto negativo delle medicine date dal padre” che altrimenti lo ucciderebbero... una contromisura che gli infermieri avevano adottato per assecondare in parte le sue richieste ma che in realtà erano gocce d’acqua tenute in un flaconcino che sembrava di medicinale. Vista la mia presenza erano spacciate come l’ultimo efficacissimo e costoso preparato medico italiano (...) A un certo punto mi chiede qualche soldo per comprare della carne ma mi metto a ridere e la richiesta cade nel vuoto. Ci mettiamo a parlare bevendo del tè, che nel frattempo la signora che ormai si è piazzata fissa fuori dal reparto, visto il nuovo business innescato dal giro di persone che transitano, è ben felice di portarci. Questa volta Abdullahi Yusuf [all’epoca presidente del Puntland] è un suo alleato e Colaad vuole a tutti i costi che lo chiamiamo al telefono mentre è a Dubai per comunicargli quanto suo padre ha fatto [tentato avvelenamento] e che, per tale motivo, andrebbe eliminato. Non ricordo come oggi, forse cercando di distogliere l’attenzione da questi pensieri, ci siamo messi a parlare di Al-Hittiyad [gruppo fondamentalista]. Tra deliri e dati di realtà abbiamo deviato la conversazione su questo terreno identificando il nemico, “comune”, in Al-Hittiyad dimenticandoci di quanto il padre di Colaad aveva fatto (dal diario, Bosaso, 24/04/2004)

Nella “confusione” o nella “lucidità”, con tratti assai diversi, il padre è l’onnipresente causa di recriminazione o sofferenza. Inoltre Colaad, che pure è un fervido credente, non ritiene che l’origine dei suoi mali sia spirituale o, meglio, non ritiene di essere sotto attacco del diavolo o di qualche *jiin*.

#### **3.4.4 La religione, la resistenza**

La famiglia pensa che il problema sia dovuto alla presenza di un *jiin* che l’ha attaccato e che è responsabile dei comportamenti di Colaad e delle parole senza senso che nel frattempo ha iniziato a proferire. In particolare egli crede di essere minacciato dalle “forze speciali” del Puntland e che ci sia un complotto per ucciderlo, in cui anche il padre è coinvolto. Nel periodo in cui è incatenato a casa viene chiamato uno Sheikh per affrontare il problema. Colaad lo ricorda così:



hanno chiamato a casa un Mullah...l'hanno invitato, hanno pagato molti soldi... quando leggevano il Corano, lo rifiutavo perché pensavo di avere bisogno di medicine... dicevo sempre alla mia famiglia... veramente... non voglio quello che mi state leggendo... fermate il sacro Corano [si guarda intorno come a scrutare che nessuno lo stia ascoltando]... non ci sono diavoli che mi attaccano (dal diario, Bosaso, 24/6/2004).

La famiglia di Colaad, ed egli stesso, sono devoti e praticanti. Colaad ha frequentato una scuola Coranica (*dugsi Quuraan*) a Mogadiscio sino all'età di dieci anni circa, poi interrotta per motivi economici oltre che per lo scoppio della guerra. Non ha mai effettuato il pellegrinaggio alla Mecca ma per il resto, fatta eccezione per il periodo della malattia, ha sempre osservato i pilastri della fede musulmana (professione di fede in Dio e nel Profeta, le preghiere giornaliere, il digiuno, carità e pellegrinaggio) e si è sempre presentato a me come un fervente credente, mentre non aveva bisogno di dimostrarlo agli altri non stranieri, in quanto la sua fede non è mai stata messa in discussione. Va sottolineato che le affermazioni del virgolettato sopra riportate, che possono apparire come una presa di distanza dalla dottrina religiosa, in realtà non sono vanno affatto intese in questo modo. Colaad, da “buon musulmano”, crede nella presenza dei *jiin* e del diavolo (*Sheyddann*) mentre il suo “rifiuto” per la lettura del Corano si presta a diverse interpretazioni. In prima istanza questo rifiuto rientra nel solco generale del conflitto con il padre e con la famiglia, e l'opposizione alla lettura del Corano, in quel contesto, è anche forma di ribellione specifica alla “linea interpretativa” della famiglia che, prima di arrivare alla lettura del Corano, lo immobilizza in catene perché ciò possa avvenire. Colaad vi contrappone le medicine, insiste più volte: “Ho bisogno di medicine”, e ripete di averlo detto ai genitori in molte occasioni. Questa affermazione va contestualizzata perché gli stralci che abbiamo riportato fanno riferimento a un periodo, agosto 2006, in cui Colaad “sta bene” è “guarito” a detta di molti e lui stesso si sente una persona diversa. La lettura che fa è quindi a posteriori, inoltre può darsi che l'enfasi sulle medicine sia da attribuirsi all'interlocutore che ha davanti, il quale è *comunque*, in ultima analisi, un depositario ed emissario della cultura occidentale e delle pratiche e saperi ad essa legati nell'immaginario locale, tra queste la biomedicina e gli psicofarmaci. Rischiamo però di essere eccessivamente speculativi e non è nostra intenzione soffocare, di converso, l'importanza di un'affermazione che, invece, può rappresentare una convinzione forte e un segno di *agentività* che cerca di farsi strada con difficoltà, provenendo da una persona incatenata e lacerata nello spirito, nei confronti di una famiglia sorda alle sue fragilità e nei confronti di istanze verso cui

si ha la forza di contrapporsi con argomenti così forti. Espressioni di questo tipo verso la religione alimentano infatti nel contesto somalo immediate opposizioni e chiusure, e tendono persino ad avvalorare ulteriormente l'idea della presenza di un *jiin* che parla al posto di Colaad.

Va aggiunto che a volte un *jiin* non è la causa o, semplicemente, non è presente; in altri casi, anche dopo che il *jiin* è stato cacciato il problema non si risolve, perché altre criticità persistono nella relazione tra la persona e il mondo morale locale.

Più di uno Sheikh va a casa, conferma la presenza di un *jiin* e lo scaccia da Coolad. Quest'ultimo rimane incatenato in tutto per un mese e viene liberato quando l'aggressività è diminuita e lui ha smesso di inveire contro tutto e tutti. Colaad ricorda che, qualche settimana dopo essere stato liberato, era stato portato in un centro Coranico dove era rimasto per tre giorni:

mi ero riposato [quando era incatenato]... non ero più arrabbiato. Un giorno mi hanno accompagnato allo shifo<sup>139</sup>... non ero più arrabbiato come prima ma non stavo bene... la testa pensava troppo, parlava parlava (dal diario, Bosaso, 24/6/2004).

Colaad questa volta va di buon grado dal guaritore Coranico perché sente di non stare bene, almeno così ricorda e riferisce. È interessante notare come, pur “odiando” fortemente le catene e la privazione della libertà che il periodo di reclusione ha comportato, testimonia lui stesso però di un esito positivo che, nell'immaginario comune, è merito delle catene, ovvero della possibilità di riposare (Cfr. §.4.3). Quel “mi ero riposato e non ero più arrabbiato”, indica proprio l'effetto positivo dell'isolamento che ha disinnescato la rabbia, quindi l'agitazione e l'aggressività. La serenità è però solo temporanea; in realtà le parole che girano nella testa di Colaad persistono e si fanno sempre più ingombranti, così come i pensieri sulla propria incolumità che, lungi dallo svanire, peggiorano. Colaad diventa molto sospettoso, estende la propria paura di essere aggredito o avvelenato anche al di fuori dei confini della sfera familiare: ora lo spiano anche i servizi segreti somali, gli americani e Bush in persona, che spesso confabula con il presidente del Puntland. Colaad inizia ad avere il sonno agitato e riprendono le incomprensioni in famiglia e l'aggressività. I famigliari continuano periodicamente a far leggere il Corano a qualche parente rispettato o a leggerlo personalmente (perché l'invio

---

<sup>139</sup> Parola di origine araba, che indica speranza di guarigione, usato localmente per identificare centri di guarigione Coranici.

in centri Coranici o l'obolo per lo Sheikh è un costo che la famiglia non può sostenere con regolarità).

### **3.4.5 Il processo di cambiamento collettivo**

Nelle righe che seguono non intendiamo tanto fornire un'analisi clinica del processo di cambiamento, quanto fare emergere in che modo i diversi attori in relazione composita con Colaad hanno interagito con lui e a quanti livelli diversi sia avvenuto il cambiamento. Va ricordato che stiamo parlando di un caso non "prototipico", nel senso che va in direzione opposta allo stereotipo del Waali. Perché questo avvenga servono le condizioni materiali, la volontà, un spazio sociale che lo permetta, una certa dose di fortuna e, più correttamente dal punto di vista dei nostri protagonisti, il volere di Allah.

Partiamo dall'ospedale. Come spesso è capitato di osservare, i primi cambiamenti si notano abbastanza velocemente. Colaad inizia una terapia prescritta dal medico dell'ospedale, che consiste in un neurolettico (Aloperidolo, 1 pastiglia da 5mg al giorno e un ansiolitico (Diazepam, 1 pastiglia da 5mg al giorno), che proseguirà per circa 3 mesi. Da luglio 2004 verrà eliminato l'ansiolitico e ridotto il neurolettico a una sola mezza pastiglia al giorno. Se raffrontato con le indicazioni di due recenti manuali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il dosaggio iniziale di Aloperidolo qui prescritto si colloca al limite massimo consigliato in un caso "2-5mg/al giorno/orale" (WHO,2009, p. 18) e al di sopra di questo nel secondo "1.3-3mg/giorno/orale" (WHO,2010,p.21). Per quanto riguarda la dose di mantenimento, invece, anche alla luce di successivi incrementi di dosaggio, i valori non eccedono la dose massima consigliata.

In generale è suggerito di partire con una dose bassa per poi alzarla lentamente sino a quando si trova l'effetto desiderato, cercando di ridurre dunque il rischio di effetti collaterali del farmaco, in particolare i cosiddetti effetti extrapiramidali, per fronteggiare i quali vengono somministrati altri farmaci (anti-parkinsoniani). Oltre all'accessibilità e alla disponibilità del farmaco, va poi considerata la difficoltà di somministrazione dello stesso da parte della famiglia e la capacità di garantire la *continuità terapeutica*, in cui entra in gioco anche la cosiddetta *compliance* tra familiari e medici. Nel caso di Colaad la somministrazione è avvenuta con una certa regolarità. Bisogna ricordare che in Somalia vige la tendenza all'auto-prescrizione di farmaci antipsicotici liberamente presenti nel mercato. Ove disponibili vengono assunti alla bisogna, senza troppe precauzioni o

consulenze mediche. La Clorpromazina, un neurolettico di prima generazione dal potente effetto sedativo, è il preferito assieme al Diazepam. Sono farmaci che *piacciono* localmente, proprio per gli effetti tangibili che producono, e per l'essere solitamente tra i più disponibili e a buon mercato. Questo significa che posso andare in un "chiosco" della città e chiedere le medicine per i "matti" o quelle per controllare la persona "agitata" e mi viene data l'una o l'altra a seconda della disponibilità e del portafoglio. In un paio di farmacie più grandi (a Bosaso come ad Hargeisa) viene fatta una certa distinzione, pur essendo la persona che vende tali farmaci spesso priva di alcun titolo per farlo e alla vendita non segue nessun tipo di controllo. Il reparto di salute mentale di Bosaso è l'unico ove un medico con una formazione in psichiatria, pur minima, prescrive farmaci che vengono forniti direttamente dal reparto gratuitamente, e per cui viene effettuato un controllo periodico ogni due settimane o ogni mese con il paziente.

Per quanto riguarda il Diazepam, che tra gli altri ha effetti ansiolitici e tranquillizzanti (che aiutano, ad esempio, a gestire l'insonnia), le dosi prescritte a Colaad rientrano nei parametri internazionali, mentre la durata dell'utilizzo è eccessiva. Trattandosi di benzodiazepine, l'indicazione è quella di usarle per brevi periodi e sicuramente in modo discontinuo in quanto può insorgere intolleranza verso il farmaco.

Al termine della prima visita, il medico emette una diagnosi di schizofrenia e indica in cartella clinica le seguenti osservazioni: *"da 6 mesi, sospettosità, allucinazioni, tutti contro di lui, pensiero magico, insonnia, [paura di essere] avvelenato"*.

Era prassi che il primo incontro con le famiglie e i pazienti fosse fatto con gli operatori sociali che compilavano la sezione "sociale e biografica" della cartella clinica prima di passare alla visita con il medico. Il giorno del suo arrivo gli operatori sociali scrivono, nella medesima cartella, pochi commenti: *"relazione con la famiglia non è normale, ha fobia verso il fratello più grande che adesso è malato, non si riesce a controllare"*. In questo caso le loro note sono molto scarse perché l'agitazione di Colaad e dei famigliari che lo accompagnavano era tale per cui avevano "accelerato" tale passaggio per andare subito alla visita, che avveniva nella stanza attigua, con meno disturbi.

A ritroso invece, leggendo una relazione scritta dagli stessi qualche mese più tardi, quando già era avvenuto un cambiamento significativo, scrivono in questo modo del suo arrivo:

Colaad è stato portato al reparto il 13/3/2003, era incatenato, urlava, sospettoso, un uomo

isolato, aveva cattive relazioni nella famiglia in particolare con il padre e la società intera, non c'era nessuna fiducia tra lui e la famiglia, in particolare il padre, era umile<sup>140</sup> non aveva nessuna responsabilità, era un matto famoso in famiglia e la famiglia era solita caricarlo con grandi quantità di stigma che incrementa le discussioni tra Colaad e la sua famiglia, specialmente il padre (dalla relazione del 26/07/2004).

Sul versante ospedaliero veniva solitamente concordato un “contratto terapeutico” tra i soggetti principali coinvolti, attraverso il quale si identificavano una o più “prescrizioni”, ovvero una o più azioni da intraprendere o da non intraprendere, e una serie di reciproche forme di collaborazione, responsabilità e obblighi. È un processo che inizialmente deve permettere l'eliminazione delle catene e creare un clima di fiducia per agevolare un cambiamento. Questo non esclude che contemporaneamente la famiglia stringa “altri” contratti, ad esempio con uno Sheikh o con un guaritore Mingis o con dei parenti lontani, così come non esclude che attori “esperti” possano accordare specifiche azioni nel quadro di un contratto terapeutico comune (Cfr. Cap. 5).

I primi passi sono molto positivi, le catene vengono tolte nei primi giorni e non verranno più usate. Colaad si presenta dopo due settimane con la famiglia per valutare la terapia farmacologica e da quel momento in poi passerà dal reparto almeno una volta al giorno, quasi tutti i giorni. Manifesta qualche effetto collaterale dei farmaci, soprattutto torpore e qualche rigidità, che viene nel tempo superata. Al primo controllo il padre si dice soddisfatto, perché Colaad è non più stato aggressivo. Anche grazie alla sua simpatia, viene accolto bene dagli operatori e spesso si ferma a giocare a domino o a bere un tè. Va detto che il reparto, soprattutto il pomeriggio, assomiglia molto poco ad un ospedale. Il cancello che deve essere chiuso per “proteggere” da fughe di pazienti e rischi di aggressioni spesso è lasciato aperto, le guardie si appisolano e i parenti entrano ed escono. Il tè scorre a fiumi e, poiché l'ospedale si trova in una via centrale, il via vai è costante fuori dalla struttura e spesso qualcuno mette il naso dentro. All'interno sono state piantate delle piante e c'è una veranda dove i parenti e i pazienti spesso riposano o chiacchierano in relativa tranquillità. Il medico nel pomeriggio non si vede quasi mai e gli infermieri di turno sono una presenza alquanto limitata. La struttura inoltre è nuova, il contrasto con il resto dell'ospedale è netto, spesso funziona l'aria condizionata nelle due stanze principali e i letti non sono “d'ospedale” (non avendo abbastanza fondi per comprare dei letti metallici che dovevano comunque essere importati da Dubai, il G.R.T.

---

<sup>140</sup> Nel senso di povero, di umile origine, pezzente. Dal somalo “*miskiin*”.

aveva fatto costruire letti e comodini di legno da carpentieri che lavoravano nella via attigua) tant'è che l'amministratore dell'ospedale la prima volta che vide le stanze esclamò: "sembra di stare in un albergo". In effetti la pulizia del posto, unito all'arredamento casalingo, completato da lenzuola colorate comperate al mercato, rendevano l'atmosfera molto familiare, domestica. A parte queste note positive, non va dimenticato che si trattava pur sempre di un reparto che alloggiava persone fortemente stigmatizzate, come ricordavano le richieste di erigere alti muri intorno ad esso all'inizio dei lavori. Anche l'assenza di catene o di altre forme di contenzione rendeva l'immagine di questa struttura molto distante dai ricordi del reparto psichiatrico più famoso (e unico), quello dell'Ospedale Forlanini di Mogadiscio prima dello scoppio della guerra.

Colaad continua ad avere forme allucinatorie, pensieri persecutori e richieste che ai più paiono irrazionali ma sembrano "importargli" meno, e comunque non sono accompagnate da aggressività e ansia come in passato. Un operatore dice che a suo avviso Colaad trova nelle persone che sono nel reparto quegli amici che fuori di lì non ha, ed è per questo che viene tutti i giorni e volentieri.

La mia presenza non è neutrale. Anche io sono una di quelle persone che spesso trova in reparto al mattino o al pomeriggio. Colaad parla uno stentato inglese e questo facilita la comunicazione tra di noi. Ogni tanto chiede soldi in giro ad altri pazienti o ai lavoratori del reparto, ma difficilmente li ottiene. Li chiede anche al sottoscritto che, in quanto bianco, è un "portatore naturale" di soldi e quindi catalizzatore di tali richieste. Solitamente tali richieste venivano eluse con qualche battuta tranne una volta, in cui gli diedi l'equivalente di circa 5 dollari in scellini somali. È interessante il modo in cui avvenne questo scambio.

Quel giorno...

arriva molto trafelato al reparto e mi chiede di ascoltarlo... dice di avere fatto vedere una lettera scritta da lui allo Sheikh, suo mentore. Nella lettera si dice che io avevo promesso che se si fosse convertito al cristianesimo gli avrei dato lavoro e gli avrei regalato un'auto e l'avrei portato in Europa (dal diario, Bosaso, 06/05/2004).

A prescindere dall'irrazionalità della cosa, in bilico tra follia e desideri, questo scenario d'invenzione toccava alcuni tasti molto sensibili della presenza di uno straniero in Somalia in quel periodo. La sicurezza era una preoccupazione seria (lo stesso anno

erano stati ammazzati tre stranieri in Somaliland) e la sola voce, con la capacità che hanno *le voci* di diffondersi e cambiare forma, della presenza di un bianco che facesse proselitismo non era rassicurante. Onestamente non mi sono mai sentito in pericolo per questo episodio ma nella follia o nella lucidità Colaad aveva creato una sceneggiatura molto intelligente.

Era un periodo in cui spesso si presentava poco lucido e il modo in cui mi racconta l'episodio era simile a quando con convinzione mi parlava delle sue paure di persecuzione. L'ho fatto calmare bevendo un tè e abbiamo iniziato il gioco delle parti... a fine giornata è lui stesso a trovare una soluzione per cancellare questa macchia dal mio curriculum somalo. Puoi comprare un libro del mio Sheikh che contiene alcune Sure del Sacro Corano con il testo tradotto in inglese (dal diario, Bosaso, 06/05/2004).

In questa, a mio modo di vedere, *bellissima finzione*, giocammo le nostre parti per qualche giorno fino a quando dopo una lunga negoziazione sul prezzo mi portò il testo e glielo pagai. Emergeva qui una sua vena imprenditoriale che di lì a poco si sarebbe ulteriormente rivelata. Se questo scambio ha potuto appianare il debito che avevo contratto con la società per avere tentato un'evangelizzazione, è anche interessante sapere che parallelamente Colaad tentava di avvicinarmi all'Islam. Aveva scritto sul mio diario la pronuncia della *professione di fede* che mi aveva fatto imparare a memoria, e non passava giorno senza che mi spiegasse qualcosa della vita del profeta, dei suoi insegnamenti (*hadit*) e comportamenti (*sunnah*). Ero indubbiamente l'unica persona con cui poteva farlo (ero l'unico non musulmano) e, nello spazio protetto del reparto, le persone intorno a noi glielo consentivano; inoltre, pur ridendo spesso alle sue spalle – perché era matto – mi confermavano che quanto diceva era vero e guardavano con benevolenza alle sue conoscenze e agli sforzi per dimostrare la sua qualità di credente.

In questi primi mesi di terapia è importante ricordare che erano anche aumentate le visite di uno Sheikh a casa e la lettura indipendente del Corano. Per l'esattezza il lavoro di guarigione dello Sheikh non si era mai interrotto, pur avendo subito delle soste forzate per motivi economici e per circostanze contingenti. Dopo avere cacciato il *jiin* che si era impossessato di Colaad (quando era incatenato, prima della prima visita in ospedale) lo stesso Sheikh era stato chiamato in almeno altre due occasioni (quelle di cui sono stato messo a conoscenza). Una – mi venne riferito qualche mese dopo da Colaad – più o meno in coincidenza con gli effetti collaterali manifestati dagli antipsicotici, in particolare la rigidità degli arti. Il fatto che io scriva in modo più

dettagliato del contratto terapeutico stipulato entro gli spazi dell'ospedale non deve portare fuori strada e far credere che quello fosse prioritario rispetto al parallelo "contratto" stipulato tra la famiglia e lo Sheikh. Non ho purtroppo mai avuto modo di confrontarmi con questi ultimi per il caso di Colaad, mentre in situazioni successive e in qualche modo simili, sia ad Hargeisa che a Bosaso, tale confronto è stato possibile. Il più delle volte, quando non c'era un "accordo" o inviti comuni tra i due poteri terapeutici in gioco (Islam e Psichiatria per via dello Sheikh e del medico), ovvero quando la famiglia non rinunciava a nessuno di essi, le due azioni, viste da un osservatore esterno, risultavano agire in modo parallelo. Se le spiegazioni e le prospettive specifiche erano distanti, il cambiamento positivo, ove presente, era condiviso. Nel momento in cui l'azione di un jiin viene espulsa dal corpo sofferente della persona, migliori saranno anche le possibilità di efficacia terapeutica dell'intervento medico-psicologico perché possono avvenire su un corpo riequilibrato.

Per quanto riguarda Colaad e la sua famiglia, oltre al valore intrinseco dell'azione spirituale in sé messa in campo dallo Sheikh, andava ad aggiungersi, secondo la mia lettura, la necessità da parte della famiglia di garantire che quanto si stesse facendo in ospedale fosse *xalaal*<sup>141</sup>, che l'azione magica delle medicine non fosse l'azione del diavolo. Vi era cioè la necessità di dare senso a quello che stava accadendo, ai cambiamenti, pur positivi, che si stavano manifestando, ovvero di ricomporli entro codici culturali noti e dotati di senso. Se questa esigenza era sospinta dalla famiglia, parallelamente Colaad pareva mosso da spinte simili quando sentiva la necessità di mostrarsi fervente credente, anche mettendo in atto nei miei confronti le azioni cui ho accennato. L'ostracismo che aveva dimostrato verso lo Sheikh in passato, quando era incatenato, era venuto meno (erano venute meno anche le catene), e questo agli occhi del padre era un segno di miglioramento importante che si aggiungeva a quello comportamentale. Di lì a breve il padre farà un gesto eclatante che darà un'impennata al cambiamento.

### **3.4.6 Una camicia nuova per Colaad, piccolo imprenditore**

Intanto, verso giugno 2006, Colaad si presenta in reparto con un'idea imprenditoriale: vuole aprire un negozio. L'idea è alquanto generica e dato che, a turno,

---

<sup>141</sup> Dall'arabo *halāl*; per indicare un'azione che è permessa, accettata secondo la legge islamica.



quasi ogni persona in Somalia a un certo punto desidera aprire una attività imprenditoriale in proprio, non gli viene dato molto seguito. Oltretutto Colaad è *walaan*, quindi l'idea che gestisca somme di denaro è fuori discussione. Lui però insiste, così alcuni operatori sociali lo ascoltano e cercano di capire se questo suo progetto possa in qualche modo rientrare in un lavoro "terapeutico" sociale cui possano lavorare assieme. Quando Colaad li porta a vedere il posto dove sorgerebbe il suo negozio, mi aggrego. Un suo parente che ormai vive in Canada ha lasciato un piccolo pezzo di terra che dà su una via di passaggio, dove anni fa aveva costruito una piccola struttura con le lamiere dei fusti di benzina battuti al martello, un tipico *dukaan*, "shop" locale dove vendere saponi, biscotti, shampoo, fazzoletti, magari *sambuus*<sup>142</sup>. Da molto tempo il chiosco era inutilizzato e ne rimaneva solo l'insegna: "Toronto shop". Colaad si fa dare le chiavi, apre e ci mostra il negozio sorridente. Ci salutiamo con l'impegno di Colaad di tornare con un piano più dettagliato. Qualche giorno dopo ritorna e presenta il conto delle sue idee. Una lista di oggetti da vendere con prezzi e quantità (alcuni verosimili, altri decisamente fuori misura) oltre all'affitto dello spazio: un investimento totale di circa 500 dollari! Vista l'assenza di "finanziatori" per un piano così dispendioso, venne chiesto a Colaad di ridimensionare il suo progetto. Ritenni la mia presenza di disturbo in questa fase in quanto, pensavo, le aspettative riposte nella possibile disponibilità economica dello straniero avrebbero potuto incrementare le stime dei costi. Sebbene tutti, compreso il sottoscritto, fossimo a conoscenza dei prezzi di mercato e le proposte di Colaad, in effetti, erano eccessive come quantità ma ragionevoli nel computo delle singole spese, mi sentii più sereno a lasciare che questo esercizio e la possibile riuscita del progetto fossero il frutto di un lavoro realisticamente gestito senza la mia interferenza. Mi ritirai dalla scena, o almeno dalla prima fila, lasciando completamente la gestione di questa situazione agli operatori sociali, ponendomi come osservatore pur bene informato, ricevendo costantemente aggiornamenti sia dagli operatori sia da Colaad).

Durante questo lungo periodo di negoziazioni e modifiche al piano iniziale, capita un evento che ha dello straordinario: il padre di Colaad gli regala una camicia.

Questo evento è l'indice che qualcosa è radicalmente cambiato all'interno della famiglia. Colaad si lamentava con insistenza della propria condizione di povertà e uno dei motivi di maggiore risentimento era il fatto di andare in giro sempre con gli stessi

---

<sup>142</sup> Piatto tipico somalo, costituito da triangoli di pasta fritta ripieni di verdure e/o carne, saltuariamente pesce. Sono diffusi in molti paesi (i.e. Kenya, India, Eritrea, Pakistan) con nomi simili *samosa*, *samosas*.

vestiti e il fatto concomitante che il padre non gli regalasse mai un vestito per potersi cambiare. Quel giorno (all'incirca alla fine del luglio 2004) arriva in ospedale di corsa e nel vederlo così agitato credo sia scosso da qualche pensiero o avvenimento; invece con uno splendido sorriso ci fa notare che è proprio "well dressed" e ci spiega che il padre gli ha regalato una camicia nuova.

Qualche giorno prima era già successa un'altra cosa di grande importanza. Colaad aveva accompagnato in ospedale, da solo, il fratello minore, gran masticatore di Qaat e anch'egli affetto da problemi psichiatrici. In pratica, visto i progressi che Colaad aveva compiuto e data la sua "conoscenza" del luogo e degli attori, la famiglia aveva lasciato a Colaad la responsabilità di seguire il fratello nel suo percorso terapeutico in ospedale.

Due segnali in pochi giorni che offrono piena testimonianza del fatto che il nucleo negativo intorno al quale si era coagulata gran parte del disagio relazionale di Colaad si stava modificando. Una nota degli operatori sociali, non priva di una certa enfasi auto-celebrativa in terza persona, rileva questi cambiamenti appena avvenuti che, tuttavia, per come vengono riportati nella relazione, paiono già archiviati dagli operatori come segno di un cambiamento duraturo (il tempo darà loro ragione):

Gli operatori psichiatrici cercarono di risolvere questi problemi complicati e alla fine trovarono una sorta di accordo dopo lunghe e tenaci discussioni iniziate il giorno in cui il suo comportamento era cambiato... giorno dopo giorno... in modo positivo finché arrivò questo momento, oggi 25 luglio 2004 quando c'è stata una grande differenza con quanto menzionato prima [nella parte iniziale della relazione]. Ora [Colaad] è una delle persone importanti nella famiglia, suo padre e la famiglia intera hanno fiducia in lui.

Ora:

- maneggia i normali compiti e affari che svolge ogni giorno;
- è responsabile per l'uso delle sue medicine e, a volte, di quelle del fratello maggiore<sup>143</sup>;
- la sua relazione nella società è cambiata totalmente da negativa a positiva;
- la sua opinione generale è cambiata ora è un uomo saggio e ben vestito;
- è passato dalle catene ad essere libero, poi responsabile, poi "anziano" in una migliore libertà;
- ha deciso di iniziare una specie di lavoro per guadagnare soldi per la giornata (Bosaso, 26/07/2004).

---

<sup>143</sup> Questo era in realtà avvenuto solo una volta, nel momento in cui scrivono. Anche qui il seguito della storia darà loro ragione, Colaad ha continuato ad accompagnare il fratello anche in seguito.

È particolarmente rilevante il passaggio da incatenato - a persona responsabile - ad “anziano” (“elder” nel testo, *oday* in somalo). Non è che Colaad fosse diventato *oday* nel senso che questo termine assume per la cultura somala, ma la qualifica rimarca la trasformazione, molto evidente, che aveva intrapreso da irresponsabile a persona responsabile e, dato ancora più importante, responsabilizzata dalla famiglia. Non è un caso che questa relazione venga scritta spontaneamente subito dopo i due grossi cambiamenti avvenuti in famiglia (la camicia regalata e la responsabilità del fratello maggiore). Come a dire: il cambiamento c'è e si vede e gli operatori che sono stati coinvolti in questo processo ne sono partecipi, ma solo con la “certificazione” della famiglia si sentono di “certificarlo” apertamente a loro volta. In questa modalità, un peso importante ha anche il ruolo che questi stavano creandosi giorno dopo giorno.

Come già ricordato, infatti, gli operatori sociali all'epoca non avevano professionalità consolidata nel settore e, come quasi tutte le famiglie, anche loro avevano un parente con disturbi mentali. Questa era, dal mio punto di osservazione, la loro straordinaria forza e per me erano degli osservatori e confidenti speciali. Si stavano costruendo un ruolo e lo facevano con la forza della loro appartenenza alla società, oltre che a delle prassi che andavano sperimentando. Non a caso il loro punto di vista era, lo era sempre stato, più sociale che clinico. Il cambiamento in Colaad e in molte altre persone che transitavano dal reparto era per loro motivo di orgoglio, perché vedevano con i loro occhi il cambiamento, lo sperimentavano in prima persona e ne erano partecipi e ne sentivano la responsabilità positiva. La relazione scritta con così tanta enfasi era così anche un modo per prendere consapevolezza del proprio ruolo e anche per prendersi dei meriti, del tutto legittimi, di quanto stava avvenendo. Dalla loro posizione di esperti- non esperti (che certo comportava anche ambiguità e difficoltà) accompagnavano gli esempi di questi cambiamenti “impossibili” (si parla pur sempre di *waali*) all'esterno dell'ospedale, contribuendo a diffondere l'idea che, in fondo, anche un *waali* aveva qualche possibilità di ritornare a una vita normale.

Durante questo periodo di grande cambiamento generale da parte di tutti, il piano imprenditoriale viene portato avanti. Dopo una lunga serie di negoziazioni e ragionamenti sulle reali possibilità, da 500 \$ il progetto si ridimensiona e Colaad punta sulla vendita di sigarette, per cui chiede 90\$ per far costruire un tavolino di legno che diventerà il suo negozio e per comprare una scatola di stecche di sigarette “Royals”. Il posto dove piazzare il tavolo è quello antistante al “Toronto shop”, dato che i parenti gli danno il permesso di posizionarsi lì senza pagare affitto. Il progetto di salute mentale

gestito da GRT mette a disposizione i 90\$ a fondo perduto per l'investimento iniziale, e Colaad inizia la sua attività.

Con grande stupore da parte di tutti, riesce nella sua impresa di vendere sigarette e di mettere da parte qualche soldo per comprarsi autonomamente la seconda scatola di stecche, così da potere continuare il commercio. Diciamo che in pochi, a partire dal sottoscritto, pensavano che sarebbe stato in grado di portare avanti così bene questo tipo di impresa, non solo per la sua condizione mentale e sociale ma anche perché la cosa in sé era oggettivamente difficile. Da soggetto passivo era passato a essere un soggetto pienamente attivo all'interno della famiglia, addirittura generando una piccola entrata economica per la famiglia stessa e un *business* che continuava. Chiese infatti ulteriori 40\$ solo un anno più tardi, in un momento di particolare crisi economica, e ulteriori 20\$ nel 2007 in un periodo molto particolare della sua vita, come vedremo più avanti. Dalla sola vendita di sigarette era passato a vendere anche i famosi biscotti yemeniti "Abu Walad", molto apprezzati in Somalia, e fazzoletti di carta. Dopo circa un anno dall'inizio della sua attività, la sorella si era messa a vendere tè nello stesso piazzale e sicuramente questo aumentava le possibilità di commercio per entrambi. Colaad era diventato *businessman*, "professione" molto apprezzata tra i somali.

### **3.4.7 Quale guarigione?**

Un qualsiasi dizionario di lingua italiana definisce il guarire come il "ricondere a uno stato di normale efficienza, rimettere in salute", oppure, riferito a una malattia il "provocarne la regressione" [Zingarelli, 2001, p.609]. Questa visione legata al sapere medico, che ci presuppone inizialmente sani e con la possibilità di ritornare allo stato originario, appare assai meccanicistica. Ristabilire le funzioni normali dell'organismo, della macchina-uomo, ne permette il riequilibrio e il procedere ottimale. Ma la malattia, e con evidenza ancora maggiore quella mentale, mette in crisi non solo le funzioni vitali dell'individuo ma anche il suo relazionarsi nello spazio sociale. È il proprio posto nel mondo che muta con la malattia, per cui le tracce di questo mutamento non sono forse visibili a occhio nudo ma sono ben percepibili nelle relazioni umane. Il già citato proverbio somalo, usando come oggetto di metafora una simbologia da medicina traumatologica, non si riduce però a una questione di meccanica dell'organismo: un osso rotto, infatti, *non può* tornare come prima. Sebbene funzionalmente ritorna a camminare, se gli organi rispondono agli stimoli, il movimento è fluido e l'incedere

sicuro, comunque il mio osso non è più la stessa cosa. Perché l'essere umano è dentro le relazioni, le agisce, le muta, ne è escluso. La radice della parola usata nel proverbio, *lafjabtay*, ha come radice “laf” che significa osso ma può significare anche “sotto-clan” e può essere usata come radice per “sé” ad esempio in “*laftayda*” (*me stesso*) o “*lafteena*” (*noi stessi*). Quindi la metafora dell'osso in realtà rimanda subito alle relazioni sociali, al clan di appartenenza, a me, a noi, a loro.

Come ricordavamo nel secondo capitolo, secondo un'interpretazione locale, se anche la guarigione medico-psicologica o spirituale avviene con successo, il rischio è che durante il periodo acuto di malattia, la persona, mancando di responsabilità proprie verso il resto della comunità (nei vari livelli d'importanza), non riesca a sanare questo vuoto relazionale che è al contempo sociale e politico. Questa concezione, come ricordato nell'intervista da cui queste considerazioni sono tratte, rischia ancor di più di impedire qualsiasi “riabilitazione” della persona sofferente e, come l'impressione sul campo lo confermi, non va dimenticato che le situazioni concrete sono sempre contestuali e negoziate, spesso negoziabili. Colaad col suo percorso pare scalare queste difficoltà superandole una a una. Il suo diventare soggetto attivo e responsabilizzato, il suo portare soldi in famiglia e prendersi cura del fratello, su mandato del padre, lo ha fatto rientrare come parte della famiglia pagando quella sorta di implicito, e solitamente non riscuotibile, “debito di assenza”.

La questione della guarigione è un tema complesso che non sembra essere sufficientemente problematizzato in antropologia come in biomedicina, e che spesso viene ridotto a un altro tema correlato, quello dell'efficacia (Pizza, pp.203-227). L'efficacia simbolica di un processo terapeutico non va considerata solo in base all'esito terapeutico ma in riferimento allo stesso processo terapeutico, inteso come più ampio processo socio-politico (Csordas et al,1998). Ogni processo terapeutico si fonda sull'intreccio inestricabile tra elementi legati al funzionamento biochimico dell'organismo ed elementi connessi alla produzione simbolica nella sua dimensione sociale e politica. Ma questo non basta ancora. Questi processi che, come osserviamo nel contesto somalo, sono sempre molteplici, crediamo vadano considerati congiuntamente nel loro influire sulla persona che è il loro oggetto primario di attenzione. Bisogna inoltre tenere presente la molteplicità delle prospettive: la piena efficacia di un percorso terapeutico stabilita dal punto di vista del terapeuta può non essere considerata tale da chi ne è il ricettore e, allo stesso modo, l'efficacia raggiunta

da un processo di guarigione dal punto di vista della famiglia può non trovare le stesse conferme nell'opinione della persona "guarita", che magari vorrebbe altro da sé e da chi le sta intorno<sup>144</sup>. Inoltre, come ricorda Giovanni Piza:

lo studio dell'esito terapeutico è molto difficile poiché si tratta di valutare lo stato di soddisfazione dei pazienti, la scomparsa dei sintomi e spesso le due cose non sono coerenti (2005, p.215).

Se all'interno della famiglia la guarigione pare avvenuta (come confermato in più occasioni parlando direttamente con il padre e con la sorella del soggetto), resta da verificare la possibilità di socializzazione al di fuori di questo nucleo, nel più ampio e articolato spazio pubblico. Uno dei problemi che molti *walaan* incontrano, per via della forte stigmatizzazione della loro condizione, è la strada, il vicinato, la relazione con altri esterni alla più o meno ristretta e significativa cerchia familiare. A volte spostarsi di pochi metri da "casa", può essere motivo di tensione, tanto da dovervi spesso rinunciare. Spesso sono i bambini, che non esitano a scagliare pietre contro chi è etichettato come matto così come contro chi si comporta in modo bizzarro, il primo scoglio da superare. Ragazzi con un evidente ritardo mentale sono spesso vittime di tale reazione, da cui faticano a difendersi se non contraccambiando con il lancio di pietre o con la fuga, nella migliore delle ipotesi. A seconda dei contesti il controllo sociale da parte della società, che può prevenire questo tipo di atti, si limita all'interno delle mura domestiche. Altre volte si estende al vicinato più prossimo, altre volte ancora è maggiormente diffuso. La mobilità della persona risulta comunque limitata da questo tipo di episodi che, prima o poi, solitamente capitano.

L'esclusione più marcata riguarda però la più ampia dimensione sociale di vincoli e responsabilità che abbiamo giù evocato. Colaad muove dei passi alquanto significativi anche in questa direzione. Innanzitutto nello spazio ristretto del reparto di salute mentale diventa agente di cambiamento per altri pazienti e per i loro famigliari. Si muove liberamente per la città e dopo qualche mese partecipa a molte delle attività che si svolgono nel pomeriggio, giocando a carte, a domino, o semplicemente bevendo tè. Col tempo però, un po' incuriosito e un po' sollecitato, partecipa agli incontri di gruppo con le famiglie e i pazienti e racconta di sé. Racconta della propria storia di follia e del suo cambiamento ed è un esempio vivente di quest'ultimo, raccogliendo – perché no? –

---

144

qualche soddisfazione nel suo essere “primadonna” (qualità emersa col tempo). A volte partecipa alle formazioni che ogni tanto avvengono in reparto e sporadicamente assiste anche a visite cliniche.

Un giorno era presente quando alcune persone hanno portato in ospedale un ragazzo etiope, Oromo, in preda a forte agitazione. Era da qualche tempo a Bosaso per salire su una barca diretta in Yemen ed era appena stato derubato dei suoi soldi proprio in prossimità della partenza. Arriva legato, sporco di sangue in più parti del corpo per via delle escoriazioni prodotte dall’agitarsi (quattro persone lo accompagnano) e viene fatto tranquillizzare e medicato da un infermiere, mentre uno degli accompagnatori gli massaggia il petto per farlo rilassare. Colaad assiste a quella scena in silenzio. Le parole con cui commentò quegli istanti mi rimasero impresse: “*guardo il mio passato*”. Allo stesso modo, dentro il reparto raccontava del *suo passato*, sempre con il suo coinvolgente sorriso, alle persone per cui quello era il *loro presente*. Se in questo caso siamo pur sempre dentro il recinto di un luogo “protetto”, governato da regole e dinamiche interne non estendibili all’esterno, ancor più significativo è il suo posizionarsi come *ex-walaan* nella sfera pubblica. Colaad nel 2006 è invitato in una delle due radio locali durante una trasmissione dal vivo. La radio in Somalia è ascoltata pressoché da chiunque, anche perché i vari chioschi della città la tengono perennemente accesa, perciò è un medium di vera diffusione di massa, e oltretutto a Bosaso in quell’epoca esistevano solo due stazioni radio<sup>145</sup>, quindi l’“audience” era sempre molto elevata. Ebbene, venne invitato proprio a parlare della sua condizione, del suo lavoro di *businessman*. In una seconda occasione venne invitato dall’altra radio locale e una volta è addirittura inserito in un servizio della SBN, una televisione locale. È importante sottolineare che questi episodi avvennero senza il coinvolgimento dell’ONG che lavorava nel reparto di salute mentale, e questo è un elemento assolutamente significativo. È infatti tipico che le ONG acquistino spazi sui giornali o nelle radio, al pari di chi voglia pubblicizzare un prodotto, per diffondere messaggi legati alla sensibilizzazione dei propri progetti o su specifici temi. In questo caso però la richiesta era arrivata direttamente dalle radio e dalla troupe della televisione senza nessuna

---

<sup>145</sup> La “SBC”, legata al network della “BBC somala”, era la più ascoltata. Grazie al network era possibile ascoltare notizie in lingua direttamente da corrispondenti somali, presenti nei cinque continenti. Per fare un esempio, una mattina dell’ottobre 2004 salgo in macchina e l’autista mi chiede: “*chi è Buttiglione?*”. Sicuramente era l’ultima domanda che mi sarei aspettato di ricevere a bruciapelo nell’estremo Nord-est del Corno d’Africa, ma anche questa notizia, di ben poco conto per gli interessi somali, era stata veicolata attraverso il corrispondente somalo da Roma (si trattava delle esternazioni sull’omosessualità fatte da Buttiglione in Commissione Europea il giorno prima). La seconda radio di Bosaso dell’epoca era “Radio Midnimo” (*unità, unificazione* in somalo).

intermediazione e senza nessuna richiesta di denaro. Confrontandomi anche con altre persone, la sensazione era che, essendosi sparsa la voce che alcune persone considerate etichettate come “matte” stessero meglio, si fosse mosso dell’interesse nella società, un interesse di cui la richiesta di approfondimento da parte delle radio era un aspetto tangibile. Il tema della salute mentale è molto sentito in Somalia per via della grande incidenza di persone con tale sofferenza tra famiglie di ogni estrazione sociale e per le difficoltà di un loro recupero duraturo.

Se della sua “guarigione” Colaad ha avuto la conferma dagli operatori sanitari, dallo Sheikh e dalla famiglia, ora ha dunque ottenuto anche la “certificazione” sociale e pubblica: ha aiutato altri che stanno male a farli uscire dal passato per proiettarli nel presente, e la sfera pubblica si è interessata a lui chiedendogli di raccontarsi in qualità di persona guarita. Certo è legittimo domandarsi se nelle relazioni quotidiane questa estensione di guarigione fosse concreta, cioè se Colaad non sia stato vittima, comunque, di quegli episodi di esclusione che sono messi in atto verso chi è ritenuto diverso. Nel suo caso, per quanto ci è dato sapere, possiamo dire che questo non avveniva più. Chi lo conosceva sapeva che era guarito perché i *rumors* e le notizie in Somalia corrono più veloci del vento, mentre chi non lo conosceva non trovava nel suo incedere in strada indizi che facessero presagire un disturbo né li trovava nel suo modo di vestire<sup>146</sup>.

Proviamo ad analizzare brevemente lo stato della guarigione di Colaad in relazione a tre domini in cui la malattia è scorporata dall’antropologia medica americana: *disease*, *illness* e *sickness* (intendendo quest’ultimo concetto già inclusivo delle critiche mosse al dualismo *disease-illness* di Kleinman e colleghi, Cfr. Young,1981, Frankenberg,1980). La *sickness* pare scongiurata, in quanto non vengono più usati indizi e atteggiamenti che lo etichettino o identifichino con un malato; la *illness* pare sistemata, allorché Colaad ha ricevuto il supporto della famiglia e ha realizzato il suo piano di sviluppo personale; mentre la *disease* è sotto controllo da tempo, curata, anche se forse non si può dire che sia rientrata completamente, essendo lui ancora in terapia. Leggendo le cartelle cliniche e parlando con il medico e gli infermieri dell’ospedale, in realtà nessuno direbbe che Colaad non stia bene; il fatto che continui ad essere in cura con farmaci antipsicotici, pur con dosi non massicce, sembra essere l’ultima preoccupazione di tutti e, comunque, ben meno rilevante delle altre dimensioni. Oltretutto anche il parere dello Sheikh è positivo e, sebbene il sapere religioso e spirituale non possa essere considerato al pari di

---

<sup>146</sup> L’identificazione di un comportamento anomalo può avvenire in una frazione di secondo. Io stesso, assimilati i canoni visivi locali della (a)normalità, identifichai segni di malattia mentale in una sanissima donna somala alla stregua di bambini che la stavano deridendo, mentre sistemava dei fiori in un’aiuola.



quello biomedico, considerando il suo ruolo di *esperto* della guarigione (così come quello del medico), anche in questo polo le cose sono riequilibrate.

In pratica è come se la malattia, nella sua dimensione più “dura” e concreta per l’ottica biomedica (*disease*), non fosse completamente regredita (seppure in presenza di remissione dei sintomi) ma ciò non toglie che, di converso, nessuno metta in dubbio localmente la guarigione della persona. L’attenzione delle persone, in generale in società basate sul lignaggio, pare concentrata primariamente sulle condizioni sociali e simboliche della malattia, ovvero sulle implicazioni che questa innesca nella rete di relazioni economiche e sociali. Queste intrattengono un rapporto di vicendevole influenza con la gestione “interna” della malattia da parte della famiglia. Ciononostante non va dimenticata la dimensione più intimamente soggettiva dell’esperienza della persona malata (pur relazionale e *intersoggettiva*), che non si “dissolve” nel gruppo e che, per quanto possa essere mascherata nella fitta rete di relazioni locali, agisce ed è agita e può essere dissonante, anche in un raggiunto equilibrio apparente.

A questo punto della storia sembra che tutto stia andando per il verso giusto. Nei quattro anni di cui abbiamo parlato finora ci sono state tensioni, difficoltà, incomprensioni ma, nella traiettoria lunga, il percorso è stato quello positivo qui raccontato.

Un periodo di particolare scoramento è stato quello tra la fine del 2005 e i primi mesi del 2006. Nel novembre del 2005, come riportato in cartella clinica, Colaad si sentiva particolarmente “triste, senza speranza, impaurito”. Il medico aggiunge alla mezza pastiglia di Aloperidolo una di Amitriptilina (antidepressivo) da 25mg per circa 6 mesi. Poi ritornò alla terapia con il solo Aloperidolo.

La tensione in città, e in tutta la Somalia, era aumentata dopo che nel sud del Paese l’Unione delle Corti Islamiche aveva conquistato Mogadiscio e stava iniziando un’avanzata fuori dalla capitale minacciando seriamente il fragile TFG- *Transitional Federal Government* guidato dal colonnello Abdullahi Yusuf, ex-presidente del Puntland oltre che uno dei soggetti principali delle fantasie persecutorie di Colaad. Curiosamente sarà proprio Abdullahi Yusuf a chiedere l’intervento dell’Etiopia, storico nemico della Somalia, a sostegno e in difesa del suo governo contro le Corti Islamiche. Colaad, lo ricordiamo, significa “conflitto” e proprio in relazione alla seconda guerra tra Etiopia e Somalia del ‘77-‘78 gli era stato attribuito tale nome alla nascita.

L’avanzata delle Corti Islamiche pareva inarrestabile e nel dicembre 2006 era

arrivata in prossimità di Galkayo (città divisa in due che marcava il confine tra il Puntland, con la zona sottoposta all'influenza del clan Darood, e la Somalia centro-sud, principalmente soggetta all'influenza del clan Hawye). Il governo del Puntland e, soprattutto, l'unione delle forze di molti businessmen avevano armato delle milizie e le avevano spedite al confine per prevenire l'eventuale avanzata delle Corti in Puntland, ma la tensione era alta in tutta la regione, in Puntland come in Somaliland, per la paura di infiltrazioni e tentativi di destabilizzazione.

Oltre a queste tensioni, Colaad, cui le cose stavano andando bene, pativa la mancanza di un pezzo del puzzle, di cui aveva parlato in continuazione in passato e di cui spesso continuava a parlare in quel periodo: il matrimonio. Se in passato il freno principale era la sua condizione che, insieme alla mancanza di vestiti adeguati, gli impediva anche solo di immaginare di potersi sposare, ora che stava meglio e aveva ricevuto in dono una camicia nuova doveva superare altri scogli per potersi sposare, e lui sapeva che questi erano scogli veri, più ostici e insidiosi. Si aggiunga inoltre che la sua famiglia era povera e, anche se il problema del suo status di *walaan* fosse stato risolto, non avrebbe potuto permettersi di stringere un accordo di matrimonio garantendo alla futura moglie un adeguato sostentamento. Superato questo iniziale periodo di scoramento, Colaad continuò comunque per parecchi mesi ad avere problemi d'insonnia, che lentamente diminuirono fino quasi a scomparire, almeno fino a metà del 2007. L'interesse della comunità, lo abbiamo visto, pareva avesse aiutato, almeno superficialmente, a distogliere l'attenzione da questo progetto. Nel 2007 si registrò un ulteriore aumento di instabilità in tutto il Puntland, che ha tuttora ripercussioni sull'economia sociale e politica dell'area. L'Ottobre 2007 fu l'ultima volta che potei effettuare un periodo di ricerca sul campo a Bosaso, riuscendo a ritornarci successivamente solo nel maggio 2011. Nel Dicembre 2007 due operatrici umanitarie furono rapite, era la prima volta che si verificava un rapimento di questo genere in Puntland. Pochi mesi dopo iniziò il periodo di maggiore intensità della "pirateria" al largo delle coste somale, che proprio in Puntland ha le sue basi operative principali. L'instabilità interna al Puntland è andata ulteriormente deteriorandosi negli anni successivi, e se questo non ha impedito il fiorire di commerci per un numero limitato di affaristi locali, per la maggior parte della popolazione ha avuto come conseguenza un aumento del costo della vita, nonché la diminuzione delle già magre opportunità di lavoro e delle prospettive di crescita. Tale instabilità è inoltre accompagnata da quella della "sorella maggiore", la Somalia del centro-sud che non ha mai accennato a

diminuire e, anzi, è esplosa con intensità nuova dal 2010 in avanti, provocando ulteriore produzione di profughi. Tutto questo è accaduto in un contesto che nel luglio 2011 ha anche registrato la siccità peggiore degli ultimi 60 anni, ed è stato dichiarato dal capo di UNHCR Antonio Guterres in visita al campo di Dadaab “la peggiore crisi umanitaria al mondo”. A ciò si aggiunga l’intervento militare del Kenya in territorio somalo, a seguito dei ripetuti attacchi e instabilità nelle zone frontaliere da parte di miliziani di al-shabaab, e le azioni di rappresaglia in Kenya, a partire dal campo rifugiati di Dadaab, che sta vivendo uno tra i periodi più drammatici dall’inizio della guerra nel 1991 in termini di afflusso di rifugiati (436.000 rifugiati contro una capienza di 90.000; solo tra giugno e agosto 2011 ben 108.000 nuovi arrivi<sup>147</sup>) e d’instabilità interna.

A livello micro ne è conseguito un notevole aumento dell’insicurezza interna, segnato dal riemergere di atti di micro-criminalità, solitamente di entità non significativa in Puntland, dall’aumento dei prezzi, dalla perdita di lavoro e dalla diminuzione della capacità di acquisto. Colaad e la sua famiglia non ne sono esenti. Verso metà marzo 2007 Colaad lascia in reparto una lettera di suo pugno in cui chiede lavoro. In realtà continua a gestire il suo piccolo negozio ma gli affari vanno male e vende molto meno, perciò inizia a temere di perdere la sua piccola e unica fonte di reddito. Se questa eventualità si verificasse crollerebbe tutto, e questa è una possibilità tutt’altro che remota; anzi, è radicata nelle storie delle persone che ho incontrato in Somalia, tanto al centro-sud quanto al nord. Quello dei fallimenti dei progetti di vita è, infatti, una tra le narrazioni più frequentemente ascoltate durante i colloqui con le famiglie nel corso degli anni. Nella mia personale mappa mentale le esperienze di “perdita” di questo tenore sono uno dei punti chiave della storia collettiva della Somalia contemporanea. La richiesta di una compensazione, l’arrivo della siccità, il furto di materiale o denaro, la crisi dei guadagni, il problema medico improvviso, la crisi nei territori della diaspora da dove i parenti inviano denaro, le pressioni della famiglia per una determinata spesa sono eventi talmente frequenti che ogni attività imprenditoriale o, in senso più ampio, ogni progetto di vita deve fare i conti da subito con l’eventualità della sua sconfitta.

Quando avanza tale richiesta, che non potrà comunque essere esaudita, Colaad è particolarmente scosso e ritorna meno di un mese dopo portando un’altra lettera in cui rende partecipi gli operatori del fatto che ha “*dovuto vendere un tavolo per il valore di 20\$ che intendeva usare per il suo negozio*” e che quindi chiede un aiuto per

---

<sup>147</sup> [www.unhcr.org/4f439dbb9.html](http://www.unhcr.org/4f439dbb9.html)

*“riconoscere gli sforzi che ha fatto e per migliorare il suo negozio”*, visto che gli affari non stanno andando bene. Una richiesta ridimensionata e specifica che è frutto della stessa incertezza della richiesta precedente. Indirettamente leggendo la cartella clinica scopriamo anche che, dopo avere passato più di due anni e mezzo assumendo mezza pastiglia di Aloperidolo (oltre all’uso intermittente di altri farmaci), nell’aprile 2007 la dose viene aumentata ad una pastiglia (5mg) e nel maggio a una e mezza sino a tre pastiglie al giorno fino a luglio 2007. Dall’agosto 2007 la prescrizione viene ridotta a due pastiglie al giorno sino a maggio 2008, quando sarà abbassata ad una pastiglia. Non abbiamo mai potuto parlare con il medico che prescriveva farmaci in quel periodo né quindi avere un confronto sulle motivazioni di tale aumento repentino; possiamo dunque ragionare per inferenze aiutati dal confronto con i racconti degli operatori.

Visto nell’ottica di un arco temporale ampio, questo incremento del dosaggio per poco più di un anno, prima del graduale ritorno alle quantità del periodo di maggiore stabilità, si riflette anche nelle preoccupazioni di Colaad per la situazione economica che stava diventando difficile (diminuzione del suo guadagno) in un contesto socio-politico che andava deteriorandosi.

Ma in questo periodo c’è un ultimo evento, che è forse quello più significativo nello straordinario percorso di Colaad. A quell’epoca stava progettando il matrimonio con convinzione sempre maggiore. L’instabilità generale e la possibilità di perdere le entrate economiche del suo negozio avrebbero fatto tramontare questa speranza, che era anche un progetto di vita in cui lui, più di chiunque altro, credeva molto e riguardo al quale, sino a qualche anno prima, fantasticava ossessivamente. Quello del matrimonio era un suo pensiero costante, e il non riuscire a sposarsi per i motivi che abbiamo già visto sopra era una radicata preoccupazione. Se ne lamentava, sapeva che per diventare pienamente uomo e per affrancarsi serviva anche quel passaggio. Quando anni addietro, nel pieno dei suoi pensieri persecutori, parlava del matrimonio che prima o poi sarebbe arrivato, nessuno dava particolare peso a quelle parole perché tutti erano consapevoli del fatto che sarebbe stato irrealizzabile. Anche il sottoscritto – devo ammetterlo – non ci ha mai creduto neppure quando Colaad stava effettivamente bene e la guarigione sembrava pienamente compiuta anche agli occhi della società. Forse, accecato dalla cruda realtà dei fatti che osservavo ogni giorno intorno a me, dalle stereotipie costruite dai discorsi delle persone e dalle teorie implicite comunque assimilate, il mio sguardo non aveva saputo sfidarne i confini. Colaad, dalla sua visuale, sentiva di non essere guarito del tutto. Per tutti gli altri intorno a lui lo era, ma a lui mancava ancora qualcosa:

la sua prospettiva più intima era stata accantonata da tutti – sicuramente da me, che osservavo e partecipavo a tali fenomeni – dissolta nell’ebbrezza della prospettiva sociale, che nel frattempo registrava passi enormi e l’ingresso di un nuovo membro nella comunità.

Ebbene, Colaad si sposò. Riuscì a realizzare anche quell’ultimo desiderio profondo, che era la soddisfazione di un bisogno personale e intimo e al contempo realizzava la necessità di essere pienamente parte di quei legami sociali che implicano responsabilità, doveri e soddisfazioni e riconoscimento. Nel suo caso, infatti, non si tratta di un matrimonio dallo status “limitato” come quelli di cui abbiamo parlato nel Capitolo 2, bensì di un matrimonio dai vincoli e responsabilità piene.

In un certo senso si può dire che attraverso la manifestazione piena della sua agentività, manifestatasi nella pratica quotidiana attraverso azioni di ribellione, negoziazione, attesa e follia, abbia investito di significati inediti la possibilità di essere nel mondo, costringendo il mondo morale locale a ridefinirsi.

### **3.5 Epilogo**

Qualche mese più tardi Colaad morì. Lo fece da uomo sposato.

Forse un problema gastrico, o un’intossicazione, non si è mai capito bene cosa fosse stato a ucciderlo. Spontaneamente la prima cosa cui pensai quando mi dissero della sua morte fu che morì come aveva sempre sospettato, intossicato, ovvero avvelenato da qualche sostanza. In ogni caso nell’evoluzione della sua storia, la morte è stata forse la cosa più normale e prevedibile che fosse capitata.

Queste le sue parole in un’intervista del 2006:

è un grande cambiamento... la mia vita precedente e ora... veramente... adesso sono una persona che vuole costruire il futuro. Prima non pensavo veramente al futuro... ero scoraggiato.... posso dire Allah mi ama, mi vuole bene...(sorridente) mi ha scelto...(lunga pausa e sorriso) mi ha scelto... per diventare malato (da video-intervista, Bosaso, luglio 2007).

## CAPITOLO 4 LA SFERA PRIVATA E QUELLA PUBBLICA

Attraverso la storia di Colaad ho cercato di mostrare come il livello individuale e familiare-ristretto (unità domestica) sia interrelato con quello familiare-allargato (gruppo pagatore di diya, clan) e pubblico. Questi livelli concorrono insieme alla definizione del quadro delle possibilità e delle limitazioni del processo di guarigione. Le dimensioni simboliche e materiali connesse a tale processo sono continuamente negoziate dai soggetti in gioco che si muovono tra questi livelli nel contesto socio-politico locale.

Partendo da temi ampiamente diffusi e “sentiti” in tutto il territorio somalo (i.e. esperienze di perdita, l’uso di catene, il qaat), approfondiremo in questo capitolo, alcuni nodi problematici che connettono la sfera privata a quella pubblica. Nei capitoli precedenti ho già mostrato come la società sia organizzata sulla base di responsabilità “collettive” piuttosto che individuali e di come queste entrino in gioco anche quando si ha a che fare con l’identificazione, la gestione o la risoluzione di una forma di disagio mentale. Seppure il processo antropopoietico locale costruisca umanità più “sociali” rispetto a quelle maggiormente “individuali” fabbricate nei contesti occidentali, è importante della necessità di non perdere di vista i due poli, “individuale” e “collettivo”. Non dobbiamo cioè, riprendendo l’espressione di Augè (1997), “*dissolvere l’individuo nel gruppo*” ma non possiamo neppure rinchiudere l’individuo su se stesso all’interno del proprio presunto mondo interiore individualizzato. Poiché le dicotomie possono essere limitanti, la distinzione fra “individuale” e “collettivo” nasce innanzitutto per una semplicità espositiva. L’atto vitale di *presenza* nel mondo della persona è costruito all’interno della tensione tra i due poli, non può mai essere l’uno o l’altro, neppure quando si vira verso l’isolamento e l’*assenza*. La soggettività - intersoggettiva per sua natura- è qui considerata in maniera relazionale, spogliando l’analisi della sofferenza del singolo dal mantra del primato ontologico dell’individuo pur non rinunciando a comprendere le forme peculiari di sofferenza, le istanze e, in generale, le modalità di relazione che lo/a posizionano nel mondo con gli altri.

### 4.1. Forme quotidiane di tristezza: *murugo*, *niyad-jab* e dintorni

In un contesto dove la sovrabbondanza di “perdite” incrocia la storia collettiva e le biografie individuali di molti, è utile analizzare brevemente alcune forme di sofferenza segnate da stati emotivi che si collocano nella sfera della tristezza, del rammarico, della disillusione. Le conseguenze dirette e indirette della guerra hanno generato, tra le altre cose: perdita di lavoro, di status, di educazione (interruzione degli studi), di business privato, di vite umane, della propria casa, di punti di riferimento, di protezione e garanzie e di fiducia. Se negli ultimi anni si assiste a un rilancio di settori e opportunità un tempo perdute, queste continuano a essere limitate e a investire la popolazione in maniera disomogenea, sia nei contesti ambientalmente più difficili del nord e quelli politicamente più instabili del centro-sud.

In queste pagine, mostrerò se e come tali dimensioni siano localmente identificate come forme di disagio mentale o se lo possano diventare.

Nel solco del dibattito tra chi sostiene l’universalità dei disturbi psichici (e delle relative tassonomie) e chi vi contrappone il primato della funzione *patoplastica*<sup>148</sup> delle culture locali, ha trovato spazio la discussione circa l’esistenza di disturbi depressivi in contesti non occidentali, in particolar modo in Africa<sup>149</sup>. Piero Coppo ricorda aneddoticamente la presentazione dei risultati di una sua ricerca epidemiologica condotta in zone rurali del Mali (Coppo,1984) dove non trovò neppure un caso di “depressione” secondo i criteri definiti in psichiatria:

ricordo che la comunicazione di quei risultati a Montréal e Parigi mi espose alle critiche e all’ironia degli specialisti presenti (il motivo preferito: ecco un altro con il mito del buon selvaggio). Uniche voci fuori dal coro: quella di un antropologo canadese che lavorava coi Nativi del Nord (se davvero in quei contesti non si osservano disturbi depressivi, cosa che gli sembrava possibile, forse erano presenti fattori di protezione da indagare e descrivere) e quella di un primatologo (perché meravigliarsi se non si manifestano disturbi depressivi in comunità solidali e coese? C’è un solo modo per deprimere una scimmia: isolarla dalla madre o dal gruppo). Particolarmente accaniti nel sostenere la presenza nelle comunità africane dei disturbi depressivi, anche se «mascherati» da disturbi somatici o altre psicopatologie al punto da risultarne irriconoscibili, erano i rari

---

<sup>148</sup> Ovvero le modalità con cui le culture locali danno forma alle sofferenze attraverso codici socializzati che permettono di nominarle, riconoscerle e lavorarle. E’ diversa dalla *funzione patogenetica*, che viene riferita alla nascita del disturbo generata da caratteristiche intrinseche della “cultura”.

<sup>149</sup> Per una rassegna si vedano Kleinmann e Good (1985), in particolare l’introduzione e i saggi di Beiser, Lutz, Marsella et al.; Beneduce e Collignon (1995), in particolare i saggi di Bibeau, Collomb e Collignon, Collignon; Littlewood e Lipsedge (1997); Coppo (2005), in particolare le pagine 79-86 per riferimenti sul contesto africano.

psichiatri africani, formati nelle università inglesi o francesi. Sembrava per loro quasi un punto d'onore; forse per reazione alla psichiatria coloniale che aveva affermato che i Neri non sono capaci di vivere il dolore morale: privilegio dei cervelli evoluti e civilizzati dei Bianchi (Coppo, 2005,pp.8-9).

Questo dibattito, particolarmente acceso negli anni '80, ha attraversato la storia della psichiatria. Se agli inizi del '900 si registrano, ad esempio, le considerazioni comparative di Emil Kraepelin (1904) circa la rarità in Giava della “depressione franca” che, ove presente, risultava “transitoria e mascherata”, in epoca coloniale veniva rilevato (Cfr. tra gli altri, Cazanove,1927) che la depressione non era presente nella popolazione rurale africana perché questi erano dotati di una mente più semplice (dal punto di vista dell'evoluzione cerebrale) e perché in generale, il dolore morale apparteneva ai civilizzati. Un passaggio interessante rilevato da Coppo (2005) riguarda il decennio compreso fra il 1950 e il 1960 quando una serie di ricerche in contesto africano passano dall'osservare l'assenza di disturbi depressivi alla loro presenza significativa<sup>150</sup>. Questo cambiamento era fatto risalire principalmente al processo di modernizzazione e alla maggiore accuratezza diagnostica di ricercatori e clinici ma, fa notare Coppo, la “scoperta” della depressione in Africa in quegli anni coincide con la scoperta dei primi antidepressivi a larga diffusione (i.e. l'Imipramina, nel 1957). Le ricerche critiche nell'ambito dell'antropologia medica, della psichiatria transculturale e dell'etnopsichiatria, soprattutto tra la fine degli anni '70 e gli anni '90, hanno messo in luce i limiti metodologici ed epistemologici di approcci che cercassero universali della sofferenza incasellabili dentro una categoria nosologica, non neutra, come quella di “depressione”. Oltre al rischio, di cui si è già detto, che certe categorie diagnostiche risultino *fallaci* Kleinaman (1977), anche i tentativi di apportare correttivi “*etnosemantici*” nelle ricerche epidemiologiche, attraverso la traduzione delle maggiori categorie psichiatriche all'interno delle lingue locali o in concetti più appropriati dal punto di vista “emico”, sono stati ampiamente criticati non risolvendo l'“inganno” di fondo Beneduce (1999). Uno studio nel nord della Nigeria (Kabir et al., 2004) mostra come sintomi di ansietà e depressione non erano identificati come “malattie”, piuttosto come problemi temporanei, al contrario di sintomi “psicotici” che convogliavano verso la follia. Kleinmann (1988) trova che per i Taiwanesi solo “isteria” e follia sono identificati come disturbi mentali, mentre altri problemi (ansietà, depressione, reazioni

---

<sup>150</sup> Cfr. Prince, 1968 per una revisione della letteratura.



allo stress) erano considerati problemi fisici o reazioni individuali a difficoltà della vita. Conclusioni simili sono riportate anche nella letteratura in Pakistan (Karim et al.,2004). Il fatto di non trovare tale corrispondenza (consistenza) non vuole dire che manchino sofferenza, o le parole per descriverla e rappresentarla localmente. Allo stesso modo, riteniamo che la tendenza ad “esprimere” la tristezza *somaticamente* oppure con esempi molto concreti della vita quotidiana, non si possa ascrivere ad un diverso livello evolutivo per l’ipotesi secondo cui (Cfr. Leff,1981) esiste un continuum dell’espressione delle emozioni da una modalità somatica ad una psicologica.

Esistono diverse modalità di vivere, rappresentare e condividere gli stati emotivi che in molte società sono all’apparenza più svincolate dall’individuo e maggiormente ancorate alle componenti relazionali, in una dimensione che è per sua natura proiettata all’esterno. In Somalia, la descrizione dell’afflizione ha un numero consistente di nomi ed espressioni cui attingere, ma non bisogna cadere nella tentazione, il “vizio empirista” come lo definisce Beneduce (1995), di considerarle alla stregua di entità discrete come fossero categorie nosografiche descrittive al pari di quelle psichiatriche.

### ***La ricchezza fenomenologica delle espressioni***

*Murug, niyad-jab, qalbi-jab* oppure *han-jab* sono tra le espressioni somale più ricorrenti per indicare forme di afflizione emotiva. Nessuna di queste è equiparata ad una forma di disagio mentale come, ad esempio, *waali*. Si tratta di condizioni che possono, eventualmente, diventare qualcos’altro, trasformarsi in forme gravi di sofferenza, se non si è stati in grado di recuperare quanto “perso”, ovvero di ricomporre e contenere lo stato di sofferenza. Se, ad esempio, il forte dispiacere rappresentato attraverso l’espressione *murug*, che rappresenta la forma di sofferenza più intensa, diventa così estremo e persistente che i comportamenti della persona virano verso quelli comunemente attribuiti a *waali*, sarà quest’ultimo a prenderne il posto. Vediamo alcuni esempi.

*Murug* è il termine più frequentemente citato in letteratura per riferirsi a condizioni di tristezza (McGraw Schuchman et al., 2004; Zarowsky 1997; Carroll, 2004; Ryan, 2007; Perez, 2006). In realtà gli ultimi due autori citati riprendono il lavoro di Carroll e McGraw Schuchman cita il termine senza dare ulteriori spiegazioni. In generale nella maggior parte della letteratura sulla salute mentale (Cfr. Cap.I) non si fa menzione alla terminologia locale della sofferenza. Da un lato perché le ricerche non sono interessate

ad investigare la dimensione emica e più inclini a svolgere ricerche con categorie nosografiche occidentali, dall'altro, forse, perché essendo questi degli stati emotivi non ritenuti in sé forme di disagio mentale vengono tralasciate dalle ricerche.

In Somalia è spesso indicato come il termine più generale per questo stato emotivo, oltre ad essere quello, secondo alcuni osservatori, della maggiore intensità che più facilmente può portare a *waali* se le condizioni deteriorano nel lungo periodo. I dizionari ne descrivono il significato nei termini di “dolore, infelicità, afflizione” (Hashi et al.,1995) e anche “depressione” (Hashi et al., 1993,2004).

Ci si può riferire con *murug*, ad esempio, alla sofferenza per una perdita significativa che provoca:

tristezza, dispiacere. Specialmente con riferimento alla famiglia, se qualche familiare muore ad esempio...si dice *-waa murugaysan yihiin, qofbaa dhintay -*, sono tristi perché qualcuno (della famiglia) e' morto (Mohamud, operatore sociale, Ospedale di Bosaso, 12/1/2006)

Oppure agli stati d'animo che mescolano al dispiacere la preoccupazione che si trasforma in demoralizzazione e può portare al ritiro sociale:

ha paura di qualcosa.. pensa... cosa faccio? Per i debiti oppure...mia figlia e' incita, e adesso come faccio? chi la vuole più? Pensa che non ce la può fare...è demoralizzato (...) per gli uomini... lo vedi che non fa nulla per i figli, per la famiglia...<sup>151</sup> (focus group con personale femminile misto dell'Ospedale di Bosaso, Bosaso, 20/03/2005)

A parte *murug*, le altre parole sopra riportate hanno in comune il suffisso “*Jab*”, che significa rompere, ma anche sconfitta, perdita. Si usa per indicare ad esempio una gamba rotta, un vaso che cade a terra e si rompe oppure come aggettivo (*jabi-og*) per indicare qualcosa di fragile e delicato.

*Qalbi* significa cuore, da cui *qalbijab*, letteralmente mi viene riferito come “cuore-rotto” o spezzato (non solo come metafora amorosa), tradotto in alcuni dizionari anche come “disappunto, infelicità, depressione” (Hashi et al,1995), oppure “disperato” (*qalbijabsan*) (Mansuur et al.,1985).

*Niyad* invece mi viene riferito come l'essenza, lo spirito di una persona, il “sé”, ovvero come quell'aspetto che ha che fare con l'intenzione ma anche con l'umore.

---

<sup>151</sup> Interviste cit., Ref. I.5 e I.6 rispettivamente.

*Niyadjab* è l'esperienza di una persona il cui spirito è molto "basso", demoralizzato, in qualche modo "bloccato". Un dizionario somalo-inglese lo traduce con "disappunto, demoralizzazione, infelicità, depressione" (Hashi et al., 1995), mentre le due versioni di un dizionario inglese-somalo lo inseriscono come traduzione di depresso e depressione (Hashi et al., 1993, 2004). Un dizionario somalo-italiano di prima della guerra lo riporta alla voce "deprimere" (*niyad jabin*) (Mansuur et al., 1985) ma non alla voce "depresso" tradotta con *madluunsan*, mentre non esiste nel dizionario la voce "depressione".

*Hanjab*<sup>152</sup> è un altro termine che usa il suffisso *jab*, meno frequentemente nominato per riferirsi a condizioni di tristezza, ma interessante per farci comprendere la complessità e la ricchezza dell'uso dei vocaboli somali. *Han* significa anche "orgoglio, auto-stima, reputazione, rispetto per sé, oppure ambizione" (Hashi et al., 1995) e viene indicato come sinonimo di "qab" (Carab, 2004; Hashi et al., 1995) che significa "presunzione, orgoglio" ma anche "l'essere sposato, il possedere, il dovere (nel senso morale e debitorio)" (Hashi et al., 1995). L'uso di *hanjab* in quanto espressione di sofferenza ci viene così descritta:

vuole delle cose, vuole fare, costruire...non ce la fa e allora va giù. E' suscettibile(...) non identifica una malattia...è una malattia della persona che torna a se stessa (Omar M.I., anziano -oday-, Bosaso, 14/2/2006).

Sollecitato a fornire maggiori dettagli, lo stesso intervistato spiega l'espressione partendo da una parola con significato opposto: *hankac*. Questa identifica il momento in cui la persona è protesa verso la propria ambizione di "fare", dove *kac*, ci spiegherà, significa "stare in piedi"<sup>153</sup>:

ad esempio è capitato qualcosa e vuoi andare via. La tua tensione e'sempre di andare...Qualcosa lontano da te... voglio partire alla fine di febbraio per esempio... (...)oppure voglio costruire una casa... Tutta la voglia e'su questo progetto. Esiste solo quello (ibid.)

Se però le cose vanno male:

---

<sup>152</sup> In un dizionario somalo-inglese (Hashi et al., 1995) e solo somalo (Carab, 2004) ne abbiamo trovato traccia nei termini di "intimidire, minacciare".

<sup>153</sup> Un dizionario aggiunge anche il significato di "decollo" (Hashi et al., 1995).

Se non ce la fa la persona va giù...diventa Han Jab. Non e'considerato una malattia ma se capita spesso poi, diventa Buufis...il rimandare sempre, fare progetti e poi non ce la fai...(ibid.)

“Han” rappresenta “la voglia di” per cui nel momento in cui questa è spinta verso “l’alto” (*kac*) la persona lavora per realizzare il proprio piano ma quando questo fallisce questa spinta cade, si rompe (*jab*),e:

Solitamente la persona sta da sola, parla anche da sola, va in giro da sola, non ha relazioni, è silenziosa...non cura i vestiti, non si pettina..(ibid.)

Le parole sopra riportate, secondo alcuni osservatori, sono intercambiabili tra di loro e, come ho illustrato con gli esempi presi dai dizionari, non esiste un’uniformità tra le traduzioni e i significati attribuiti. A maggior ragione va considerato il fatto che stiamo parlando di parole di uso comune non identificate come forme di malattia. I molteplici significati attribuiti alle parole, semplici o composte che siano, testimoniano la ricchezza e la duttilità di tali espressioni che, non a caso, sono sempre accompagnate dalla descrizione della situazione e del contesto, o dell’evento singolo che ha generato quel determinato stato emotivo e il cambiamento prodotto nelle relazioni tra le persone. Commentando nel Gennaio 2006 con un operatore sociale del reparto di salute mentale di Bosaso il caso, “molto particolare” a suo modo di vedere, di un ventiduenne di Galkayo, l’operatore qualifica l’esperienza di estrema sofferenza del ragazzo in questione come *hanjab*. La famiglia del ragazzo durante una visita in ospedale descrive così la situazione:

è da cinque mesi che non sta bene...prima studiava e aveva avuto anche qualche lavoro ma poi un giorno è nato il sospetto di essere malato di AIDS e poi ha iniziato a stare da solo e non volere parlare....dice sempre -lasciatemi stare-, -il mio futuro è nero-...-sono niente-... (estratto dalla “scheda di diagnosi familiare” (V.Appendice) n.12, compilata il 29/01/2006).

Questa sofferenza, sempre secondo la famiglia, è causata da *nyiadjab*<sup>154</sup>. Il suo spirito, il suo umore, ma anche l’intenzionalità sono dunque “rotti”, a pezzi, da quando è andato dal barbiere. Il ragazzo, auto-descrivendo la propria condizione, con un filo di voce e guardando sempre in basso, spiega che il suo problema è causato dal “sospetto”

---

<sup>154</sup> Il nome della causa di una condizione specifica (*nyiadjab*) è spesso anche il nome che prende la condizione stessa *nyiadjab*).

(*shaki*), che lo sta facendo “diventare matto”, da quando un barbiere qualche mese prima l’ha tagliato facendogli la barba. Da quel giorno, infatti, è convinto di essere malato di AIDS, nonostante qualche tempo dopo abbia fatto le analisi risultate negative.

Come in qualsiasi luogo sulla terra contrarre l’AIDS è altamente stigmatizzante, in Somalia questo è portato alle estreme conseguenze per concomitanti fattori religiosi, culturali e sociali che mettono a rischio di morte sociale, e in alcuni casi anche fisica, sia chi contrae il virus, sia chi è coinvolto in qualche modo perché, ad esempio, lavora in un laboratorio di analisi o per organizzazioni che svolgono campagne per il controllo epidemico<sup>155</sup>. E’ largamente diffusa la convinzione che l’HIV sia una punizione per i non-musulmani, in quanto praticare l’Islam correttamente previene la contrazione del virus (Wheeler,2003). La Somalia ha tuttora delle percentuali relativamente basse di prevalenza del virus se confrontate con i paesi confinanti (Etiopia, Djibouti e Kenya), dato che avvalorata la tesi diffusa del contagio “esterno”.

Contrarre il virus, e il fatto che questo sia saputo all’interno della famiglia, è un motivo più che sufficiente perché il morale, il senso di sé (*niyad*) della persona si perda. Ma c’è un particolarmente importante in questa storia di cui abbiamo trovato solo un cenno molto vago nella cartella clinica e che l’operatore con cui ci siamo confrontati ci ha spiegato meglio.

Pare che il ragazzo sia stato protagonista di un abuso sessuale o di un atto sessuale in contesto promiscuo, poco chiaro. Sebbene non abbia contratto il virus (come “certificato dalle analisi di laboratorio”) convive con questa preoccupazione che è anche preoccupazione della punizione divina (e sociale) conseguente che, in un certo senso, sta già vivendo attraverso l’esperienza di sofferenza profonda e isolamento dagli altri. L’episodio del barbiere pare essere stato successivo rispetto all’atto sessuale e, forse, usato come scudo nei confronti della famiglia per prevenire una possibile “comparsa” del virus.

Pur con un certo grado di speculazione si delinea ora meglio la sottile differenza di significato dei termini usati dalla famiglia e dall’operatore per descrivere la sofferenza

---

<sup>155</sup> Tra le tante testimonianze disponibili riportiamo la storia di un’infermiera scappata e poi rintracciata ed ammazzata dal marito di una donna cui questa aveva comunicato di essere affetta dal virus. Una storia, viene sottolineato nell’articolo, molto comune. ([http://www.boston.com/yourlife/health/diseases/articles/2006/02/27/in\\_somalia\\_diagnosing\\_aids\\_can\\_be\\_risky](http://www.boston.com/yourlife/health/diseases/articles/2006/02/27/in_somalia_diagnosing_aids_can_be_risky); ultimo accesso effettuato il 29/07/2012). Una delle voci circa le motivazioni dietro l’uccisione di Annalena Tonelli a Boroma nel 2003 era che alla guardia che l’ammazzò fosse stato comunicato di avere contratto il virus dall’Ospedale che la Tonelli aveva creato e che gestiva. Al di là dell’infondatezza di tale rumor, sta di fatto che l’apertura di una sezione dedicata ai malati di HIV aveva creato notevoli polemiche ed era stata accusata la Tonelli di volere propagare il virus in Somalia, per cui aveva ricevuto numerose minacce di morte e dimostrazioni di piazza contro di lei (Cfr. ultimo accesso effettuato il 29/07/2012).

del ragazzo. La famiglia, apparentemente all'oscuro dell'atto riprovevole, evoca la spiegazione della sofferenza entro i termini del *niyad-jab*, mentre l'operatore, consapevole di quanto commesso, usa un termine, *han-jab*. Quest'ultimo termine, come abbiamo visto sopra, fa maggiormente riferimento al crollo dell'auto stima, dell'orgoglio, del rispetto di sé e della reputazione che, stando ai racconti, rivela molto meglio il senso profondo del disagio del ragazzo in relazione alle motivazioni e alle conseguenze sociali del suo gesto.

### ***La situazionalità delle emozioni***

Nelle loro ricerche con somali in Etiopia e con rifugiati somali in Finlandia, Christina Zarowsky (2004) e Marja Tiilikainen (1998) forniscono descrizioni generali di *niyadjab* e *qalbijab* e relativi significati simili a quanto visto sinora. Pressoché tutte le ricerche che affrontano il tema delle espressioni emotive nella popolazione di origine somala (Cfr. Cap1.3) concordano nel fatto che le emozioni non vengano solitamente spiegate o elicitate in modo aspecifico, ovvero come categorie auto-esplicative. Piuttosto, le espressioni usate sono anticipate dalla descrizione di un corredo di situazioni ed eventi di contesto che ne delineano il significato, spesso contenendo in sé l'origine della sofferenza e la possibile risoluzione di questa. I partecipanti alle ricerche di Tiilikainen (1998,p.313) collegano questi stati emotivi, tra gli altri, alle memorie della guerra civile, alla non familiarità con la cultura e lingua finlandese, alla disoccupazione e problemi finanziari, alle preoccupazioni per i familiari rimasti in Africa. McGraw Schuchman et al.(2004) li associano al cambio di status all'interno delle famiglie nel contesto di rifugio e alle difficoltà di apprendimento della lingua da parte dei genitori che li costringono ad essere dipendenti dai propri figli in compiti che dovrebbero essere loro. Zarowsky (2004) riporta esempi legati alle preoccupazioni dei somali "returnees" nelle aree intorno a Dire Dawa, per cui la principale fonte di *nyiabjab* era rappresentata dalla perdita della terra dovuta alla precedente profanazione durante la guerra civile. In un altro esempio l'autrice mostra come l'espropriazione della terra e le violenze subite, negli anni seguenti, durante tentativi di rientrarvi, sono le cause attribuite alla follia dell'"ex" proprietario di tali terre, quest'ultima espressa in modalità riconoscibili quali il ritiro sociale, l'eloquio eccessivo, i comportamenti bizzarri e aggressivi. Anche le narrazioni e le emozioni espresse dai vicini che

convivono con la sua follia ruotano solo ed esclusivamente intorno a quei temi:

potrebbe stare meglio, anche adesso, a vent'anni di distanza se avesse abbastanza soldi e gli fossero ridate le sue terre, ma altrimenti non esistono trattamenti per questa condizione (Zarowsky, 2000, p.395).

Solitamente quanto si esce dall'alveo della sofferenza per andare in quello della follia riconosciuta (*waali*) la soluzione non viene identificata in maniera così immediata, essendo la possibilità di rientro alla normalità considerata nulla o assai flebile. In questo caso crediamo giochino un ruolo importante le rivendicazioni politiche collettive e le retoriche ad esse collegate, inscritte nella storica e perpetua rivalità tra Somalia e Etiopia. Questo d'altronde è uno dei fili conduttori di questo e degli altri articoli della Zarowsky nell'area, molto attenta alla dimensione politica, che in qualche modo si fa o diventa portatrice d'istanze e rivendicazioni locali. In generale questa apparente linearità tra la perdita che genera sofferenza, o follia in quest'ultimo caso, e le possibilità di recupero attraverso la ri-acquisizione di quanto perso fa parte di un repertorio di narrazioni altamente condiviso tra i somali la cui essenza non pare mutare molto a latitudini differenti e in presenza di contesti di vita assai differenti, dalla Somalia al campo rifugiati in un paese limitrofo oppure al contesto di rifugio occidentale.

Ho già illustrato che nei contesti di rifugio occidentali la preoccupazione verso chi è rimasto in Somalia o in un campo rifugiati sia tra quelle che generano le maggiori tristezze e dispiaceri al pari delle difficoltà a portare a termine il ricongiungimento familiare. I risultati della ricerca di Juanita Ryan con rifugiate somale ad Hamilton (Nuova Zelanda) confermano che sebbene fosse riconosciuto l'impatto negativo del "trauma da guerra" questo non aveva un impatto debilitante nella vita delle donne intervistate. Piuttosto, ciò che pareva avere il maggiore impatto stressante era il pensiero dei familiari nei campi rifugiati in Africa e l'unica soluzione per alleviare il dolore riconosciuta nel ricongiungimento (Ryan, 2007). Inoltre, lo abbiamo visto soprattutto negli Stati Uniti (a Minneapolis durante la ricerca e in letteratura), un'altra forma di grande tristezza (*murug* ma anche *qalbijab* e *niyadjab*) è allorquando i genitori non riescono a "controllare" i propri figli, ovvero quando il sistema di controllo e welfare istituzionalizzato "esterno" diventa più potente di quello familiare "interno" e i figli mancano di quel rispetto che i genitori ritengono dovuto. In quest'ultimo caso una "soluzione" al problema, sempre più frequentemente adottata dalle famiglie, prende il

nome di *daghancalin*, una sorta di “ri-culturalizzazione” attraverso l’invio del giovane in Somalia (Cfr. Cap. 6). Al di là dell’efficacia di tali strategie, va detto che non sempre le soluzioni auspiccate sono attivabili solo con le forze familiari, diventando dunque di difficile raggiungimento, a volte impossibili, e creando le basi per una sedimentazione dell’esperienza di frustrazione nel tempo che può cronicizzare la sofferenza che, senza sbocchi, si può anche trasformarsi in follia. Negli Stati Uniti di fronte ai problemi legati allo status di rifugiato, di cittadinanza, all’integrazione, alla discriminazione e a politiche sociali incomprensibili alla popolazione rifugiata (Cfr. § 1.3.2), la capacità di azione e controllo sulla propria vita sociale appare limitato e questo genera frustrazione *riempiendo* gli spazi di espressione della sofferenza vissuti delle persone. Gli operatori socio-sanitari che si confrontano con tali vissuti sono spesso disorientati perché dei traumi passati e delle innumerevoli sofferenze ascoltate nelle biografie non rimane traccia, se non residuale, nell’espressione delle proprie emozioni e sofferenze. Durante il periodo di ricerca in Minneapolis questo era un tema spesso dibattuto tra gli operatori sociali in momenti di confronto durante supervisioni o analisi dei casi cui ho potuto partecipare oppure riferitomi direttamente durante le interviste, in particolare con David McGraw Schucman (13/11/2009), “licensed social worker”, direttore dell’ “Immigrant and Refugee Behavioral Health” ovvero il servizio di salute mentale per somali de “Volunteers of America Minnesota” e Yassin Jama (10/11/09), direttore della struttura residenziale per giovani somali con problemi di salute mentale “YASSIN’S HOME”. Durante i colloqui, anche clinici, il centro della scena è cioè occupato da temi assai concreti e contestuali che poco hanno a che fare con la sofferenza psicologica altamente individualizzata cui gli operatori si aspettano di far fronte. Una situazione simile è ben esemplificata anche dal seguente passaggio riportato da un colloquio in un ambiente clinico in un centro di accoglienza del nord Italia:

*Psicologa*: “Qual è l’esperienza più dolorosa, più difficile, che hai vissuto?”

*Maryam* (abbassa lo sguardo, c’è silenzio per qualche istante): “Al centro di XXX davano solo un pezzo piccolo di sapone che doveva durare per una o due settimane e con il quale dovevamo lavarci anche i vestiti” (Caldarozzi, 2010,p.91)

Nel campo di Dadaab incontro alcuni operatori (tutti keniani che si avvalgono di traduttori somali) che lavorano in servizi di sostegno psicologico per rifugiati di recente e vecchio arrivo. Anche in questo caso, il confronto con le emozioni riportate dai somali segue lo stesso canovaccio riportato negli USA e in Italia. Beatrice W. lavora da dieci



anni nel campo di Dadaab, dove ricopre il ruolo di *senior counsellor* per “CARE”, importante agenzia non governativa americana ([www.care.org](http://www.care.org)). L’organizzazione è presente nel campo di Dadaab sin dagli inizi della guerra civile e ne ha inizialmente gestito le operazioni di gestione, prima di UNHCR. Attualmente CARE lavora in settori quali quello dell’educazione e della sanità ed è l’unica a gestire servizi di counselling psicosociale. L’impressione che ho avuto durante le visite ai servizi e le interviste effettuate è quella di un servizio svuotato, non coordinato con il resto delle attività, con operatori poco motivati e frustrati dalle condizioni di lavoro improbe e poco chiare e per il soverchiante bisogno dei “clienti” che pure riescono ad “agganciare” con difficoltà essendo questi ultimi, a loro modo di vedere, interessati ad altro tipo di servizi. Il servizio si compone di 5 operatori (la popolazione dei campi è di circa 400.000 persone) che lavorano a giorni alterni in ognuno dei campi fornendo supporto psicosociale, supporto emotivo e orientamento di base soprattutto per i nuovi arrivati al campo. Essa lamenta il fatto che da loro i rifugiati vanno per qualsiasi tipo di problema, ma che, quando si accorgono che non si parla né di *resettlement*, né di cibo o altre questioni *concrete*, se ne vanno. Così Beatrice commenta il suo lavoro:

è difficile arrivare alle emozioni...sono trasparenti all’esperienza...forse è per via della religione, Dio ha già deciso per loro...(…) gli uomini vengono raramente, non gli piace parlare di queste cose...preferiscono andare dal medico...soprattutto cercano di ricevere attenzione per essere riferiti fuori, magari a Nairobi...(…) principalmente vengono le donne, magari una o due volte ma quando sentono qualche primo beneficio dopo che hanno parlato, poi se ne vanno...è difficile stabilire delle relazioni di fiducia...(Dagahaley-Dadaab, 19/7/2010)

Il fatto che non si riesca a parlare di emozioni con i rifugiati somali a Dadaab è per la counsellor il segno che questi siano lontani dalle proprie emozioni, come se non le *sentissero*, come se fossero, per dirla con le sue parole, “trasparenti all’esperienza”. E’ evidente che ci sono in questa lettura una serie di implicite primo fra tutti che le esperienze di vita, soprattutto quelle traumatiche, generino delle emozioni e dei vissuti che la persona ha bisogno di “lavorare” psicologicamente per potersene togliere il fardello e acquisire una qualche forma di benessere psicosociale. Inoltre, pare di intendere che per la counsellor, il resto del quotidiano, quello che apparentemente non dovrebbe produrre sofferenza (i.e. perché non legato a eventi traumatici) goda di un differente statuto, non sia “esperienza” al pari di quella traumatica. Ancora sul tema:

c'è molta violenza, vanno e vengono dalla violenza...hanno visto o partecipato nella violenza... ma l'idea di parlare è difficile...sono attaccati a bisogni materiali, presentano bisogni materiali...poi se manca il tetto, il counselling non aiuta molto e possono negare anche i progressi fatti con il counselling se i bisogni primari non sono soddisfatti....(...) molti manifestano sintomi somatici, vanno in ospedale, vai in ospedale a chiedere, vedrai...tutto il trauma precedente è nascosto, viene sotto forma di disturbi somatici...ho mal di testa, mal di pancia (Beatrice, Dagahaley-Dadaab, 19/7/2010)

Nel momento in cui effettuammo l'intervista il campo riceveva circa 1.000 nuove persone al giorno. L'intensità della violenza nella capitale e nelle regioni del sud era nuovamente elevata e migliaia di persone continuavano a fuggire da un contesto di violenza quotidiana. Esperienze traumatiche erano sicuramente presenti e queste in molte famiglie avevano segnato l'esordio di disturbi e sofferenze emotive anche laceranti<sup>156</sup>, in alcuni casi anche di malattia mentale. Oltretutto, siamo all'interno del campo rifugiati più grande del mondo, luogo di riparo e protezione dalla violenza estrema e luogo di produzione di nuova violenza (Agier, 2011[2008], Reggi, 2010), dove si perde il controllo della prospettiva della propria vita e di quella della famiglia, vincolata ad una sorta di "sindrome di dipendenza" (Papadopulus et al., 2007; Cfr. anche Harrell-Bond, 1986) verso le agenzie internazionali. Le risorse familiari cui attingere per risolvere i problemi del quotidiano sono indebolite e frammentate per via della disgregazione delle famiglie (sia che avvenga per morte o per *resettlement*), a causa del sovraffollamento, della gestione degli spazi e del tempo che sono normati dalle agenzie, dall'annullamento dei ruoli sociali tradizionali. Il modello di sofferenza e di gestione del disagio messo in atto dalle agenzie (con grande difficoltà e disomogeneità in un contesto così complesso e instabile) sta dentro il paradigma dominante del rapporto tra individuo ed esperienza traumatica, con i relativi corollari già discussi in precedenza.

Il ruolo del counsellor professionale, che ascolta e lavora con le emozioni profonde delle persone, è qualcosa verso cui non esiste familiarità nel contesto somalo. Condividere le emozioni è qualcosa che si esaurisce all'interno della famiglia che ti dà il supporto emotivo necessario. C'è però un altro equivoco da svelare dentro il

---

<sup>156</sup> Questo è ampiamente confermato dalle osservazioni e dalle interviste che abbiamo condotto con i rifugiati in ognuno dei campi del complesso di Dadaab e dai focus groups condotti con gli operatori di salute mentale che lavoravano nei tre principali ospedali (Reggi, 2010).

paradigma psicosomatico: esso pare assegnare un ruolo quasi ontologico a disturbi come quello depressivo, che, se anche se non espressi, sono comunque presenti, mascherati o nascosti dietro le espressioni del corpo titolari di uno statuto inferiore rispetto all'apparato cognitivo. Il linguaggio del corpo è invece un modo per esprimere la sofferenza e questa modalità è socialmente e culturalmente determinata (v. gli esempi dei "nervi"). Inoltre, parlare attraverso il corpo non significa, come ritiene la counsellor, un'incapacità di accedere alle proprie emozioni e sentimenti, perché i concetti somatici, lo vedremo nel prossimo paragrafo, non le escludono, anzi dipendono da essi, essendo parte di un'unità fenomenologica dell'esperienza che le persone vivono pienamente.

Il punto di osservazione della counsellor ci interessa perché ci mostra l'operatività di questo paradigma. Il seguente passaggio, un commento di una donna somala circa i servizi sociali nella città dove vive in Nuova Zelanda, fornisce uno spaccato speculare alla prospettiva del counsellor, pur a migliaia di chilometri di distanza:

se cammino da tutto il giorno e vengo da te, ho bisogno di un bicchiere d'acqua, non chiedermi del problema. Mi chiedono di parlare del problema, parlare, parlare, parlare del problema. Sempre mi chiedono del problema. Dammi solo un bicchiere d'acqua (cit. in Guerin, 2005).

La metafora usata ricalca da vicino il proverbio somalo: "*Nin coman biyo hoo uu baa deeqa*<sup>157</sup>", ovvero "un uomo assetato non ha altri desideri che l'acqua". Quando la donna è ai servizi sociali e la sua preoccupazione più grande è il ricongiungimento familiare che non avviene (il *bicchiere d'acqua*), parlare di cose non legate alla risoluzione concreta del bisogno predominante del presente (i.e. emozioni, vecchi traumi) non porta, secondo la donna, alcun beneficio. Oltretutto, la risoluzione del problema "tecnico" e i benefici che porterebbe su più dimensioni relazionali, sociali ed emotive della persona sarebbe pienamente un atto terapeutico.

---

<sup>157</sup> I proverbi riportati in questo capitolo, salvo ove indicato diversamente, sono citati in Duale (Cfr. Cap. II). Sebbene alcuni vocaboli somali utilizzati nei proverbi citati sono poco utilizzati nel linguaggio contemporaneo, i proverbi sono noti e in uso (di taluni esistono anche versioni alternative) come ho potuto verificare attraverso conoscenti somali (di età tra i 25 e 35 anni) che vivono in Puntland e Somaliland. La metafora usata dalla donna somala in Nuova Zelanda ripercorre altresì lo stesso universo di senso del proverbio citato, a testimonianza del radicamento e dell'importanza che la trasmissione orale di proverbi e poemi assume nella costruzione dell'identità somala e nella guida al quotidiano (Andrzejewski et al., 1964). Come sottolinea Zainab Jama: "non si può adeguatamente riassumere la funzione della letteratura orale o poesia nella società, perché si ripercuote sulla vita quotidiana di molti Somali ovunque essi siano. Poesia, proverbi, indovinelli e altri generi sono usati come atti comunicativi e come forme di educazione (dagli anziani ai giovani). Giocano un ruolo significativo nelle corti tradizionali e affari politici e clanici" (Jama, 1994, p.185).

Le difficoltà che il counsellor keniano incontra a Dadaab sono assai simili, se non identiche, a quelle del medico o dell'operatore sociale negli Stati Uniti o in Italia che ha a che fare con popolazione di origine somala. Il frutto di tale difficoltà risiede principalmente nel trovarsi di fronte delle modalità di vivere l'esperienza e la sofferenza radicate su presupposti ontologicamente distanti. In questo, il dato comparativo ci dice sicuramente molto di come è costruito il sapere psichiatrico-psicologico occidentale (il fatto che i counsellor a Dadaab siano keniani non cambia di una virgola il nostro ragionamento, essendo questi formati secondo modelli della psichiatria occidentale) e del suo uso transculturalmente globalizzato. Ci dice anche qualcosa circa le continuità di modelli relazioni e culturali che la popolazione somala mette in atto anche come forma di resistenza al cambiamento, quando quest'ultimo significa perdita del controllo della propria vita e di quella dei familiari.

### ***Sofferenze non patologiche***

Un ulteriore elemento sollevato da questo e dai precedenti esempi etnografici è la scarsa tendenza alla "psicologizzazione" e, di converso, la tendenza speculare a "somatizzare". Ho già mostrato come, più che un'assenza di rapporto con le proprie esperienze di vita, esista un'accurata fenomenologia dell'esperienza, e dell'esperienza del dolore in particolare, così come i modi per raccontarla. Ricerche etnografiche hanno messo in luce, con prospettive metodologiche che superano il dualismo cartesiano mente-corpo, come le emozioni non siano separabili dai contesti reali in cui l'esperienza avviene (Csordas,1990; Scheper Hughes et al., 1987). In particolare le ricerche sui "nervi"<sup>158</sup> hanno fornito ricco materiale etnografico in contesti geografici e culturali differenti circa questa "*particolare forma incorporata di sofferenza sociale*" (Pizza, 2005,p.43). Seguendo queste traiettorie si arriva presto al superamento del concetto

---

<sup>158</sup> Gli studi sui *nervios* in Costa Rica e Guatemala (Low,1994), sugli *ataque de nervos* in Brasile (Scheper-Hughes,2000), sui *nevra* tra immigrate greche in Canada (Lock,1990) ricordate da Pizza (2005,pp.43-46) permettono, secondo l'autore, "*andare oltre le etichette descrittive segnalando il processo esistenziale e storico che genera il malessere rappresentato come malattia*"(ibid., p.45). Oppure i "nierbi" degli immigrati siciliani in Canada per tradurre la sofferenza in modalità che predispongano all'ascolto e all'aiuto da parte dei familiari (Migliore, 2001). In Lituania soffrire di *nervi* è una diretta conseguenza dell'aver vissuto sotto il dominio sovietico, usato sia popolarmente che nel discorso medico, che enfatizza dimensione temporale e sociale del sé (Skultans,2007). Gaibazzi (2010) parla d'immobilità involontaria a sofferenza sociale in Gambia sotto l'espressione:"*I'm nerves*". In Somalia è molto comune l'uso della parola "*neerfa*" per indicare tensioni emotive che si manifestano attraverso dolori di testa, tensione e preoccupazione.

biomedico di “somatizzazione” che ha il limite di riprodurre la separazione mente/corpo che vorrebbe superare, “*fondandosi sull’idea che il corpo sia il supporto sul quale si manifestano, amplificati o camuffati sintomi di ordine psicologico*” (ibid.,p.45). Una metafora calzante per indicare la retorica della medicina psicosomatica è quella usata da Laurence Kirmayer: “*il corpo è in relazione alla mente come il bambino verso i genitori*”(Kirmayer, 1988:p.62). Le emozioni non riflettono dunque sullo schermo neutro del corpo l’interiorità profonda dell’individuo, piuttosto sono intrinsecamente legate alle esperienze di vita che attraverso il corpo producono significati, metafore ed esperienza.

Rispetto allo spazio somalo, Christina Zarowsky sottolinea che “*gli stati emotivi, per se stessi, non sono la preoccupazione centrale della popolazione*” e, sebbene “*esistano termini astratti per descrivere le emozioni, questi sono sempre legati all’esperienza concreta*” (1997,p.15).

Nel contesto dell’Ogaden, murug, “il pensare o rimuginare circa un’insolubile problema o perdita, tristezza, depressione” è indissolubilmente legato, come nyiad-jab, al tema centrale “della perdita dei terreni” (Zarowsky,1997,p.15). Jennifer K. Carroll nel suo studio con rifugiati somali a Rochester, N.Y., riferisce che “la causa principale era lo shock e il trauma della guerra e la sofferenza nel campo rifugiati. Altre cause comuni includono la pressione familiare in Somalia per inviare soldi nonostante gli stipendi bassi lavorando negli Stati Uniti” (Carroll, 2004,p.122). I termini usati, come abbiamo più volte osservato, descrivono stati emotivi che non sono mai astratte costruzioni del sé, piuttosto sono “pensieri incorporati” (Rosaldo, 1997 [1984) che danno il senso del rapporto tra individuo e contesto sociale in una dimensione relazionale, storica e politica.

Per tutte le forme di sofferenza che abbiamo visto, sia in Somalia che nella Diaspora, la sintomatologia riportata include, principalmente mal di testa, disturbi del sonno e talvolta incubi, perdita di appetito, ritiro sociale, smemoratezza, dolori al petto, mal di stomaco. Nel momento in cui un sintomo dovesse diventare preminente rispetto agli altri è probabile che lo stato di sofferenza, da *murug*, venga identificato diversamente, attingendo al ricco linguaggio a disposizione di cui abbiamo parlato a inizio paragrafo. C’è un ulteriore termine, di cui abbiamo già discusso nei capitoli precedenti, che può prendere il posto di murug, ovvero *buufis*.

Carroll scrive:

in modo interessante tutti i soggetti dello studio dicono che la più seria forma di *murug* è un problema relativamente nuovo che non esisteva nella Somalia pre-guerra ( 2004, p.122).

Anche se non viene esplicitamente nominato nel testo, si tratta, senza ombra di dubbio, del *buufis*. Dopo la guerra civile il desiderio di fuggire all'estero, in particolar modo per chi viveva bloccato in un campo rifugiati, è cresciuta esponenzialmente tanto da occupare i pensieri e gli sforzi per riuscirvi da parte di moltissimi somali, soprattutto giovani (Reggi, 2001). Uno dei tratti caratteristici di questa condizione è il “pensare continuamente” a un unico oggetto (il viaggio all'estero) e il “rimuginare”, fino all'ossessione, circa le modalità per realizzarlo anche quando pare irrealizzabile. Queste, sono caratteristiche anche dello stato emotivo chiamato *murug*. La straordinaria spinta collettiva, storicamente e socialmente situata, che, successivamente alla guerra civile ha alimentato queste nuove modalità di espressione di una forma di aspirazione (prima) e sofferenza (poi), ha spostato parte della sofferenza un tempo descritta come *murug* dentro i nuovi significati del *buufis*. E' inoltre importante sottolineare che *buufis*, a differenza di *murug*, è, in alcuni contesti geografici, considerato pienamente una forma di disagio mentale. Se *buufis* però rappresenta ancora una condizione per certi versi ambigua, non tutti concordano sul fatto che sia una forma piena di disagio mentale, *waali*, lo abbiamo visto, è l'unico esito pienamente patologico che può generare da forme prolungate di tristezza.

Questo ci porta direttamente ad alcune ultime considerazioni. Le descrizioni delle caratteristiche di *nyaid-jab* e delle altre forme di sofferenza annoverano eventi che non esiterei a definire traumatici secondo il paradigma psichiatrico dominante (i.e. la morte di un familiare, la violenza e fuga dalla guerra, la vita in un campo rifugiati, la perdita dei propri averi). A questi si aggiungano situazioni che nei libri di psichiatria forse non annovereremmo tra gli eventi traumatici, ma che nel contesto somalo assumono importanza cruciale perché stanno alle fondamenta delle regole di reciprocità, convivenza e realizzazione personale (i.e. impossibilità di fare studiare i figli o mantenere la famiglia, donna incinta fuori del matrimonio, impossibilità di inviare i soldi in Somalia). Alle forme di sofferenza che queste situazioni innescano generalmente non vengono date in Somalia connotazioni patologiche. Queste esperienze sono poi spesso ripetute nel corso degli anni.

Ero già da qualche mese a Bosaso nel 2003, come cooperante, e avevo incontrato un buon numero di persone con forme di disagio mentale direttamente nelle loro case. Non

stavamo realizzando nessun progetto terapeutico e la mia preoccupazione era quella di ascoltare le storie di vita, capire dove mi trovavo. Ero rimasto molto colpito dalla naturalità con cui ripetute esperienze strazianti erano state vissute e mi venivano raccontate. Questi racconti non avvenivano in un “setting” professionale, ma chiacchierate sopra un telo di plastica che veniva aperto quando io e le altre persone con me entravamo nelle case. Se c’era una persona *walaan*, anche incatenata, il resto della famiglia che era presente in quel momento, e che non soffriva di disagio mentale, integrava la storia con propri particolari perché le biografie che ascoltavamo erano collettive ed erano un pezzo importante della storia somala, non solo di quel singolo o di quella famiglia. Avevo provato a catalogare le esperienze che più frequentemente ascoltavo, che avevo chiamato “*elementi per un disagio collettivo*”, tra questi:

esperienze di perdita (proprietà, status, opportunità), ripetute esperienze traumatiche ed esposizione alla violenza, dislocamento e sradicamento clanico, insicurezza (fisica, igienica, alimentare), deterioramento relazioni interpersonali e mancanza di fiducia, incertezza (fallimento di progetti, mancanza di speranza), abuso di sostanze (Qaat) (materiale personale ripreso in WHO, 2010,p.19).

E’ evidente che non tutte queste situazioni erano presenti in tutte le storie di vita contemporaneamente (i.e. i problemi legati allo sradicamento clanico degli sfollati interni non erano presente tra i “ritornati” a Bosaso), ma partendo dalle singole biografie questi elementi andavano a comporre il quadro di una biografia collettiva contemporanea.

Nell’agosto 2004 presso l’ospedale di Bosaso mi era stato chiesto di svolgere una formazione psicologica sulle conseguenze della guerra, della dislocazione e della violenza. Ricordo il mio disagio che cresceva mano a mano che parlavo e enumeravo esempi di episodi “traumatici” legati alla violenza, presi, anche, dalle esperienze locali. Guardavo negli occhi la mezza dozzina di operatori che erano seduti, li conoscevo tutti e con alcuni di loro iniziavo ad avere una certa confidenza e conoscevo elementi delle loro biografie. Mi trovavo nella scomoda posizione di “esperto” mentre mi accorgevo che di quelle esperienze e, soprattutto, delle presunte reazioni che avevo letto sui libri, di fronte a me c’erano i veri “esperti” perché quelle esperienze le avevano vissute direttamente o indirettamente. Mentre parlavo e scorrevano nella mente le reazioni di disagio a eventi traumatici discreti, ammiravo la loro straordinaria forza nel condurre

una vita, all'apparenza compensata<sup>159</sup> e "normale", a fronte, spesso, di una serie di eventi traumatici vissuti e in un contesto altamente impoverito e con mancanza di opportunità. Forse non è un caso che il disturbo post traumatico da stress, la categoria psicodiagnostica che più di altre lega forme patologiche di sofferenza ad eventi traumatici discreti, non abbia mai trovato molto spazio nelle diagnosi effettuate dai medici somali del reparto di salute mentale a Bosaso (Cfr. § 1.1.2 e più avanti nel capitolo). In linea con queste considerazioni anche una ricerca comparativa olandese che ha rilevato come rifugiati somali, rispetto a rifugiati di altre nazionalità, sebbene fossero stati esposti al maggior numero di eventi traumatici, avessero i più bassi livelli di PTSD, intorno al 4% (Gerritsen et al.,2006).

Analizziamo di seguito alcune delle risorse disponibili che se utilizzate positivamente, possono contribuire a contenere l'eventuale evolvere della sofferenza verso forme più gravi.

## **4.2. Fattori protettivi: Islam, aridità e famiglia**

L'Islam è uno dei pilastri della società somala, pienamente incorporata nelle strutture dell'organizzazione sociale dove ogni discorso sulla *somaalinimo*<sup>160</sup> è imprescindibile da esso(Lewis,2002; Hersi,1977, Elmi, 2010, Samatar,1993). Abbiamo visto nel Capitolo II come l'apparato legislativo, incluso il diritto consuetudinario, sia e debba essere conforme alla Shari'a, in quanto riferimento etico-comportamentale e legale supremo. La professione di fede è un obbligo seguito dalla totalità della popolazione, variano i livelli di devozione, ma è innegabile che la religione permei moltissimi aspetti della vita quotidiana. I ritmi della giornata, anche in ambito lavorativo, sono scanditi intorno alle cinque preghiere giornaliere, sia in aree rurali che in città. L'Islam rappresenta:

un'identità forte che compete e a volte sostituisce quella clanica, per il singolo.(...) Se si ascolta un Somalo parlare, si sentono molti concetti islamici e vocabolario anche se la

---

<sup>159</sup> A onor del vero due degli operatori hanno sofferto di disturbi mentali, uno in precedenza, una qualche mese dopo che avevamo iniziato a lavorare assieme.

<sup>160</sup> "L'essere somali", *somaliness* in inglese. Viene costantemente evocata dai somali nei confronti dei non-somali come punto di riferimento e motivo di orgoglio, pur essendo, come è facile immaginare, una costruzione problematica. Si veda Horst (2006, pp.45-48) e Kusow et al. (2007) per una riflessione sul tema.



persona non sta conducendo una cerimonia religiosa. Questo mostra quanto l'Islam sia presente nella cultura Somala (Elmi, 2010,pp.50-51).

Nel prossimo capitolo affronteremo il tema della guarigione Coranica e il ruolo della religione e dello Sheikh o *wadaad* nel campo della salute mentale e vedremo come la risorsa religiosa è la prima, oltre alla famiglia, ad essere cercata nei momenti di crisi estrema. Osserviamo ora brevemente alcuni aspetti che agiscono “prima” dell'eventuale malattia ovvero, sulla possibilità di proteggere la persona. Vale la pena ricordare che la religione, localmente, è, in sé, reputata protettiva. In Somalia questo è evidente nei discorsi e nelle pratiche (Cfr. Cap. 5). Koenig et al. (2012) hanno passato in rassegna più di 1.000 studi pubblicati nel XX secolo in ambito medico-psicologico per valutare l'impatto della religione sulla salute. Non emerge un consenso unanime sul ruolo e l'impatto della religione, per cui spesso si trovano risultati di opposta natura (va ricordato che le ricerche sono soprattutto in ambito cristiano). Di seguito nel testo facciamo riferimento solo a quei fattori ritenuti protettivi localmente come sono emersi dalla ricerca sul campo o dalla letteratura specifica.

La religione è incorporata nell'esperienza quotidiana, e attraverso la fede sostiene i credenti nell'incertezza del quotidiano e, per questo, può in una certa misura prevenire l'insorgenza di crisi. Una “proprietà” del sacro Corano è la sua “*capacità di provvedere una condotta di comportamento pura e pia, che di conseguenza crea la persona virtuosa*” e la mancanza di virtù “*se Dio decide, può portare individualmente o collettivamente alla sfortuna*” (Parkin, 2007,p.200). Il Corano è fonte di benedizione del divino e spesso riferito come “*medicina in sé*” (ibid.). D'altronde le conoscenze umane, incluse quelle in campo medico e erboristico o, più in generale curativo<sup>161</sup>, sono “applicazioni” della conoscenza divina, rivelata da Dio al profeta Mohamed attraverso il Sacro Corano e, come seconda fonte di ispirazione per ogni musulmano le pratiche messe in atto dal Profeta, *sunnah*, e *hadit*, detti o atti trasmessi oralmente, che formano una comprensiva guida alla vita spirituale, etica e sociale dei musulmani (Nagamia,2003).

Non rispettare questo percorso può portare alla punizione divina, che genera malattia. Tuttavia, pur essendo virtuosamente dei buoni musulmani, la malattia può incorrere ugualmente. A questo punto può subentrare, a “protezione” dell'individuo, uno

---

<sup>161</sup> Come ben evidente nel testo di riferimento del XIV secolo “*al Tibb al-Nabawi*” (la medicina del profeta) di Ibn Qayyim Al-Jawziyya i cui riferimenti di base sono spesso citati da Sheikh nel contesto somalo contemporaneo.

dei doveri del credente ovvero è l'*accettazione* della “volontà di Dio” e, in generale, della *predeterminazione* delle traiettorie di vita. Spesso mi sono trovato a domandare ai familiari e ai pazienti incontrati in casa o in ospedale quale fosse l'origine e la causa della malattia. Nella maggior parte dei casi venivano esplicitate delle convinzioni a riguardo (jiin, shock, ilcayn, droga, guerra, ferita, etc.) mentre in alcuni casi (minori) la risposta era “solo Dio lo sa”. A questo punto, durante le prime permanenze sul campo, con l'intento di ricostruire il “modello esplicativo” (Kleinmann,1980) della persona, ponevamo una domanda tipo: “perché proprio a lui?” o “perché proprio a me?”. La risposta in questo caso era pressoché unanime: “è la volontà di Dio”. Molto simili erano gli sguardi dei familiari, tra il sorpreso e lo sbigottito, di fronte ad una domanda così “ovvia”, e forse anche poco rispettosa, tanto che a un certo punto smettemmo di parlarne. Non sorprendentemente anche nei territori della diaspora somala la fede è spesso nominata tra i fattori protettivi di fronte allo stress, in generale, mentre in talune circostanze l'accettazione del volere di Dio è stata indicata come fattore protettivo di fronte a reazioni psicopatologiche legate a traumi da guerra (Ryan, 2007 p.114)<sup>162</sup>.

Colaad, come abbiamo osservato nel Capitolo precedente, si riteneva fortunato perché Dio lo aveva scelto per essere un malato mentale e per passare attraverso le sofferenze che ha vissuto. Oltre all'accettazione della volontà di Dio, da bravo credente, forse il suo sorriso mentre pronunciava quella frase, esprimeva soddisfazione per avere superato l'ostacolo cui era stato messo di fronte. Un altro aspetto chiave è, infatti, l'*accettazione della sofferenza come prova* cui si è messi di fronte per dimostrare la propria venerazione. Questa forma di sofferenza, che dal punto di vista religioso è anche necessaria come “fonte di purificazione dell'umanità”, tradotta in un proverbio locale diventa: “*Cawo badanaa nimay caweer maruun ka kacday*”, ovvero “benedetto è colui che sopravvive alle sue disgrazie”.

Questo è un ambito importante perché segna un'altra area di sovrapposizione tra religione e “tradizione pastorale”, consolidando il significato concreto di tali concetti attraverso la fede e l'esperienza di vita. Ci riferiamo qui alle difficili condizioni ambientali, soprattutto delle zone semi-aride settentrionali che rendono la vita pastorale estremamente dura. Oltre alle temperature elevate e all'assenza, in gran parte del territorio, di punti d'acqua permanenti, ogni quattro anni ci si aspetta una siccità di livello moderato mentre circa ogni 10 una di livello estremo. L'ultima in ordine di

---

<sup>162</sup> La capacità della fede di agire a livello protettivo nei confronti dell'esperienza psicopatologica è stata riportata anche altrove (Ryff et al.,2005).

tempo, con picco nel luglio 2011 che ha interessato anche vaste zone del Kenya e dell’Etiopia, è reputata la più dura degli ultimi 60 anni che, oltretutto, avviene in un contesto devastato da 20 anni di guerra e dalle calamità naturali precedenti.

Le difficoltà della vita pastorale sono rappresentate in poemi, proverbi e modi di dire e rappresentano un altro tratto caratteristico che spesso viene usato per spiegare con orgoglio cosa significhi ”essere somali”, anche da chi non ha mai vissuto la vita nomade o ha provato la guerra.

Dal poema “A land of drought” di Maxamed Cabdille Xasan<sup>163</sup>:

“As I set down my family on this plain of Doodi  
I saw that even a goat would go hungry here.  
The herds were undone to find themselves amidst this bitter scrub  
And the strongest of camels have weakened for lack of sustenance. (...)

And yet how warmly they recommended this forsaken region,  
Where the ranging beasts of prey pace swiftly round me  
And where if a rotting carcass meets my sight  
It proves to be that of a man or a woman or a child.

This is a place without one patch of ground  
Where the wild game herds could graze,  
It is a place where beasts must pluck  
Small mouthfuls here and there of scrub and straw,  
It is a place of no abiding use,  
A place where teeth will find no food to chew!

Se l’insicurezza è parte, in misura maggiore o minore, dell’esperienza di vita di ciascuno Brons (2001,p.27) e, ancor di più, lo è l’incertezza (Evans-Pritchard,1937;

---

<sup>163</sup> Figura fondamentale della storia somala (1860-1921). Con importante formazione religiosa nei paesi arabi, aderisce all’ordine *Sufi* della *Salihyya* e al rientro in patria fonda il movimento nazionalista derviscio (*xaruntii Daraawiishta*) che si oppose alle forze straniere che occupavano la Somalia (Gran Bretagna, Italia, Etiopia). Fu grande leader militare e poeta, cui venne dato dai somali l’appellativo di “Sayid” (il Maestro, il Leader). Conosciuto tra gli inglesi con l’appellativo de “Mad Mahdi”, il mullah pazzo. La celebre statua commemorativa del Sayid a cavallo su un imponente altare di pietra bianca, era uno dei simboli della capitale Mogadiscio situata nel centro città; dopo lo scoppio della guerra civile rimane ora solo il piedistallo di pietra vuoto. Il poema è tratto dalla Andrzejewski, et al. (1993).

Turner,1976[1967]; Whyte, 1997; Jenkins et al., 2005) in Somalia questi aspetti sono intrinsecamente legata alla vita dei Somali che devono fare fronte, storicamente, ad un contesto ambientalmente e politicamente altamente incerto e imprevedibile (Horst,2006,p.48). Nell'introduzione di "Economy without State", Peter Little anticipa il frequente uso che farà nel testo dei termini *resilienza e confine*:

[questi termini] racchiudono molto di ciò che rappresenta una sfida ed è maggiormente significativo e del caso Somalo.(...) [parlando di resilienza] Flessibilità e persistenza sono altre parole che incorporano simili attributi e catturano quanto è successo in Somalia e in altre comunità rurali africane che sono sopravvissute a spaventose sfide negli anni '90. Guerre, carestie, governi collassati ed epidemie sono tra le catastrofi che hanno affrontato nell'ultima decade. La loro lotta per servizi e mezzi di sussistenza di base rende i problemi di gran parte del resto del mondo a confronto irrisori" (Little,2003,p.3).

Da un'altra angolatura: "*Ma awal baan laba ku lulanayey, mise wiliqsi baan waayayaa*" ovvero "Per chi è già povero, la scarsità non è un problema in più".

Oppure: "*nin qoyani biyo iskama dhawro*", traducibile come "Un uomo che sta affogando non ha paura di bagnarsi".

Questi proverbi che richiamano la durezza del contesto rimandano, indirettamente, al tema delle reazioni agli eventi traumatici e della "incapacità" di lavorare o accedere alle emozioni profonde, secondo la visione biomedica dominante. In un contesto dove le incertezze e gli eventi dalle conseguenze devastanti sono radicate nelle storie di vita, l'attenzione non si ferma tanto sulla dimensione interiore della sofferenza (che pure non è intesa *primariamente* in senso privato) ma piuttosto sull'attraversare le difficoltà. Il sostegno della religione, abbiamo visto, gioca un ruolo importante nel dare una cornice di senso necessaria a non soccombere e a procedere oltre. Inoltre, le interrelazioni tra la dimensione religiosa e la tradizione nomade consolidano un modello di umanità di cui si fa esperienza con continuità, in tempo di guerra e in tempo di pace, e accompagna la storia della Somalia e dei somali. Così il passare attraverso le ripetute sfide cui si è messi di fronte, dalla perdita del bestiame durante le carestie alla ricerca di pascolo, dalla vita all'interno di un campo rifugiati, alla disgregazione delle famiglie dopo venti anni di guerra acquisisce il senso potente della prova di fede, anche e soprattutto di fronte a eventi di cui si farebbe volentieri a meno.

Pregare, leggere il Corano, andare in moschea e consultarsi con uno sheikh sono le modalità attraverso cui la fede è praticata e socializzata e rappresentano delle modalità

potenti di protezione dallo stress, tanto in Somalia quanto nella diaspora (Christensen, 2010, p.23). All'estero la persona può diminuire o aumentare la propria devozione religiosa a seconda dei contesti anche se, pare, che tra i somali adulti (soprattutto le donne) la tendenza sia quella di un aumento dell'importanza della religione o comunque di una ri-definizione della pratica religiosa (Cfr., Tilikainen,2007; Berns McGrown, 2004). Questo può essere dovuto alla necessità di affermare la propria appartenenza ad una comunità che condivide valori laddove le difficoltà di integrazione nel nuovo contesto non permettano la valorizzazione della propria umanità. Allo stesso modo viene spesso registrato un aumento della religiosità (che passa *anche* attraverso l'uso di simboli religiosi, come il velo, precedentemente mai utilizzati) per segnare una linea di demarcazione tra la cultura della società che accoglie e la propria, ovvero per affermare, per opposizione, la necessità di quei valori morali, educativi, simbolici ritenuti prioritari e che la nuova società non tutela oppure marginalizza. Si vedano, tra gli altri, Kusow et al.(2007) per una rassegna dei cambiamenti e delle continuità culturali nella Diaspora somala in Africa, Europa, Stati Uniti.

I rituali religiosi danno senso all'esperienza di vita e, in un ambiente supportivo, sono positivamente correlate con una migliore qualità di vita e livello di soddisfazione (Flannelly and Inouye, 2001 ; Khowaja, 2001 ; Koenig et al., 2001). In Pakistan, altro contesto a stragrande maggioranza musulmana, ricerche hanno dimostrato come in tempi di particolare crisi:

le istituzioni religiose diventano ampiamente ricercate dalle persone in cerca di equilibrio e pace nella loro vita. Guaritori, Sheikhs possono fornire supporto emotivo e un senso di guida alla persona addolorata o che soffre d' ansia (Pirani, 2009,p.78).

Secondo Cinnirella et al. (1999) le preghiere personali sono considerate una delle più importanti strategie di *coping* per fare fronte non solo a forme quotidiane di stress mentale ma anche a disagi mentali come depressione e schizofrenia. Secondo questi autori, la preghiera agirebbe su due fronti, da un lato, attraverso l'ascolto di Dio e la richiesta di aiuto, generando grande conforto e dall'altra scaricando la responsabilità di fare fronte ai problemi sui Dio. Zarowsky sostiene che le donne hanno la possibilità di attenuare la sofferenza per la morte di un caro :

perché hanno la possibilità di piangere e verbalizzare la loro infelicità, ma quando ingaggiate nel dire se sia meglio piangere o accettare la volontà di Dio, dicono che è

meglio accettare la volontà di Dio (Zarowsky,1997,p.16).

Se questo tipo di affermazioni confermano l'importanza della religione quale mediatrice nel rapporto con la sofferenza, non va dimenticato, come ricorda anche l'autrice, che l'accettazione, nella fede e in serenità (*samir iyo iman*), ad un tempo consolatoria e direttiva, non è comunque priva di conflitto.

L'eventuale fattore protettivo giocato dalla fede, anche nelle crisi o smarrimenti di medio-piccola intensità, può non bastare se intorno alla persona vi è un contesto sfavorevole. Non a caso, le ricerche sopra citate circa il rapporto tra religione e benessere, chiariscono che deve esserci un ambiente di supporto. In Somalia la centralità della famiglia è dimostrata anche nella sua capacità, ampiamente riconosciuta, di fornire supporto emotivo e ridurre in prima istanza la tensione.

Come abbiamo già anticipato nei capitoli precedenti e vedremo più sotto e nel Capitolo 6 in particolare, il ruolo della famiglia è complesso e non è esclusivamente protettivo potendo anch'essa essere fonte di stress e disagio anche intenso. Oltre agli aspetti positivi della protezione e reciprocità insita nella struttura sociale, queste possono anche trasformarsi in "opprimente macchina del debito infinito" (Beneduce, 2008, p.20) che innesca azioni non sempre ottimali per il singolo. Ricordiamo, per citare uno degli aspetti più significativi per la nostra trattazione, che la famiglia che protegge è anche la stessa che incatena.

E' comunque certo che nei casi di difficoltà non patologici, specifici membri della famiglia, assieme agli amici, siano i primi a essere cercati per trovare sollievo e i primi ad essere effettivamente disponibili. E' dalla famiglia, e dagli amici, inoltre che si cercano o negoziano eventualmente strategie esterne che coinvolgono guaritori, persone di riferimento del clan, medici, e così via. Vediamo come questi aspetti si concretizzano nel quotidiano.

Islam e famiglia (e per estensione il clan e l'organizzazione sociale) sono due pilastri della cultura somala e abbiamo visto come in ogni aspetto della vita siano inestricabilmente interrelate. La parola di Dio non è, ovviamente, messa in discussione o messa in pericolo dalle vicissitudini terrene, comprese guerre e carestie, piuttosto grazie alla religione si possono trovare quelle risposte consolatorie che altrimenti, in condizioni di devastante impoverimento, non si avrebbe la forza neppure di cercare. Se però in questo "procedere per fede" manca la famiglia, le cose cambiano. Ad esempio, Juanita Ryan seppure confermasse in generale il valore protettivo dell'accettazione incondizionata del disegno divino da parte delle donne partecipanti la ricerca, questo

andava affievolendosi fino a scomparire nei casi di separazione familiare (Ryan,2007). A scomparire non era la fede e l'accettazione del volere di Dio, quanto la funzione protettiva di questa di fronte alla separazione della famiglia, fonte di estrema sofferenza psicologica. Nella diaspora la disgregazione familiare, oltre alla perdita della principale fonte di supporto sociale, è caricata di ulteriori fattori di stress quali:

il peso finanziario di supportare la famiglia sia in Nuova Zelanda che in Africa, la pressione dai parenti rimasti nei campi rifugiati per portarli in Nuova Zelanda e il tentativo di negoziare i complessi processi per i Visti per la famiglia (Ryan, 2007, p.124).

L'importanza del ruolo della famiglia è prioritario e di fronte a difficoltà così cogenti, pur non intaccando la fede direttamente, neutralizza alcuni degli aspetti protettivi che questa solitamente può giocare. Non dobbiamo mai dimenticarci che siamo in contesto segnato da forte devastazione e instabilità e che pur in presenza spesso di notevole resilienza tutto il sistema sociale è indebolito e le risorse tradizionalmente messe in atto possono anch'essa risultare non sufficienti a fare fronte alle nuove sfide. Serve dunque una buona dose di pragmatismo che certo non pare mancare ai Somali. Il rapporto "pragmatico" tra religione e aspetti del quotidiano vale per tutti i campi della società. Cindy Horst ricorda quanto la responsabilità/obbligo ad assistere, anche economicamente, chi si trova in difficoltà, sia profondamente radicata nella cultura Somala e nell'Islam:

C'è la responsabilità ad assistere vicini indigenti e la zakat, similamente, vuole che musulmani diano una percentuale dei loro guadagni ai bisognosi. Questo obblighi religiosi interagiscono fortemente con responsabilità culturali. Sia Lewis(1994,p.128) che Nunow (2000, p.158) notano che tra i Somali, gli obblighi religiosi sono spesso soddisfatti all'interno di unità domestiche collegate. (Horst, 2006, p.65).

La fede, pervasiva ed incrollabile, e le responsabilità culturali, imprescindibili e formative, strutturano lo spazio simbolico e relazionale in cui l'esperienza quotidiana è vissuta. Il terreno è quello dei cambiamenti sociali e politici in cui le condizioni materiali di vita delle famiglie segnano limiti e opportunità di sopravvivenza, per alcuni, e, in generale, della possibilità di maneggiare il proprio presente e le prospettive rivolte al futuro. Su questo terreno altamente instabile la religione e la famiglia sono le prime risorse disponibili per fare fronte, in modo diverso, alle avversità almeno fino a quando

il peso del presente diventa superiore alle possibilità del singolo di sopportarle. Se pure le risorse primarie non sono state in grado di bloccare l'insorgere della sofferenza, queste possono essere utilizzate in qualsiasi momento successivo qualora l'occasione strumentale lo permetta. Quando l'obiettivo è risolvere un problema le risorse, di qualsiasi genere, sono nella pratica, usate e negoziate, al di là dello statuto di queste che retoricamente non cambia.

### ***Mobilizzare la famiglia nelle affezioni minori***

Se un primo livello di supporto sociale garantito dalla famiglia è quello dell'ascolto e della comprensione, un secondo livello è quello dell'azione, attraverso mobilitazione di altre risorse e messa in atto di cambiamenti. Non ci riferiamo qui agli itinerari terapeutici adottati dalle famiglie in presenza di condizioni di disagio già ritenute gravi, di cui parleremo nel prossimo capitolo. Ci riferiamo invece alle strategie e cambiamenti che la famiglia può cercare di innescare per alleviare la sofferenza del familiare, facendo leva su risorse inscritte nei rapporti sociali. Per affrontare questo tema facciamo un passo indietro e parliamo nuovamente di emozioni. Ricerche con rifugiati somali sparsi in tre continenti, circa le rappresentazioni della salute mentale, suggeriscono l'esistenza di una sorta di *continuum* dagli stati emozionali, come quelli presentati in questo capitolo, sino alla follia (*waali*) (Ryan,2007,p.53). Spiegato in altri termini, da un rifugiato somalo in Canada che descrive il contesto che ha lasciato: “ *la depressione e lo stress non sono riconosciuti nel sistema sanitario in Somalia e spesso rimangono ignorati fino a quando i sintomi raggiungono uno stadio serio*” (Elmi, 1999). Il Dr. Abdirahman M.A, dell'ospedale di Bosaso conferma che “[gli stati emotivi legati alla sofferenza] *indicano delle condizioni non croniche*”<sup>164</sup>. Allo stesso modo abbiamo visto in precedenza che *han-jab*, che non è una malattia, può diventare qualcosa di più serio, ad esempio *Buufis*, se i piani della persona continuano a fallire. Anche altre forme di sofferenza “minori”, che presentano pressoché lo stesso quadro sintomatologico, seguono la stessa traiettoria.

*Masayr* (gelosia) “è usato ad esempio quando un uomo sposa una seconda moglie o inizia ad entrare nell'ottica...anche per i fidanzati”<sup>165</sup>,oppure :

---

<sup>164</sup> Bosaso, 15/02/2006.

<sup>165</sup> Focus Group con Staff femminile Ospedale di Bosaso, 18/01/2006.



se il marito ha più di una moglie... la notte che non c'è nel letto, perché è con l'altra moglie, allora [alla prima moglie] viene questo tipo di problema, non dorme... lei parla molto, diventa aggressiva, irritabile, critica tutto, parla sempre male del marito, o ragazzo, dice che l'uomo non è buono. Può capitare anche ad un uomo, ma in particolare è delle donne. Può peggiorare e arrivare fino a Waali (Maryam, infermiera pediatrica, e Asli, segretaria dell'ospedale di Bosaso, 23/01/2006)

*Feker* è un termine che significa “pensare, riflettere”, anche nel senso di “soppesare, pensarci due volte” (*aad uga feker*) e inoltre “inquietudine, preoccupazione” (Hashi et al., 1995). Ci viene così descritto:

la persona pensa tanto, all'inizio pensa da sola dentro di sé, ma magari i familiari la sentono perché parla sotto voce tra sé e sé e sentono di cosa parla...pensa a cosa farà dopo, e' preoccupata, insicura...tipo “mi sposo, non mi sposo”...e poi sta la maggior parte del tempo da sola...(Maryam, infermiera pediatrica, e Asli, segretaria dell'ospedale di Bosaso, 23/01/2006)

Anche in questo caso, ci ricorda Fadumo, infermiera del reparto di salute mentale di Bosaso, se “*la persona ha tanti problemi e non riesce a farvi fronte può trasformarsi in Buufis o qualcosa di peggio*”<sup>166</sup>. Un ultimo esempio è l'espressione Wuu nacay, che mi viene tradotta come “lui odia lei”. Questa particolare forma di sofferenza, soprattutto tra le donne:

è usata per indicare la situazione in cui l'uomo sposato parte e va lontano dalla famiglia e una volta lontano non fa più avere comunicazioni di sé, non da notizie, non manda soldi, non si interessa (...) [*Per questo tipo di problema, per cui l'uomo viene meno ai suoi impegni familiari*] in una situazione del genere la donna può chiedere ed ottenere il divorzio (...) ma se invece il problema persiste lei può anche diventare buufis inizia a pensare, pensare...e magari può anche ammazzare (Focus Group Staff femminile, Ospedale di Bosaso, 18/01/2006).

Il supporto sociale, e familiare in particolare, è ampiamente considerato un fattore protettivo contro esperienze di stress, tristezza, depressione (Ryff & Singer, 2000; Weine et al., 1997). Quello della famiglia (e dell'“organizzazione sociale”) è un terreno

---

<sup>166</sup> Bosaso, 25/01/2006.

insidioso, una risorsa “neutra” e non neutrale, che può proteggere ma può anche distruggere, anche al proprio interno. Ci concentriamo però in questa fase sulla valenza protettiva. Sia a livello macro (organizzazione sociale, rapporto tra i clan, reciprocità, protezione e vendetta) sia a livello micro (protezione all’interno della famiglia, resilienza) l’importanza della famiglia (in senso ristretto e ampio) è aumentata in seguito al collasso dello Stato (Cfr. § 1.1). Quando una forma di sofferenza emerge il primo contributo arriva dai familiari attraverso l’ascolto (divisi per genere) e la comprensione. E’ all’interno della famiglia che, solitamente<sup>167</sup>, avviene il primo momento *accuditivo* che ha anche un valore pratico: “*non parli dei sentimenti, mi è stato detto; parli di come risolvere i problemi o di come vivere con loro*” (Zarowsky,1997,p.16).

Questo passaggio va spiegato. Con la propria madre o zia materna parli dei sentimenti di amore e rabbia che provi verso il marito che non si fa sentire o che si vuole sposare con una seconda donna, e in cambio riceverai ascolto e, se possibile, complicità. Dopodiché è vero che, pragmaticamente, la famiglia è tenuta a cercare una soluzione, soprattutto i genitori nei confronti dei figli. Se “lui odia lei” da tanto tempo la soluzione del divorzio può essere contemplata e in questo caso il passaggio dalle emozioni, all’ascolto, all’azione concreta prevede che il capofamiglia parli con l’anziano di riferimento perché questi dia il benessere per il divorzio e/o parli con il corrispondente anziano di riferimento del clan del marito per trovare una soluzione.

Omar M.A., anziano intervistato a Bosaso, parlando delle soluzioni per *masayr* (gelosia) prima che diventi malattia, dice “*se capita alla donna allora il marito può dare un po’ d’oro, di catenine*”<sup>168</sup>. All’osservatore straniero una frase di questo tipo si presta facilmente a cattive interpretazioni. La conoscenza del contesto, dell’interlocutore e del suo ruolo però ci permette di comprendere il significato di questa, che sta nel gesto riparatore che viene chiesto al marito e che è *dovuto* per una sua mancanza oggettiva nei confronti della donna, sua moglie. Il marito ha degli obblighi coniugali che deve rispettare nei confronti della moglie e nei confronti dei clan di appartenenza, il gesto

---

<sup>167</sup> Durante la ricerca a Minneapolis alcuni operatori mi facevano notare però che a volte di alcuni problemi la persona cercava di parlarne al di fuori della famiglia, ovvero con un operatore straniero (counsellor, assistente sociale, psicologo che fosse), per evitare le eventuali reprimende nel caso di questioni delicate o comportamenti che sarebbero sanzionati all’interno del contesto familiare. Anche Carroll (2004) nota questa tendenza tra i soggetti della propria ricerca, sottolineando come in questa scelta una serie complessa di fattori entrino in gioco, tra cui la permanenza negli stati uniti, la differenza generazionale, l’uso del linguaggio, i luoghi della socializzazione (Somalia, Stati Uniti, misto).

<sup>168</sup> Bosaso, 14/02/2006.

riparatore (che non è un gesto “compensatorio”) diventa un atto pubblico che serve a ristabilire pubblicamente i ruoli del marito e della moglie: la catenina d’oro (è uno tra tanti esempi possibili) è oggetto riconoscibile con un valore simbolico che va al di là del valore materiale dell’oggetto. L’oggetto regalato, o quale che sia l’oggetto della “*prescrizione sociale*”, è l’aspetto finale di un processo ben più elaborato e complesso che è il cuore di questa operazione e che dà il senso alla stessa. È un processo che possiamo definire “socialmente terapeutico” perché attiva forze che possono svolgere questo tipo di effetto. Va da sé che non sempre l’esito del processo è in grado di lenire la sofferenza e che a volte questo può anche non attivarsi mai (i.e. la persona è assunta a capro espiatorio dentro la famiglia, la persona o famiglia non è in posizione di potere negoziare un cambiamento, le risorse familiari sono altamente devastate).

In questo processo il ruolo centrale della famiglia (ma anche del gruppo amicale, dei pari) è quello di dare senso all’esperienza e alla sofferenza, ascoltando, reagendo, attendendo, facilitando una soluzione, negoziandola, anche al costo di fare accettare un contesto poco favorevole che non può o non riesce a modificarsi. La famiglia attinge dai saperi locali, dalle risorse (simboliche e materiali) a disposizione, dalle pratiche culturalmente accettate per svolgere la sua funzione “contenitiva”, che in una prima fase è, come suggerisce la radice della parola, quella di “tenere assieme”, di non far disperdere i pezzi di umanità che la sofferenza tende a isolare.

Da un lato la fede nell’Islam e il rispetto dei precetti religiosi impongono e facilitano il percorso di accettazione di talune forme di sofferenze come conseguenze dell’azione divina, dando una cornice di senso spiritualmente e culturalmente rilevante. Allo stesso tempo forniscono gli strumenti, le modalità, i luoghi per trovare il senso dell’esperienza perduta, da soli o attraverso i rappresentanti del sapere e potere religioso. Dall’altro lato la famiglia svolge un ruolo prioritario nell’immediato manifestarsi di una crisi nel riparare e riportare a codici ammissibili e che, possibilmente, permettano l’uscita dal cono d’ombra del disorientamento.

Le affezioni di cui abbiamo parlato rientrano tutte nella sfera del “contenibile”. Sono reazioni emozionali a situazioni che, in qualche modo, hanno iscritte dentro di esse la possibilità della loro risoluzione, che passa attraverso il lavoro della cultura all’interno delle relazioni sociali, includendo anche il lutto. Le conseguenze lunghe del crollo del regime del ’91 e la violenza che ne è seguita, come abbiamo già osservato, oltre ad avere generato ripetuti e continui motivi di afflizione ha anche devastato quel sistema, familiare in primis, che ha sempre cercato al suo interno le soluzioni per fare

fronte alle avversità. Il numero delle persone che soffrono di un disagio psichico in Somalia è cresciuto notevolmente dopo l'inizio della guerra. Non ci sono dati statistici a sostenere tale affermazione, ma la sua evidenza pare inconfutabile. Non esiste somalo in Somalia, nella diaspora o in un campo rifugiati dell'Africa Orientale che affermi il contrario. Parlando con medici, guaritori Coranici, ingegneri, pazienti, anziani, sfollati, uomini o donne di età e status assai differenti non abbiamo mai trovato una voce discordante in merito. Stupirebbe il contrario, vista la duplice azione del tempo lungo della violenza in Somalia: quella *produttiva* (perdite, disgregazione, ovvero la generazione del dolore) e quella *sottrattiva* (l'impovertimento delle reti sociali e familiari, ovvero della difficoltà al contenimento).

Come suggerisce Piero Coppo:

Quando aumentano le occasioni di sofferenza, stress e conflitti intra- e interindividuali, come in aree sottoposte a forti pressioni trasformative senza che altri efficienti dispositivi siano all'opera, [capita che] i luoghi della negoziazione e soluzione siano disattivati per cause molteplici (...) Allora crisi che in altri contesti [ovvero nello stesso contesto date altre condizioni] avrebbero potuto risolversi finiscono per evolvere fuori dalle dinamiche fisiologiche e precipitare nell'esperienza della malattia. Da questa prospettiva malattia è nel contempo quella dell'individuo che la soffre e quella del gruppo incapace di prevenirla, di rispondere in modo efficace intanto alla crisi, e poi al suo divenire fenomeno morboso(2003, p.144-145).

E' a questo punto che anche l'afflizione intensa ma non patologica diventa qualcosa d'altro. Il "peso della testa" diventa "confusione", fino a diventare qualcosa d'incomprensibile che rompe completamente, si separa, non è più "mantenuto insieme" e vira verso la follia. E' un processo che può essere anche molto lungo, ma quando i segni comportamentali e le reazioni adottate dall'ambiente sociale marcano questo passaggio di status, quello che succede dopo è scritto su un altro registro, con inchiostro differente<sup>169</sup>.

#### **4.3. La consuetudine del contenimento 2 : la famiglia e le catene**

---

<sup>169</sup> Da un'altra angolazione anche gli effetti immediati del consumo di Qaat possono svolgere un ruolo che potremmo definire "protettivo" ancorché ambiguo e ricco di insidie (Reggi, 2011).

Quando non si riesce a “tenere assieme” i pezzi e la persona diventa aggressiva, scappa o inizia a spogliarsi è molto probabile che la famiglia passi ad un “contenere” letterale, legando le caviglie con catene di metallo. In questo paragrafo mostreremo l’entità di questa pratica, le diverse modalità di contenimento, cercheremo di approssimare le ragioni di tale scelta da parte delle famiglie e le conseguenze per le persone incatenate, attraverso esempi etnografici, considerazioni personali e qualche dato statistico.

Sicuramente l’impatto con persone incatenate è qualcosa che lascia il segno: i rumori, gli odori, gli sguardi, le proprie e altrui reazioni, il senso di frustrazione e impotenza, la violenza, la rassegnazione, la speranza. Col tempo ho fatto l’abitudine alla presenza delle catene, come potei notare già solo alla fine del primo periodo in Somalia, da cooperante. Se inizialmente all’interno dell’ospedale non si permetteva che ci fossero persone con catene chiuse alle gambe o polsi, mi resi conto che a un paio di anni di distanza la situazione era diventata più permissiva e qualche volta, una persona poteva rimanere per pochi giorni con le catene anche in ospedale. Anche io non ci facevo quasi più caso. Mi riferisco al reparto di Salute Mentale di Bosaso dove ho lavorato per due anni sin dalla costruzione fisica della struttura, e dove effettivamente i pazienti anche molto seri rimanevano in ospedale senza catene, per brevi periodi, prima di essere rimandati a casa e poi seguiti periodicamente. In tutte le altre strutture, che fossero reparti o ospedali psichiatrici pubblici, nuovi centri privati finanziati con i soldi della diaspora oppure centri religiosi, la presenza di persone (pazienti) incatenate era la prassi.

Difficile selezionare delle storie, tra le tante a disposizione, per rendere il senso di quegli incontri in modo comprensibile a chi non ha vissuto tali esperienze. Così come difficile è lavorare con persone incatenate e le loro famiglie ma ancora più difficile è fare ricerca. Spesso, mi sono reso conto, che di fronte a storie strazianti di povertà e privazione sentivo come un macigno nello stomaco il peso delle domande “banali” che ponevo ai miei interlocutori. Forse erano *leggere* per loro, quasi sempre ben disposti e accoglienti, e sicuramente abituati a prove più difficili ma pesanti per me a volte perdevi il senso di quanto stavo facendo. Come quando ad Hargeisa nel Maggio 2009 stavo intervistando un ventenne di una famiglia benestante, in catene, che era “rientrato” dalla Norvegia, quest’ultimo aspetto che rendeva la situazione particolarmente interessante per gli interessi della mia ricerca. Purtroppo ebbi quasi da subito dei problemi per via di una serie d’incomprensioni con il fratello presente

anch'esso. Ricordo che a pelle non mi piaceva il suo modo di fare saccente (che ritenevo "occidentalizzato" in modo caricaturale), non perdeva tempo a interrompermi per farmi domande generali sulle medicine di ultima generazione oppure per suggerirmi le domande da fare. Se con la madre, che ci aveva accolto in casa, non c'erano stati problemi, tanto meno con il fratello incatenato, almeno sino a quando decise di parlare con noi, lui iniziò in un ottimo inglese a mettere paletti all'intervista a porre questioni etiche, tipo il consenso informato, che, pur legittime in sé, sapevano troppo di "occidente" e non avevano, e non l'avevano mai avuta, nessuna rilevanza nel contesto somalo. Le posizioni s'irrigidirono sino a quando alzammo reciprocamente e vigorosamente la voce entrambi. Ricordo che il fratello che da un po' di tempo aveva lo sguardo rivolto a terra, lo alzò, guardandoci alzando le sopracciglia e il mio accompagnatore mi guardò molto perplesso forse non avendomi mai visto dare in escandescenze prima. La mia reazione stizzita fu del tipo "ci metto un attimo a chiudere l'intervista!", come se stessi facendo un favore a loro. Capii di avere esagerato e sbagliato su più fronti ma soprattutto la cosa che più mi dispiacque fu capire che Abdirahman, che con la sua storia di migrazione di ritorno e disagio psichico, era per me un perfetto *oggetto* di ricerca, era in realtà passato in secondo piano, sullo sfondo, e non era più *soggetto*. Avevo in altre parole reiterato quelle modalità relazionali verso una persona con problemi di salute mentale che sono tanto diffuse globalmente quanto odiose.

E' sempre stata nostra sensazione quella di sentirci guidati dalla voglia eticamente genuina di comprendere e analizzare così come da quella di immaginare, anche grazie alla ricerca, di potere contribuire in un secondo momento al miglioramento di tali situazioni. Allo stesso tempo però lo sbilanciamento dei ruoli è tale, a maggior ragione in un contesto dove si investiga con le mani nella sofferenza, per cui la sensazione di frustrazione nel momento della ricerca può sopraggiungere a più riprese facendoti sentire come un ladro d'anime. In quell'occasione non avevo saputo mettere in circolazione una minima forma di reciprocità durante l'intervista e questo mi aveva portato fuori strada e fatto sentire a disagio. Il fatto che tutto questo avvenisse di fronte ad una persona incatenata non faceva altro che accelerare tali sensazioni, rendendole più intense e più evidenti in poco tempo.

Gli incontri sono esperienze che coinvolgono pienamente i cinque sensi e costringono il ricercatore ad immaginare un dimensione di vita altra, soprattutto rispetto a coloro i quali sono incatenati da anni nello stesso luogo. La luce in Somalia,

soprattutto nelle città della costa, è accecante e il contrasto che si crea tra gli ambienti aperti e quelli chiusi crea una transizione potente, che si ripete costantemente. L'atto dell'ingresso nella casa in muratura (*guri*), o nella modesta capanna (*buul*) in un campo sfollati, o nel reparto di salute mentale è marcata da gesti precisi, saluti, oggetti, ritualità che indicano il passaggio in una nuova dimensione. E' un continuo susseguirsi di contrasti netti, dalla luce all'oscurità e poi alla luce ancora, dallo spazio ampio a quello ristretto, dentro e fuori in continuazione, più si stringe e ci si raccoglie su una stuoia in pochi metri quadrati più si ascoltano storie che hanno attraversato paesi lontanissimi, lavori, amori, guerre in un susseguirsi d'immagini che l'immobilismo presente della persona incatenata rende ancora più stridente, per contrasto. Alcune note del diario relative al lavoro nel reparto di salute mentale dell'Ospedale pubblico di Hargeisa rendono l'idea:

Mi fermo davanti al cancello di metallo verde, chiuso con il solito lucchetto, aspettando che qualcuno apra. Mi vedono e da dietro un muro, un paio di voci iniziano a gridare "waardiyee"...Poco dopo la guardia arriva. Come il rumore di un'ancora di nave che viene tirata a bordo, così scivola la pesante catena di metallo lungo le grate del cancello. Un rumore sordo accompagna la caduta del catenaccio lasciato cadere a terra, la porta scricchiola. Entriamo. La stanza dello staff è buia, gli occhi ci mettono un po' ad abituarsi. Poco dopo viene fatto entrare A., che entra a passetti brevi, con i piedi legati. Gli vado incontro, parla un somalo incomprensibile anche ai somali, ma questo già lo sapevo. Ci stringiamo la mano; lo sento....sento quella sensazione antica, da carta vetrata rotta, che accompagna molte delle strette di mano che seguiranno e che hanno preceduto. Le mani ruvide, le mani sporche, a volte leggermente appiccicaticce, altre volte secche e spellate, mi segnalano che stiamo entrando in relazione. Stiamo ritualmente aprendo quella porta che terremo aperta sino a quando la stretta di mano nuovamente suggellerà la chiusura. Un rituale tutto maschile, in questo caso. L'odore di urina è forte, lo porta addosso, lo sente il naso ma è come se lo avessi sentito ancora prima attraverso la pelle, già attraverso la prima stretta di mano. Ho sempre la sensazione che un pezzo di quella mano rimanga incollata alla mia.(...)

Uscendo dalla penombra della stanza degli infermieri ci dirigiamo in mezzo alla luce bianca, accecante, del cortile del reparto. C'è sempre qualcuno seduto o sdraiato prima della porticina che dà sul maschile che, costringendoti a piegarti appena, ti ricorda che stai entrando in una nuova dimensione. I primi secondi sono indimenticabili. La luce abbaglia le figure in lontananza rendendole sfocate e maledettamente torbide. Come in un imbuto, dove io sono il centro di attrazione gravitazionale, o il canale di uscita, vedo

arrivare ombre e mi pare che alcune corrano, altre avanzino lentamente con i passi brevi e rumorosi delle catene che si portano alle caviglie. Per qualche secondo mi pare di sentire solo urla, infernali, lamenti e grida, qualcuno alza le braccia, impreca al cielo o forse a se stesso, sono dentro, gli occhi si stanno abituando alla luce, ma quanto vedo e sento è una sferzata improvvisa, irrequieta e instabile, una miscela sempre nuova, ma già vissuta allo stesso tempo, di cui mai in anticipo conosci gli esiti. Mi guardo intorno, sono entrato ma sono ancora distante dalle persone, non sono ancora in relazione e tutto sembra più feroce; sento la necessità di stare all'erta e guardarmi intorno, capire se ho qualcuno alle spalle, se sassi stiano volando o catene siano troppo alte da terra. Strano, non è da me. Basta poco e il timore passa, il corpo si rilassa leggermente e si inizia a parlare. Si parla tanto e ci si tocca. L'anziano militare mi fa vedere il figlio mentre gli tiene il mauiis; il ragazzo, diciottenne con un evidente ritardo, ma sta bene, sta meglio è molto migliorato da quando è arrivato qua 3 mesi fa...certo urina ancora per terra, e si sente, le feci non le controlla e qualche traccia lontana corre la fetta di cemento dove è sdraiato e dove la ciotola con il cibo sta rovesciata a terra.

Altre mani, altri odori, altro avanzare di catene accompagna la passeggiata in mezzo alla sezione di quelli che stanno “così così”, “che prima o poi li dimetteranno”...anche se a terra la prima persona che vedo è l'anziano Ahmed che sta qua da 30 anni. Il suo è un caso unico, comunque. Qua tutti hanno problemi di Qaat, la maggior parte è incatenata e quando li scateranno e torneranno in città, inizieranno di nuovo a masticare e saranno riportati al reparto. Arriviamo nell'area C, quella dei casi più gravi ognuno dentro una cella e spesso incatenato. UNDP non sapendo che fare di meglio qualche anno prima aveva “ristrutturato” quest'area mettendo delle nuove porte di ferro piene con la possibilità di vedere fuori solo arrampicandosi. Ancora buio, mi accorgo che dentro una cella qualcuno ha alzato un braccio, gli occhi iniziano ad abituarsi, la porta è aperta così entro e stringo la mano, poi esco per andare verso Sakariye [Cfr. Cap. III]. C'è sua madre che lo sta lavando, la sua porta si era rotta e ne hanno messa una di quelle vecchie con le grate. Il suo braccio esce dalla cella mentre la madre lo lava con uno straccio, tutto avviene in silenzio. Basta spostarsi di qualche metro e dal caos del cortile ci si ritrova in un angolo buio e senza rumori, poi girando l'angolo di nuovo sotto il sole e nuovi rumori. Mi accorgo che sua madre sta canticchiando qualcosa mentre gli lava le braccia; lui alto e grosso sta in piedi con i suoi pantaloncini blu, come sempre in silenzio. Sono sei anni che è incatenato in ospedale, dentro una cella chiusa a lucchetto, è uno dei casi più gravi il suo, un circolo vizioso di povertà estrema e salute mentale che non ha mai trovato una via d'uscita (Hargeisa, 5/4/2009).

La famiglia di Libaan ha costruito un piccolo rifugio con cartoni e lamiera,



abbastanza grande, attaccato alla casa che è il suo spazio vitale. Libaan era incatenato solo da un mese ma lo era stato già in passato per parecchie volte. Lo hanno chiuso perché alla ricerca di qualcuno che gli offrisse del Qaat in città, aveva iniziato un battibecco con una venditrice in Qaat che non gliene voleva regalare, degenerato poi in una rissa con altri giovani. La famiglia lo aveva già incatenato in passato per tenerlo lontano dal Qaat ma la storia si ripeteva ciclicamente. Stava tranquillo solo quando masticava, ma il Qaat che era anche il suo più grande problema, e come sottolineava la madre, l'unica cosa attorno a cui ruotavano le sue giornate almeno da tre anni. Avevano un piccolo negozio davanti a casa che gestiva con il fratello. Qualche anno prima questi anche grazie ai proventi messi da parte, riesce a trasferirsi in Gran Bretagna da parenti. A Libaan non è mai andata giù la cosa, ritenendo illegittima la sua partenza. Qualche tempo dopo il padre muore e chiudono il negozio; ad Hargeisa rimane lui, la madre e un fratello e una sorella più piccoli:

la sorella intorno ai 7 anni, stava lavando delle pentole e il nostro arrivo improvviso la fa sobbalzare e fa cadere tutto per terra. Esce la madre e ci mettiamo tutti a ridere mentre la piccola si nasconde dietro la gonna della madre e sorride anch'essa. La madre la manda a prendere le chiavi della casa di Libaan. E' un gabbiotto appena dietro la loro abitazione, la madre apre appena la piccola porta di lamiera ed entriamo. Questa volta non vedo proprio niente...è tutto buio si sente solo molto odore e sento col il piede di avere calpestato qualcosa di metallo. La madre va alla parte opposta e toglie un pezzo di cartone che copriva l'unica piccola feritoia-finestra. Ora vedo un telo un po' gonfio che la madre inizia a battere ....Libaan ...Libaan...continua a scuoterlo....ora alza un po' la voce, ma sempre amorevolmente, warya Libaan....fariiso. Libaan si tira fuori dal lenzuolo sotto cui stava dormendo, nel frattempo gli occhi si sono abituati capisco di avere i piedi sopra un coltellaccio da cucina piuttosto grande al ché la madre chiama la figlia sgridandola e dicendo di portarlo via. In effetti era molto pericoloso che rimanesse lì dentro... C'è dall'altra parte una ciotola rovesciata con del riso e in giro noto delle pozzette di urina e qualche residuo di ramoscello di Qaat. Libaan ci chiede una sigaretta. Non l'abbiamo ma trova un mozzicone per terra che accende, la madre scuote l'aria con le mani al fastidio per l'odore di sigaretta, aspettiamo che ci portino qualcosa su cui sederci, poi iniziamo a parlare (dal diario, Hargeisa 2/5/2009).

#### **4.3.1. Dimensione del fenomeno**

Abbiamo aperto il capitolo con queste due brevi testimonianze per iniziare attraverso immagini di campo a mostrare il contesto in cui le persone sono incatenate, che sia una casa privata oppure un ospedale. Continueremo a farlo analizzando alcuni aspetti peculiari del contenimento. Innanzitutto parliamo di “numeri”. Quale ampiezza ha il fenomeno del contenimento? Sono eccezioni, è una pratica diffusa, una strategia codificata o estemporanea?

Il contenimento con catene in Somalia è una pratica assai diffusa in tutto il territorio. Non ci pare esistano delle differenze particolarmente significative tra il Puntland e il Somaliland in termini di diffusione mentre dalle nostre ricerche condotte nel campo rifugiati di Dadaab, sembra che in quest’ultimo ci sia la diffusione maggiore. Il mio primo giorno ad Hagadera (uno dei campi del complesso di Dadaab) avevo appuntamento con Mohamed, uno dei rifugiati residente nel campo che mi fece da assistente alla ricerca, per iniziare a farmi conoscere il campo e iniziare a parlare con famiglie che avessero un familiare con problemi mentali:

Appena arrivato Mohamed mi viene incontro e ci muoviamo dietro l’angolo per raggiungere delle persone con cui ci eravamo messi d’accordo per un’intervista. Ci spostiamo a piedi da una casa o capanna all’altra aprendo porte fatte di bidoni di cibo USAID tirate e battute e spostando barriere di *qodax*<sup>170</sup> appositamente poggiate ad aprire e chiudere passaggi. In una dozzina di metri passiamo in fianco ad un giovane mezzo nudo incatenato ad un albero, che ci chiede sigarette, un altro in piedi nella sua capanna, anche’egli incatenato, una donna che si ferma a parlare con Mohamed per spiegarli che ha due parenti con problemi mentali e ci indica la casa. E’ tutto così veloce, abbiamo giusto girato l’angolo e c’erano altre due persone arrivate da un blocco vicino che volevano essere viste. Ok... sicuramente vista la mia presenza potevano pensare che poteva esserci qualche beneficio...ma poi li ho incontrati i loro parenti... ed erano seriamente disturbati mentalmente. Era il primo giorno al campo di Hagadera, mattina, e il blocco da cui iniziare l’avevamo scelto arbitrariamente.....E’ una sorta di mondo segreto per gli stranieri, non lo vedi se non lo cerchi, ma tutti sanno che c’è e sanno chi sono e dove sono le persone e con un po’ di fiducia, se giusto chiedi, questo mondo ti viene mostrato in un attimo ed è enorme (dal diario, Hagadera-Dadaab,5/7/2010)

Se è possibile, le persone incatenate non sono in mezzo alla strada, le famiglie le

---

<sup>170</sup> Nome di un tipo di sterpaglia con molte spine, presente in tutta la Somalia.

tengono all'interno delle case o capanne e non è il biglietto da visita che preferiscono mostrare agli stranieri. Nel campo la burocrazia dei movimenti è molto regolamentata, ci sono delle sorta di carovane che partono al mattino e pomeriggio a orari stabiliti con i fuoristrada delle agenzie umanitarie che si muovono scortati per motivi di sicurezza. È raro vedere stranieri che si addentrano a piedi dentro i campi. All'arrivo a Dadaab dovetti insistere molto con l'organizzazione che mi ospitava per accordarmi dal più presto una macchina per muovermi liberamente e la possibilità di muovermi dentro i campi a piedi. Per questo hanno dovuto a loro volta concordare la cosa con il comando di polizia locale che ogni giorno, con poco entusiasmo, ci assegnava una macchina che ci seguiva nel campo. Il primo giorno un solerte soldato keniano ci seguì all'interno, e, in effetti, quella era la procedura da seguire. Fu, però l'unica volta e non dovetti insistere molto con i soldati i giorni successivi per farli rimanere a distanza e a non seguirci tra le case.

Ricordo che provai una sensazione simile a quella del primo giorno a Dadaab, poco dopo essere arrivato a Bosaso nel 2003. Una cooperante romana con cui dividevo l'appartamento che era lì già da un anno, appena arrivato mi disse "ho sentito che ci sono matti legati...io non ne ho mai visti". La cosa mi stupì perché sapevo che lei era una di quelle cooperanti che "vivono" il luogo dove lavorano che vanno in giro e non stanno chiuse in un ufficio. Ciononostante non era entrata se non in un paio di case somale e comunque non c'erano motivi perché la facessero incontrare con persone con disagio mentale. Iniziai a muovermi a Bosaso semplicemente con il passaparola, tramite l'autista che mi accompagnava ovunque per motivi di sicurezza, e ogni volta che entravamo in una casa, all'uscita trovavamo qualcuno che ci diceva di avere un familiare con problemi e se potevamo incontrarlo. Quando fu aperto il reparto di salute mentale, qualche mese dopo, una fila di persone aveva iniziato ad accumularsi e gli operatori furono costretti ad istituire delle liste di attesa che arrivarono anche a tre mesi. La quantità di persone che venivano portate all'ospedale incatenate, era impressionante. Le impressioni dal campo sono suffragate dai numeri che abbiamo raccolto dal 2003 in avanti. Qualche tempo dopo l'apertura del reparto di salute mentale di Bosaso costruì un semplice database che rispecchiava in maniera speculare le cartelle cliniche che venivano usate durante le visite (V. Appendice). Tra le informazioni raccolte c'erano quelle relative all'uso di catene.

	Al presente <sup>171</sup>	%	In precedenza	%	Almeno 1 volta	%	Mai	%	Totale record validi
Totale	232	10	271	11	503	21	1897	79	2400

**Tabella 1.** Numero di persone incatenate sul totale. Reparto di Salute Mental di Bosaso (2003-2008)

La tabella sopra ci dice che l'esperienza di malattia mentale è segnata per poco più di una persona ogni cinque (21%) dal contenimento con catene. Il dato quantitativo conferma la percezione che si ha sul campo ed ha una notevole rilevanza perché fa riferimento a un numero molto alto di pazienti (2.400) lungo un arco temporale ampio (5 anni, dal 2003 al 2008). Il dato reale è probabilmente più alto se consideriamo che, verosimilmente, le persone incatenate sono quelle che con maggiore difficoltà possono raggiungere l'ospedale spontaneamente e in particolare quelle con poche risorse economiche o familiari che abitano i campi sfollati ai margini della città o che vivono fuori Bosaso<sup>172</sup>. Due delle donne incatenate che più mi sono rimaste impresse nella memoria, Hawa (Cfr. Cap.III) e Mariam, furono incontrate direttamente nel suo *buul* (la prima) e nella sua casa, la seconda. Gli operatori dell'ospedale però non avevano nel tempo la possibilità di fare un lavoro territoriale ad ampio raggio e seguivano a "domicilio" una manciata di persone con disagi particolarmente gravi.

Se scorriamo il dato sopra per genere troviamo che quel 21% è composto da : *16% uomini e 6% donne*. Questo non stupisce se consideriamo che il segno principale cui è legata la decisione di incatenare la persona è l'aggressività, che è principalmente manifestata, anche fuori di disagio, dai maschi adulti. Le percentuali sopra sono riferite al totale delle persone. Se invece consideriamo la percentuale di persone incatenate esclusivamente per genere (i.e. incatenati uomini sul totale di pazienti uomini) abbiamo le seguenti figure: *25% dei pazienti di sesso maschile è incatenato almeno una volta* così come il *16% dei pazienti di sesso femminile, ovvero 386 incatenati uomini su 1.500 e 134 incatenate donne su 845, per un totale di record validi di 2.345<sup>173</sup>*. Questo dato ci dice dunque che 1 persona problemi di salute mentale su 4 di sesso maschile fa esperienza delle catene così come 1 su 6 di sesso femminile.

<sup>171</sup> "Al presente" significa che la persona era fisicamente incatenata al momento della prima visita. "In precedenza" significa che la persona non era incatenata al momento della visita ma lo era stata in passato.

<sup>172</sup> I dati si riferiscono a tutti i pazienti del reparto che erano per la maggior parte da Bosaso e dintorni ma provenivano anche dal resto del Puntland, sino a Galkayo che dista quasi 800 km. All'epoca era l'unico reparto psichiatrico ospedaliero in tutto il territorio del Puntland.

<sup>173</sup> Tutte le statistiche qui riportate sono nostre estrapolazioni e calcoli dai dati del database del reparto di Salute Mentale di Bosaso.

Per quanto riguarda il campo di *Dadaab* i dati da noi raccolti nel 2010, pur riferiti ad un campione numericamente molto inferiore, confermano quella che era la nostra percezione attraversando i blocchi a piedi: il 19% era *incatenato al momento dell'intervista e ben il 44%*<sup>174</sup> era stato incatenato almeno una volta nella vita. Per quasi la metà dei somali con problemi di salute mentali che vivono nel campo rifugiati di Dadaab, l'esperienza di malattia è accompagnata dall'incatenamento. Non va dimenticato che nel campo rifugiati più grande e sovraffollato del mondo per molti alla traumaticità della violenza e della fuga da Mogadiscio e dalle altre zone in guerra del sud della Somalia, si aggiunge il trauma della vita nel campo rifugiati stesso, in bilico tra l'impossibilità di tornare in Somalia e la speranza di essere trasferiti in un territorio della diaspora. Abbiamo già accennato inoltre alla mancanza di controllo della propria vita, che nel campo rifugiati tocca forse la punta più alta a confronto con altre zone della Somalia dove l'impoverimento è devastante ma l'organizzazione sociale, ad esempio, non è schiacciata dalle regole delle agenzie internazionali. Questo dato è ancora più impressionante, e rende bene il livello di deprivazione di vita nel campo, se consideriamo che le due risorse terapeutiche principali, quella religiosa e quella medica, sono potenzialmente a disposizione, gratuitamente, in ogni campo di Dadaab e che anche le altre risorse comunemente usate, *dawo-somali* e *zaar-mingis* sono disponibili <sup>175</sup>.

Ritornando a Bosaso osserviamo i dati sull'incatenamento nella loro successione temporale (tabella 2).

	Al presente	%	In precedenza	%	Almeno 1 volta	%	Mai	%	Totale record validi
2003	34	28	34	28	68	57	52	43	120
2004	110	21	91	17	201	38	331	62	532
2005	55	8	74	11	129	19	542	81	671
2006	10	3	25	8	35	11	290	89	325
2007	19	4	40	9	59	14	376	86	435
2008	3	1	7	3	10	4	243	96	253
<b>Tabella 2.</b> Numero persone incatenate per anno. Reparto Salute Mentale – Bosaso (2003-2008)									Tot. 2336

Questa tabella è interessante perché mostra un notevole calo del numero delle

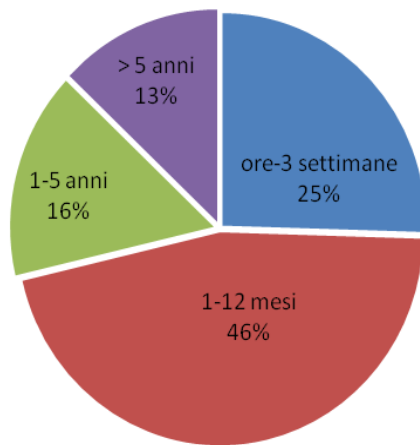
<sup>174</sup> Il totale dei record validi per l'analisi è di 291 persone.

<sup>175</sup> Non è questa la sede per approfondire questi temi che verranno accennati ove necessario. Si rimanda a Reggi (2010) per un'analisi del contesto con riferimento alla salute mentale delle persone e a Horst (2006) per un approfondimento delle condizioni sociali ed economiche all'interno del campo e del rapporto con la famiglie rilocate altrove.

persone incatenate dal 2003, quando a Bosaso è stata aperto il Reparto di Salute Mentale, a cinque anni dopo, dal 57% al 4%. Sicuramente ha inciso la disponibilità del nuovo servizio, prima inesistente, e tutto il lavoro collaterale che è stato realizzato in città (è probabile che vista la disponibilità del servizio molte persone si siano ad esempio rivolte all'ospedale prima di incatenare il familiare). Però va precisato che queste statistiche si riferiscono tutte a nuovi pazienti ovvero a persone che si presentano la prima volta in ospedale, quindi il dato del 21% rimane il dato più verosimile per fotografare globalmente il contesto. Sarebbe interessante verificare se, a distanza di anni, le catene dopo essere state tolte siano state utilizzate nuovamente, ma questo tipo di informazione al momento non è disponibile.

Il dato testimonia invece di una forte richiesta di guarigione da parte delle famiglie. Come vedremo nel prossimo capitolo gli itinerari terapeutici adottati dalle famiglie sono molteplici e assai fluidi, pur nella limitatezza delle risorse terapeutiche a disposizione. La forte concentrazione di pazienti incatenati nel primo e secondo anno, che arrivavano anche da località remote, riteniamo testimoni della volontà di trovare una soluzione a partire proprio dalle situazioni più complesse.

Un ultimo dato statistico che è interessante rilevare è la durata dell'incatenamento. Le storie individuali, lo abbiamo visto e vedremo ancora con l'etnografia, restituiscono temporalità dell'esperienza assai differenti. Chi come Colaad è incatenato per un mese, chi come Zakariye e Hawa da sei anni. Nella durata incidono tra gli altri, le motivazioni che hanno portato alle catene, il tipo di comportamento e gravità del disagio della persona, le opportunità terapeutiche, la presunta utilità delle catene e altri fattori che vedremo di seguito. Dai dati disponibili di 472 pazienti che sono incatenati o sono stati incatenato almeno una volta, la durata media del periodo passato in privazione di libertà raggruppato in fasce temporali è la seguente:

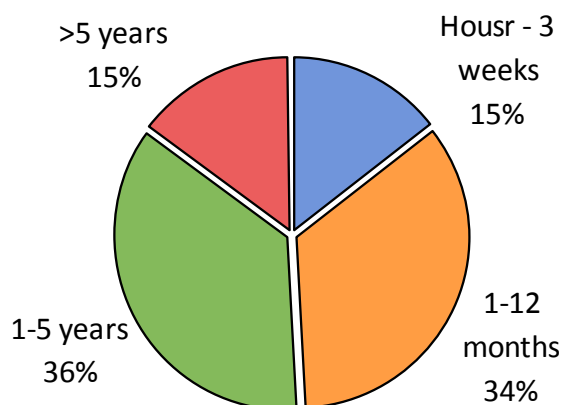


**Grafico 1.** Durata contenimento con catene a Bosaso (2003-2008)

Una persona su quattro (25%) è incatenata per un periodo che va da un giorno a tre settimane, mentre quasi la metà (46%) è incatenata per un periodo che va da un mese a un anno (di cui il 35% da uno a sei mesi), mentre il restante 39% è incatenata per più di un anno, di questi più del 7% è incatenata da dieci anni. Quale che sia l'arco temporale che si vuole considerare il tempo mediamente passato in catene incide notevolmente sull'esperienza di malattia.

In Somaliland non ci sono statistiche disponibili circa la dimensione della pratica del contenimento, l'impressione è che non ci siano grosse differenze con il Puntland e, in particolare, le città di Bosaso e Hargeisa non paiono mostrare particolari differenze. L'unica forse è la presenza in strada, ad Hargeisa, di persone con evidenti disturbi mentali, per lo più senza fissa dimora, che girovagano senza meta, spesso ricoperti di stracci e in condizioni ritenute assai poco dignitose. A Bosaso il fenomeno è assai limitato.

Un confronto con Dadaab è utile anche in questo caso. Nel grafico e tabella che seguono, rispettivamente, la durata media e la frequenza contenimento (fonte: Reggi, 2010):



**Grafico 1.** Durata contenimento con catene in Dadaab

No. times	1	2 -10	>10	Total
Frequency	16	20	69	105

**Tabella 3.** Frequenza incatenamento

Mediamente le persone con disturbi mentali sono incatenate per lunghi periodi, più del 50% lo sono per almeno un anno consecutivo. Inoltre la maggior parte delle volte la persona è incatenata più volte a testimonianza che l'uso di questo strumento è assai radicato nelle pratiche.

Ancora una volta la comparazione tra i dati di Bosaso e quelli di Dadaab mostra che il contesto di vita nel campo è quello maggiormente deteriorante. Più del 50% delle persone con problemi di salute mentale che vivono a Dadaab è incatenato da più di un anno, condizione che a Bosaso si verifica in una percentuale nettamente inferiore.

#### **4.3.2. Motivazioni del contenimento con catene**

Perché i familiari a un certo punto della malattia del loro caro decidono di incatenarlo?

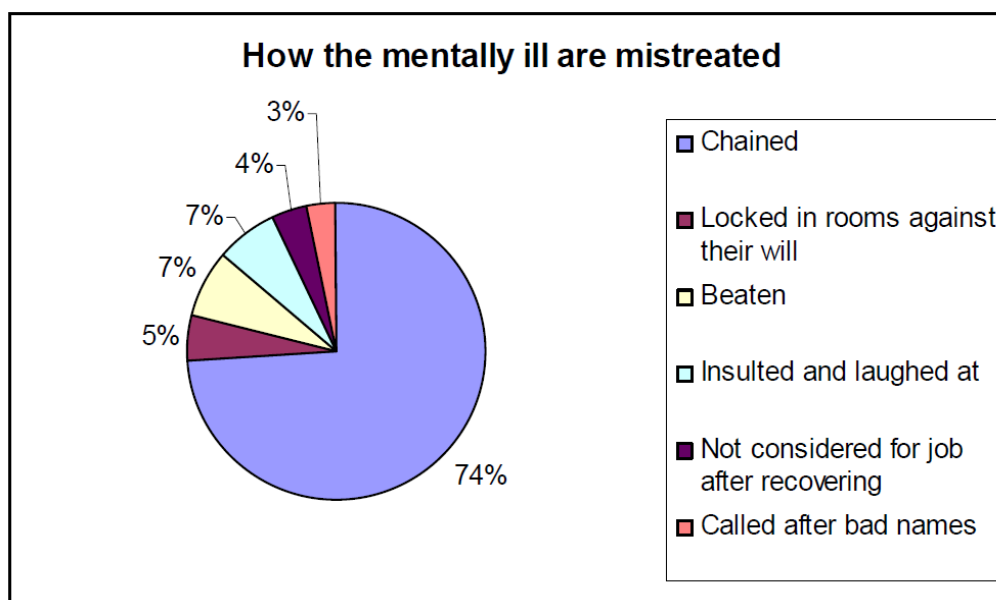
Le nostre osservazioni di campo suggeriscono che i motivi principali siano, pressappoco in ordine di frequenza, i seguenti: (i) per contenere l'aggressività (verso gli altri e verso sé stessi, principalmente la prima), (ii) per evitare che scappi (con tutti i rischi che questo comporterebbe), (iii) per permettere che si riposi, (iv) per consentire un trattamento (soprattutto Coranico), (v) per allontanare dalle droghe.

Tali motivazioni rispondono a necessità specifiche e possono fare presupporre implicitamente una riconosciuta utilità delle catene. Questo in parte è sicuramente vero ma ciò che porta ad usare le catene, più che la loro utilità, è la *mancaza di alternative*. Quando si arriva ad incatenare il proprio fratello vuol dire che nessun altro mezzo di



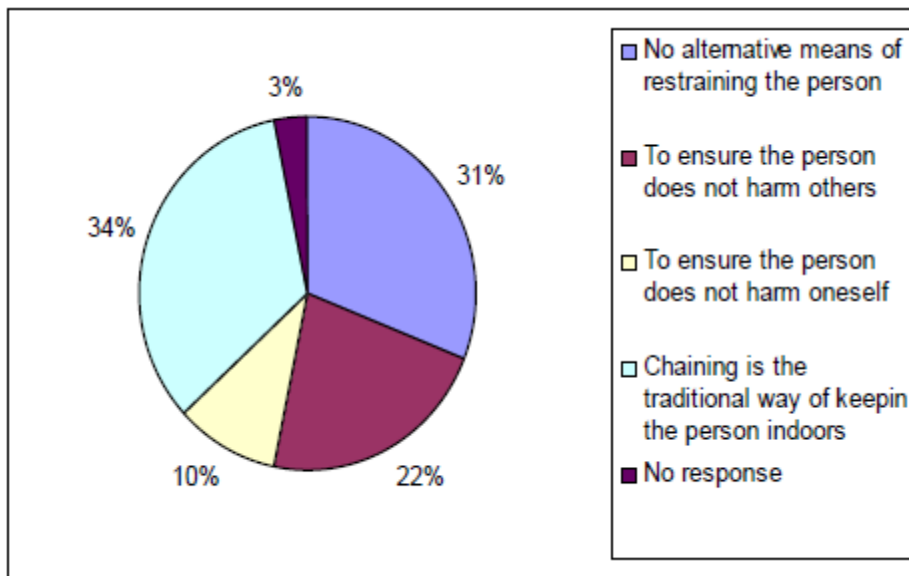
contenimento, non coatto, ha funzionato né all'interno della famiglia, né all'esterno. Come abbiamo anticipato nel primo capitolo il tempo lungo della violenza (povertà, marginalità, insicurezza, e così via) impone ad un certo punto questa *choiceless decision* (Aretxaga,1997) che si è consolidata nel tempo diventando pratica diffusa e culturalmente "autorizzata".

L'associazione somala GAVO durante una Mental Health Survey interroga un gruppo di 50 persone ("stakeholders, studenti, anziani, businessmen") delle quattro principali città (Hargeisa, Boroma, Berbera, Burco) circa quali siano i trattamenti degradanti più diffusi che le persone con problemi di salute mentale subiscono (GAVO,2004,pp.25-28).



**Grafico 2.** Fonte: GAVO (2004,p.26)

Ciò che preoccupa maggiormente gli autori è il fatto che, secondo loro, incatenare una persona non sia ritenuta una forma di abuso. Questo si evincerebbe dall'alta percentuale (v. grafico successivo) di persone che dichiarano che "non ci sono alternative" (ma è vero che l'esperienza non dimostrerebbe il contrario, almeno nel 2004) e quelli che dichiarano che è il modo "tradizionale di tenere la persona in casa".



**Grafico 3.** Fonte: GAVO (2004,p.26)

A fronte di queste considerazioni un ultimo dato citato sostiene la loro preoccupazione: sebbene il 56% degli intervistati ritengono sbagliato “incatenare” un persona con disagio mentale, il 44% ritengono che sia giusto (GAVO,2004,p.27).

Un’ultima nota riportata nel rapporto è la relazione tra catene e consumo di Qaat. Dai loro dati si intuisce che le persone che consumano qaat sono incatenate il 35% delle volte rispetto al 10% delle persone che non lo consumano. Rispetto ai terreni somali dove abbiamo fatto ricerca il Somaliland è sicuramente quello dove si consuma la maggiore quantità di Qaat che rappresenta un problema assai sentito. I dati nel rapporto di GAVO non sono molto chiari a riguardo ma sembrano confermare una tendenza a usare le catene per evitare che la persona consumi la sostanza, come abbiamo visto nel caso di Libaan sopra e di Mohamad nel Capitolo II.

L’aggressività, lo abbiamo già segnalato, è l’indice comportamentale che maggiormente viene associato alla follia, dove per aggressività si intende soprattutto l’aggressività non legittimata, ad esempio verso i propri genitori, il tirare pietre, l’aggressività frutto di confusione che include l’urlare, soprattutto in quadro di mancanza di rispetto, l’irritabilità e la rabbia. Questi sono in effetti segni, dal punto di vista dei familiari, e sintomi, dal punto di vista del medico, molto comuni. Per un certo periodo le cartelle cliniche del Reparto di Bosaso avevano una scheda in cui gli operatori sociali segnavano con una crocetta quali sintomi erano stati riportati dai familiari (o dal paziente stesso) durante la visita, oltre a quelli indicati dal medico).

Su 1.331 cartelle contenenti almeno l’indicazione di 1 sintomo, i cinque più

frequenti sono:

1. Disturbo del sonno	53,3%
2. Mal di testa	36,8%
3. Parlare da soli	34,2%
4. Irritabilità/rabbia	31,7%
5. Tentativi di fuga	25,2%

Gli ultimi due, condivisi da più di un quarto di tutti pazienti registrati a Bosaso, sono indici che possono far propendere per l'incatenamento.

Specularmente a questi dati di Bosaso è interessante andare a leggere la cartella clinica che un centro di Salute Mentale privato di Hargeisa, uno dei più grandi, utilizza all'arrivo di un nuovo paziente. Si parlerà nel prossimo capitolo di tali strutture, anticipiamo qui solamente che sono spesso finanziate con i soldi della Diaspora, sono solitamente delle case adibite a centro "terapeutico", sono a pagamento, si auto-definiscono "moderni" nel senso che usano medicine e sono coadiuvati sporadicamente dal lavoro di medici. Sono delle strutture interessanti perché mescolano una dimensione familiare a una terapeutica (pseudo)occidentale e religiosa. In tutti i centri di questo tipo che ho potuto visitare le catene sono ampiamente usate anche per più mesi consecutivamente. La "cartella clinica" riprende nella forma e nell'utilizzo, così ci tiene a sottolineare il direttore, quelle utilizzate nei reparti psichiatrici occidentali. Al posto però del classico "*mental status examination*"<sup>176</sup> è presente la tabella orientativa qui riportata con relative traduzioni, che ho copiato il 27/03/2008 dalla cartella clinica in uso presso il centro "A" dell'organizzazione Sahan, in Hargeisa:

**Dhibaatooyinka uu leeyohay sida** (quali problemi/difficoltà/avversità ha/crea)

**Dagaal** (il significato letterale è: guerra, battaglia, combattimento. Da non intendersi come "conseguenze della guerra", piuttosto come è "aggressivo verso gli altri")

**Siyaasad** (politica, inganni)

---

<sup>176</sup> Rappresenta uno degli strumenti clinici attraverso cui viene elaborata una diagnosi psichiatrica. E' adottato pressoché in tutti i contesti clinici occidentali pur con differenze a seconda dei contesti e del tipo di investigazione che si vuole effettuare. Solitamente usato per indagare una serie di caratteristiche attraverso cui valutare lo stato mentale della persona, tra queste: *l'attitudine, il comportamento, il livello cognitivo e affettivo, il pensiero e l'eloquio, la percezione, il giudizio e il livello di consapevolezza rispetto la propria condizione/malattia.*

**Cadho badan** (*tanta rabbia*)

**Hurdo badan** (*tanto sonno*)

**Baxsi** (la fuga, il tentativo di scappare )

Non è evidentemente uno strumento che guida nel fornire una diagnosi, e rispetto all'“equivalente” occidentale mancano, tra gli altri, i riferimenti al livello affettivo, cognitivo e di giudizio mente ci si concentra su “problemi” molto concreti e pratici che in buona parte riprendono i temi usati dalle famiglie per identificare il disagio (Cfr. Cap. III). Non stupisce dunque che questi rispecchino anche le statistiche dei sintomi più frequenti sopra riportate. Questo straordinaria simmetria indiretta sta a dimostrazione di quanto siano condivisi i repertori di conoscenze popolari rispetto alla salute mentale, ovvero quanto siano condivise le modalità di identificazione e gestione di tale situazioni limite. Inoltre, per quanto riguarda maggiormente il nostro ragionamento in questa sezione, questo schema pare suggellare l'importanza di sistemi terapeutici che prevedano il contenimento fisico. Ben tre dei cinque “problemi” maggiori, ovvero l'aggressività, la rabbia (che quasi sempre si traduce in aggressività etero-diretta) e la fuga, possono essere infatti affrontati attraverso la restrizione fisica, al di là di quello che si può pensare circa la bontà di tale sistema. Il secondo punto, l'inganno “politico”, è anch'esso, in talune occasioni, risolvibile con la restrizione. Ad esempio, quando la persona inganna perché “dice di andare da qualche parte ma invece va a masticare”<sup>177</sup>, una soluzione adottata tanto dalle famiglie quanto dagli attori esperti, è quella della catene, per impedirgli di andare a masticare in giro e per tenerlo lontano dalla sostanza.

Un elemento che rende così importante il controllo dell'aggressività e della fuga è legato alla tipica organizzazione sociale somala. Abbiamo visto che sia basata su forme di reciprocità e responsabilità collettive dove il livello del *gruppo pagatore di diya* rappresenta l'unità fondamentale per la gestione di tali responsabilità. In caso di aggressione subita da un membro di un differente gruppo pagatore di diya il primo ha diritto a chiedere e ottenere risarcimento per il danno subito. Se in una famiglia una persona sta avendo disturbi mentali, è confuso, inizia ad essere agitato e poi aggressivo la famiglia potrebbe decidere di incatenarlo anche per evitare che questi commetta un'aggressione e che quindi la famiglia e il gruppo pagatore di diya intero debba essere costretto al risarcimento. Vista la forte stigmatizzazione che esiste della follia non è così

---

<sup>177</sup> Nota dal diario, Centro “A”-Sahan, Hargeisa, 27/3/2008. Questo è il primo commento usato dall'operatore di turno per spiegarmi il significato del punto 2 della cartella clinica in uso.

improbabile che la persona ritenuta folle sia vittima di insulti o sberleffi, soprattutto da parte di bambini e che questi possano tirargli delle pietre addosso. Queste sono altre tipiche situazioni in cui la persona, in realtà vittima della stigmatizzazione, sentendosi attaccata può reagire con aggressività. Se la persona ha già “attaccato” qualcuno e continua a manifestare tratti aggressivi è quasi certo che lo aspettino le catene. Un atto violento può non essere direttamente contro una persona, ma ad esempio contro una macchina. Uno degli esempi più comuni che vengono citati è la rottura del parabrezza anteriore con il lancio di una pietra. La famiglia però è caricata della responsabilità di questi atti e quindi può e deve cercare di prevenirli. Inoltre ci può essere pressione esplicita da altri membri del gruppo per fare in modo che non ci si debba trovare nella condizione di pagare la diya. Questo tipo di cautela preventiva colpisce soprattutto le famiglie più povere che sono maggiormente vulnerabili all'interno del gruppo, e in tempo di crisi l'eventualità di questo tipo di spese “improvvisate” può essere altamente provante. Dinamiche di questo tipo innescano circoli viziosi che in condizioni di povertà espongono la persona con problemi di salute mentale ad un rapido deterioramento perché non si riescono ad innescare cambiamenti, proprio alla luce della forte vulnerabilità sociale ed economica della famiglia. L'esclusione sociale che ne consegue (o morte sociale, come più appropriato in molte situazioni osservate) alimenta un nuovo circolo vizioso che rapidamente fa deteriorare le condizioni socio-economiche del singolo così come la sua patologia con modalità che sono state riscontrate anche in altri contesti impoveriti del mondo (WHO,2001).

Il secondo esempio, la fuga senza meta, è pericolosa anche in questo senso perché la persona in stato di confusione fuggendo dal controllo (e protezione) dei familiari può rischiare di trovarsi in situazioni di forte paura e disagio e reagire con aggressività. A volte, invece, evitare la fuga della persona significa evitare che le possa accadere qualcosa, anche la morte. Nel caso di Mohamed incontrato a Dadaab (Cfr. Cap. I) le catene erano servite per non farlo morire. Nella Mogadiscio in guerra Mohamed si sarebbe certamente perso e sarebbe facilmente morto da solo in mezzo alla città senza alcuna protezione. Passerà otto anni incatenato, seguendo tutte le fughe della famiglia costretta in più occasioni a cambiare rifugio, fino al 2005 quando riusciranno a uscire dalla Somalia e con Mohamed, sempre incatenato, raggiungere il campo rifugiati di Dadaab.

Ricordiamo inoltre che al l'interno dell'espressione *tentativo di fuga* racchiudiamo una serie di comportamenti tipi : “*siiba waaqaca oo laga dhuunto* (il perdersi) oppure

*waa orday* (corre via), il girovagare senza meta *dalxiisgaaban* (letteralmente “turismo breve”)” (Cfr. Cap.III). La fuga è, innanzitutto, l’allontanarsi da casa quindi allontanarsi dal controllo e dalla protezione familiare. Se alcuni possono deliberatamente cercare di fuggire o in preda alla confusione possono letteralmente perdere la via, altri girovagano senza meta, ovvero fanno un “turismo breve”, nel senso che iniziano a camminare su e giù non lontano da casa esponendosi al pubblico ludibrio se nel frattempo parlano da soli o si comportano in modo strano. Tra questi vanno annoverati anche bambini con lievi disabilità motorie o ritardo mentale (“disabilità dell’apprendimento”) che facilmente possono apparire goffi nei movimenti e negli atteggiamenti ai bambini loro coetanei o più piccoli ed essere oggetto di scherno e canzonature. Anche per loro la conseguenza può essere quella delle catene, come confermato anche dalla percentuale molto alta alla tabella 4 (V. sotto). La difficoltà di gestione di un bambino con ritardo mentale nel contesto somalo, in assenza di qualsiasi tipo di supporto esterno, è per le famiglie estremamente povere un fardello enorme. Se una famiglia mediamente benestante si può permettere il “lusso” di tenere il bambino o la bambina all’interno del compound della propria casa o in una stanza, per chi abita in un campo sfollati o ha una famiglia disgregata le modalità di contenimento possono diventare ancora più assordanti, come dimostrano le due seguenti storie.

Nel campo rifugiati nella zona di Sheikh Noor ad Hargeisa, nel 2008, una famiglia somala-etiope aveva scavato un buco all’interno del proprio *buul* profondo abbastanza perché la loro piccola figlia non riuscisse ad uscire durante l’assenza dei genitori.

A Bosaso Kadhar, già quindicenne, viveva solo con la madre anziana in un piccolo *buul* in città, in una zona di sfollati che poi verrà spazzata via qualche anno più tardi. Un giorno passando da quelle parti, mi viene in mente che Kadhar abitava nei paraggi e decidiamo di andarlo a trovare (l’avevamo già incontrato con sua madre in precedenza). Quando riuscimmo a trovare il suo *buul* notammo che era chiuso e credemmo non vi fosse nessuno. Chiedemmo ad una vicina la quale disse che la madre era via ma Khadar era dentro e ci diede le chiavi per aprire il lucchetto. Lui si trovava in effetti dentro chiuso dall’esterno con catene e lucchetto, e incatenato all’interno del *buul* stesso nell’oscurità del suo rifugio. Scoprimmo in quell’occasione che la madre, che è l’unica componente della famiglia rimasta, cercava di lavorare al mercato che era l’unico modo di avere qualche soldo per la famiglia e non poteva “permettersi” che Khadar scappasse durante il giorno con le conseguenze possibili che abbiamo già discusso. Al ritorno a casa lo liberava e lui si posizionava all’esterno davanti al *buul*. L’unico supporto che

avevano era quello della vicina ma poco più distante la strada diventa un'incognita quotidiana.

L'esperienza di marginalità che si ripete nella storia biografica della famiglia indebolisce anche la possibilità di trovare altre soluzioni. Se poi mancano "internamente" il supporto sociale familiare/clanico e "esternamente" delle possibilità "terapeutiche" di fare fronte al disagio, allora le catene non sono usate perché non sono ritenute una forma di abuso, come sostiene GAVO (2004, p.26). L'espressione "non ci sono altre soluzioni" indica piuttosto l'estrema marginalizzazione del sistema familiare, il suo essere intrappolato in forme di esclusione sociale, politica o economica, per cui questi atti violenti appaiono come l'unica risorsa possibile (Scheper-Hughes, 1979).

La quinta motivazione addotta serve ad impedire l'uso di droghe: quando l'abuso di Qaat diventa un problema e non si riesce più a contenere l'ossessiva ricerca di qualche foglia da masticare, le catene possono diventare uno strumento. Il Qaat, lo vedremo meglio nell'ultimo capitolo, può svolgere una valenza "protettiva" e da molti è esplicitamente usato per "non pensare ai problemi", "per dimenticare", "per svagare la mente e pensare ad altro", magari "alla progettazione di qualcosa per il futuro", i famosi "grandi castelli". Il Qaat ha proprietà anfetaminiche che aumentano lo stato di allerta, aumentano la sospettosità, alterano il ciclo sonno-veglia, aumentano l'aggressività. La persona che dipende dal Qaat trova sollievo solo masticando e l'assenza, fisica ma, forse, soprattutto psicologica, rende la persona particolarmente irritabile. Essendo masticato pressoché ovunque l'unico modo per evitare che la persona mastichi, a molti, pare proprio quello delle catene.

Lo stesso avviene se si ritiene che la persona usi altre sostanze, questa volta proibite, tipo l'hashish. In questo caso le catene possono essere usate sia per tenerlo lontano dalla sostanza ma anche con una funzione punitiva. E' questo il motivo per cui dalle catene a casa la famiglia di Mohamad (Cfr. Cap. II) decide di farlo imprigionare nel carcere di Bosaso. Stessa sorte che capita a Mohamed trentaduenne che vive a Bosaso con la madre e il fratello, il padre manca dal 1985 a causa di un incidente d'auto. Un operatore sociale del reparto di salute mentale di Bosaso, scrive le seguenti note nella cartella clinica:

Nel 1990 durante il collasso del governo somalo la famiglia è a Mogadiscio. Riescono a fuggire via Kismayo e si rifugiano in un campo rifugiati in Kenya. Nel 1995 riescono a raggiungere Bosaso dove vivono tutt'ora. Nel 1996 prova a raggiungere l'Europa. Passa lo Yemen e in Arabia Saudita viene catturato e incatenato per via dell'immigrazione

[“clandestina”], ma appena arrivato a Bosaso la famiglia lo incatena (sei mesi) perché abusa di hashish. La sua malattia inizia nel 1993, in quel tempo urlava, piangeva, usava molto Qaat, hashish e pastiglie senza prescrizione come Diazepam(...) Ora non è aggressivo ma a volte lotta contro i vicini (Bosaso, 09/11/2003)

L'atto di separare per proteggere dalla droga rivela dei presupposti in qualche modo simili al percorso chiamato *daghancalin*. Come vedremo nel capitolo 6 la scelta di inviare la persona che vive all'estero dai parenti in Somalia per questa forma di “riculturalizzazione”, è legata non solo all'eventuale malattia mentale, ma anche all'uso di droghe nel paese ospitante. L'invio in Somalia previene l'uso di sostanze proibite a disposizione all'estero e dovrebbe servire a “riportare” la persona verso codici comportamentali generali appropriati distaccandosi da quegli ambienti e modalità relazionali “appresi” nel paese ospitante. Non è escluso poi che una volta in Somalia la persona sia incatenata come nel caso di Abdirahman di ritorno dalla Svezia, o di Ibrahim e Farhyia di ritorno dalla Gran Bretagna.

Ci concediamo un'ultima osservazione sempre dai dati che abbiamo estrapolato dal database del reparto di Bosaso. La tabella sotto riporta le percentuali di persone incatenate abbinate alla diagnosi effettuata dal medico.

	Almeno 1 volta	%	Mai	%	Totale record validi	% diagnosi
Acute Psychosis	36	20	145	80	181	9
Psychosis	104	38	170	62	274	13
Schizophrenia	87	27	230	73	317	15
	227	29	545	71	772	38
Mood Disorder	32	21	117	79	149	7
Depression	23	8	264	92	287	14
Bipolar disorder	29	50	29	50	58	3
	84	17	410	83	494	24
Neurosis/stress related	11	11	93	89	104	5
Drug related	23	43	31	57	54	3



Mental Retardation	6	16	31	84	37	2
Celebral Palsy	9	26	26	74	35	2
	15	21	57	79	72	4
Epilepsy	18	4	394	96	412	20
Dementia (Alzheimer, other organic)	10	9	107	91	117	6
Other	2	9	21	91	23	1
Total	2048					100

**Tabella 4.** Percentuale di incatenati per diagnosi clinica e Prevalenza percentuale della diagnosi (RSM-Bosaso)

La diagnosi alla voce “drug related” contiene sia problemi di “dipendenza” che “psicosi indotta dall’uso di sostanze”. A conferma di quanto sinora scritto notiamo in effetti quanto sia rilevante l’uso delle catene quando il problema principale è legato all’abuso di sostanze. Come vediamo le persone, con tale tipo di diagnosi sono le seconde che vengono incatenate per frequenza, il 43%. Se scorriamo il dato per genere scopriamo che delle 7 donne incluse nel database con tale diagnosi nessuna è incatenata mentre sul versante maschile il 50% degli uomini/ragazzi con tale diagnosi era passato dalle catene.

La tabella mostra anche un altro elemento che necessita di commenti: l’alto numero di persone incatenate tra quelle diagnosticate con “bipolar disorder” (la più alta in assoluto) e “mood disorder”. Non stiamo discutendo in questa sede dell’utilizzo delle categorie psichiatriche, della formulazione della diagnosi e della rilevanza/fallacia di queste, di cui abbiamo in precedenza discusso. Ci interessa qui sottolineare il rapporto tra tipologia di disturbo e uso delle catene. Conosciamo il modo in cui, almeno per il primo migliaio di pazienti, sono state formulate le diagnosi perché eravamo presenti durante la formazione del medico (generico) somalo che le ha formulate e presenti durante molte visite cliniche. Sappiamo ad esempio che le diagnosi “drug related” sono una minima parte del totale perché queste erano così formulate se il problema della droga era assolutamente sovrastante gli altri. L’abuso di Qaat, considerato tale dallo staff locale (per inciso anche il medico era un gran masticatore, quotidiano, di qaat), era

presente in più del 13% dei casi, che saliva a 15% considerando solo gli uomini ma ciò, come vediamo, non significa che il problema principale sia quello della sostanze che pure c'è. Il dato reale in realtà sarebbe anche molto più alto perché le statistiche in nostro possesso fanno riferimento al totale generale in cui sono inclusi anche i bambini che non ne fanno uso.

La diagnosi di “bipolar disorder” implica la presenza di uno stato di “mania”, per usare il termine psichiatrico, che si alterna a stati di tipo depressivi. E' una condizione molto seria e debilitante. Localmente la diagnosi dal medico era effettuata in questi termini quando la persona aveva forte eccitazione, agitazione, in una condizione generale deteriorata. Il medico stesso dice che non ci sono termini per indicare la mania vera e propria in Somalia, si usa genericamente dire che la persona è “*su, elevata...come ad esempio wuu kacsan yahay...sintomo dell'essere fuori controllo*”<sup>178</sup>, dove “*kacsan*” significa agitato, nervoso. Spesso, aggiunge sempre il medico, si usa per “*quegli uomini a cui piacciono molto le donne*”, ovvero persone che usano sempre riferimenti sessuali, in modo altamente inappropriato, e magari durante la visita fanno gesti alle donne che passano, strizzano l'occholino alle infermiere e così via. Se nella diagnosi di “bipolar disorder” la caratteristica principale è la tendenza ad essere fuori controllo, altamente eccitati ed esplosivi non stupisce dunque che ben il 50% di questi siano incatenati (il 28% degli uomini e il 22% delle donne).

Anche se parliamo di cifre numericamente ridotte va sottolineato che se consideriamo solo le diagnosi di “Bipolar disorder” tra le donne (13 in tutto), di queste per il 57% sono incatenate, la percentuale più alta in assoluto. Questo è spiegato probabilmente dal fatto che specularmente a quanto riferito dal medico per gli uomini, anche alcune donne hanno mostrato forte disinibizione sessuale e ammiccamenti che sono considerati “altamente” inappropriati, proprio perché donne. Se quindi la donna inizia a “svestirsi” e togliersi il velo in pubblico (comportamento disinibito, inappropriato, altamente sanzionato) la famiglia può optare per le catene ma se questi atteggiamenti sono contenibili dalla famiglia, magari con l'aiuto di uno Sheikh, o rispondono ad uno sfogo di rabbia isolato, forse si riescono ad evitare. Se però questi comportamenti sono accompagnati da grande agitazione ed eccitazione e, peggio ancora, da forti ammiccamenti di tipo sessuale, allora le catene, come abbiamo visto, sono quasi inevitabili.

Allo stesso modo l'alta percentuale di persone incatenate con diagnosi di” mood

---

<sup>178</sup> Dr. Abdirahman, Reparto di salute mentale, Bosaso, 15/1/2006.

disorder” fa inferire che queste siano quelle che nel diagnosticato disturbo affettivo virino verso le manifestazioni, tecnicamente, ipomaniacali ovvero verso l’eccitazione e l’agitazione.

Non necessita di particolari spiegazioni il fatto che circa il 30% delle persone con disturbi diagnosticati nella sfera psicotica/schizofrenica sia incatenato perché queste hanno manifestazioni comportamentali o espressioni verbali tipiche di ciò che localmente viene identificato con *waali*. Scorporando per genere, come ci si aspetta, il 35% dei maschi con tale diagnosi risulta incatenato contro il 20% delle femmine.

Tornando alle motivazioni per l’incatenamento la terza che abbiamo menzionato è relativa a “permettere che la persona si riposi”. La necessità di fare riposare la persona risponde all’esigenza primaria di abbassare la rabbia, l’agitazione, l’aggressività. Non è tanto il costringere la persona a “elaborare” quanto fatto, a riflettere sulle sue intemperanze, anche se in taluni casi la dimensione punitiva può essere presa in considerazione. E’ piuttosto proprio il fare abbassare il livello di tensione, il non permettergli/le di arrivare allo scontro impedendo l’incontro con l’eventuale oggetto (persona) che genera agitazione che poi sfocia in aggressività e aggressione. Sulla stessa falsa riga la convinzione diffusa che se questo può avvenire in un luogo fresco l’effetto è migliorato. Bosaso, come Berbera sono città estremamente calde e tutte le famiglie che ne hanno la possibilità, durante i mesi più caldi dell’estate, lasciano la città e vanno da parenti ad esempio nella zona di Qardho (per gli abitanti di Bosaso) e nella zona di Sheikh (per gli abitanti di Berbera). Se si hanno parenti in quelle zone più temperate disposti a farsi carico della persona la famiglia può mandarla per qualche tempo a ricaricarsi al fresco. Di questa motivazione di contenimento parleremo ancora nel prossimo capitolo quando discuteremo l’organizzazione dei nuovi centri privati di salute mentale, alcuni dei quali hanno incorporato il beneficio di questa pratica nel nome, come ad esempio l’associazione “Hab wanaag” che chiama la struttura che accoglie i pazienti “resting department”.

L’altra motivazione per l’incatenamento è quella di permettere ad uno Sheikh di venire a casa e curare la persona. Nel momento di massima confusione la persona cerca di scappare o si rifiuta di sottoporsi a qualsiasi tipo di cura o attenzione, può anche diventare offensivo nei confronti dei genitori e irrispettoso nei confronti della fede. Le catene permettono alla famiglia di mettere la persona a disposizione dello Sheikh per le sue investigazioni e per il tentativo di guarigione. Anche la “semplice” lettura del Corano da parte di un familiare, spesso la prima soluzione adottata all’interno della

famiglia, non può che avvenire con la persona costretta a casa ad ascoltare. A maggiore ragione se il comportamento bizzarro e irrispettoso da parte della persona è ritenuto conseguenza dell'attacco di un *jiin*, allora immobilizzare la persona permette allo Sheikh di meglio combattere con l'entità invisibile e scacciarla attraverso la lettura del Corano.

Immobilizzare per permettere una qualsiasi azione è spesso l'unica strategia ritenuta possibile dalla famiglia. Abbiamo poi sottolineato che si tratta principalmente di guarigione Coranica perché questa è la prima strada che tradizionalmente le famiglie percorrono, a volte l'unica, la prima cosa da fare, comunque, nel caso un familiare sia diventato irrispettoso, aggressivo, confuso, intrattabile è innanzitutto ristabilire l'ordine spirituale delle cose.

Se la famiglia crede nel rituale *mingis*, allo stesso modo, incatenare la persona permette al guaritore di investigare la presenza degli spiriti invisibili cui successivamente si chiederà di abbandonare il corpo della persona successivamente durante il rituale vero e proprio che avverrà nel campo adibito a tale scopo. Questa pratica è sempre meno diffusa per via dell'egemonizzazione delle pratiche islamiche che hanno lentamente marginalizzato rituali ritenuti pre-islamici e che “dialogano” con i *jiin* in pratiche di adoramento piuttosto che cacciarli.

Per quanto riguarda l'ospedale, ove presente, incatenare può permettere alle famiglie di portare la persona direttamente nella struttura, anche se, prima, quasi sempre, sarà richiesto l'intervento dello Sheikh. La possibilità che un medico o infermiere dell'ospedale vada a casa della persona direttamente, come fa lo Sheikh, è altamente remota e sperimentata a Bosaso, Berbera e Hargeisa solo in periodi limitati del tempo e, principalmente, quando un progetto esterno permetteva questo tipo di spostamenti. Maggiore è, piuttosto, la disponibilità che un operatore sociale vada a casa e, seppure anche in questo caso si parli di esperienze tutto sommato limitate, GAVO è un'eccezione importante potendo contare su mezzi di trasporto propri per effettuare periodicamente visite domiciliari.

#### **4.3.3. Pratiche di contenimento**

Prima di partire per la Somalia nel 2003 parlai con un educatore italiano che era stato per un periodo a Berbera a lavorare al Mental Hospital con l'o.n.g. G.R.T. Ricordo che a fine cena prima che me ne andassi mi disse “*a proposito ricordati di comprare un*

*tronchese abbastanza grosso... A volte le famiglie perdono le chiavi dei lucchetti”.*

### ***Le chiavi***

Quando la persona è incatenata per mesi o per anni può capitare che la famiglia perda l'unica chiave del lucchetto, oppure, quando le catene sono molte la chiave si può staccare dal rigonfio mazzo e perdersi. In quei casi se si arriva a togliere le catene, il tronchese è uno strumento utile che nel reparto di salute mentale di Bosaso veniva conservato nel mobile delle medicine, l'unico ad essere chiuso. Era prassi nel reparto di salute mentale di Bosaso che le catene venissero tolte dai familiari e, possibilmente, da chi le aveva messe, che spesso corrispondeva con la persona “responsabile”. Dato che le catene implicano e attivano una serie di significati complessi che vanno oltre il gesto meccanico della chiusura, il personale dell'ospedale voleva evitare che questo gesto fosse fatto da un “esterno”. Inoltre doveva servire anche a creare continuità tra l'ospedale e la casa, dato che le degenze erano pensate per essere limitate e i familiari dovevano possibilmente evitare di mettere nuovamente la catena una volta arrivati a casa.

Abdulqadir, trentenne pescatore, originario di un villaggio nella regione del Nugal, vive da qualche anno con la famiglia a Bosaso dove lui fa il pescatore. Mastica mediamente 3 *michin*<sup>179</sup> al giorno, tra le quattro e le sei volte alla settimana. Questo consumo molto elevato di qaat è permesso più dai soldi delle rimesse, ci dice la sorella, che dal lavoro di pescatore che è duro e non permette guadagni stabili. La sostanza alimenta i problemi di sonno che sono costanti da qualche anno, ogni volta che è a “terra”, cui si aggiunge una forte irritabilità e rabbia. In passato è stato ripetutamente portato da uno Sheikh soprattutto da quando ha iniziato a parlare da solo, insistentemente e con accenni di aggressività. Qualche mese prima che lo incontrassimo si erano interrotte le rimesse dal fratello in Europa, non si sa bene per quale motivo, cosa che ha costretto Abdulqadir a ridurre l'uso di Qaat con effetti sulla sua stabilità generale, aumento dell'aggressività e rabbia soprattutto. La sua situazione è deteriorata ulteriormente tre giorni prima che fosse portato in ospedale quando quella che lui definisce la sua fidanzata (cosa smentita dal padre e dalla sorella che lo accompagnano assieme al fratello) si era sposata con un altro uomo. La sua reazione è

---

<sup>179</sup> Sorta di unità di misura del Qaat. Equivale ad un mazzetto delle dimensioni appropriate per una “normale” masticata.

stata molto rabbiosa e violenta, sicuramente coadiuvata dal pessimo momento economico e dai problemi che il Qaat gli stava creando. La famiglia decide allora di incatenarlo anche perché nel tentativo di fermarlo una prima volta lui aveva dato l'impressione di “volere correre via”. Era la prima volta in assoluto che lo incatenavano, tre giorni prima che lo portassero in ospedale, e stupisce la quantità di catene usate. Aveva lucchetti sia alle mani sia ai piedi, e una terza catena univa quella che legava le mani a quella che legava i piedi. A queste catene erano inoltre legate delle corde, molto lunghe, che i parenti avevano agganciato per poterlo controllare meglio nel trasporto in ospedale. Come si vede dalla foto la quantità di catene e lucchetti è impressionante, penso sia la persona con il maggior numero di catene incontrata, e la quantità di lucchetti utilizzata, farebbe presupporre che ad essere legato sia una persona dalla corporatura abbondante, stride con la figura, magra e fragile, di Abdulqadir.

A bene osservare le immagini si noterà un particolare che definirei la “delicatezza delle catene”. La famiglia ha pensato di proteggere il familiare dal possibile sfregamento delle pesanti catene facendo passare queste attraverso un tubo di plastica, sia ai polsi sia alle caviglie, per evitare il contatto diretto con la pelle. Una tale cura e attenzione stride notevolmente con la quantità di catene e di corde applicate al suo contenimento ma svela la complessità della pratica che se da un lato è evidente che deteriorerà le condizioni della persona, dall'altro viene riconosciuta, volenti o nolenti, funzionale alla situazione e a volte anche al miglioramento della condizione.

Come nel caso di una bambina di sette anni con una spasticità fisica e un ritardo dello sviluppo: quando i parenti non possono tenerla sott'occhio sono costretti a incatenarla. La madre lo dice esplicitamente e con le lacrime agli occhi, lei non vorrebbe incatenarla ma non sanno cosa fare. Una volta avevano usate le catene vere e proprie ma la cosa l'aveva fatto soffrire troppo e così quando devono controllarla a distanza la legano alla finestra di casa con un foulard.

### ***Mettere e togliere le catene***

Un telo come quello della bambina può essere usato anche per permettere un passaggio graduale dalle catene alla loro rimozione. Generalmente, per quanto riguarda le attività terapeutiche condotte all'interno dell'ospedale di Bosaso, l'uso di psicofarmaci facilita molto l'accettazione da parte delle famiglie della rimozione delle catene. Ci riferiamo alle persone che arrivano incatenate e agitate, confuse. Le

benzodiazepine (i.e. Diazepam, largamente usato) che hanno funzioni ansiolitiche, sedative, miorilassanti, permettono di controllare l'agitazione della persona (oltre che l'insonnia, l'ansia) e questo effetto è immediatamente evidente ai famigliari che più facilmente acconsentono alla rimozione delle catene. Anche un neurolettico come la Clorpromazina (anch'esso largamente diffuso) che agisce su sintomi come le allucinazioni, i deliri e produce "sonnolenza" ha un ruolo importante per permettere di accettare di rimuovere le catene.

In pratica è come se si sostituisse la catena fisica a una catena farmacologica che seda la persona, agisce sulla tensione o sulla confusione oppure sul livello cognitivo frenando i pensieri ritenuti deliranti o le allucinazioni. Quando questo meccanismo si mette in moto l'impatto è notevole e in un certo senso il farmaco permette di ottenere quello che ci si aspetta dalla catena, ovvero la possibilità di interrompere i comportamenti disturbanti e permettere il riposo. Non sempre questo è così automatico, sia perché il farmaco può non sortire l'effetto desiderato o metterci più tempo del dovuto sia perché la famiglia non ritiene di sentirsi tranquilla a liberare il familiare. A volte quindi la persona è sotto farmaci e rimane incatenato per uno o più giorni, altre volte invece la famiglia preferisce effettuare dei passaggi gradualmente. La famiglia dopo un paio di giorni dalla visita e dall'inizio del piano terapeutico non voleva ancora togliere le catene e dopo una lunga negoziazione con lo staff dell'ospedale acconsentì a sostituirle con un telo più leggero. La sorella andò dunque al mercato a comprare un pezzo di stoffa che è usato per tenerlo legato ai piedi mentre riposa nella veranda del reparto. Qualche centimetro più in là sono riposte le catene usate fino a due giorni prima che poi verranno abbandonate in ospedale quando sarà il momento di lasciare il reparto.

Un'altra strategia intermedia è quella di togliere una catena per volta. Come ad esempio succede a Noor che incontriamo il 7/7/2010 nel campo rifugiati di Dagahaley a Dadaab. Quel giorno ha una catena legata alle due caviglie che gli permette di camminare a piccoli passi. Non sta bene da circa 8 anni, una storia radicata nella povertà e nella mancanza di prospettive. Arrivano al campo nel 1992 e da lì non sono mai riusciti ad andarsene per mancanza di soldi e non sono mai entrati nelle possibilità di *resettlement*. Viene incatenato per la prima volta 3 giorni prima che lo incontrassimo con l'aiuto di alcuni vicini perché era diventato particolarmente aggressivo. A un certo punto il padre dirà *"quello è stato il giorno più brutto della mia vita"*. Sull'onda emotiva di questa frase cerchiamo di capire se ha già tentato qualcosa per farlo stare bene e togliergli le catene. In effetti ci conferma che lo sta vedendo uno Sheikh che *"gli*

*legge il Corano e ha dato delle erbe*” e che tre giorni prima Noor era incatenato sia alle gambe, sia alle braccia.:

ora sta meglio è riposato...ma ora non possiamo togliere le catene perché sta facendo il trattamento....quando ha finito toglieremo le catene...prima le aveva anche alle braccia ora sta meglio e le abbiamo tolte (dal diario di campo Dagahaley- Dadaab, 7/7/2010).

Anche in questo caso, come nel precedente caso nell'ospedale di Bosaso, la scelta è quella di una rimozione graduale delle catene.

Se alcuni una volta tolte le catene le abbandonano in ospedale, altri preferiscono portarsele a casa. Intanto perché le catene hanno un costo e poi, principalmente, perché non si può mai essere sicuri che la guarigione sia definitiva (e la tradizione direbbe infatti il contrario), quindi meglio averle a disposizione in caso di necessità. Come la sorridente ragazza della foto sopra. Trentenne di una zona rurale intorno a Laas Canood, nella regione Sool zona contesa tra Somaliland e Puntland, è “malata “ da due anni” e quando viene portata in ospedale è incatenata da due mesi. Sulla cartella è riportata una diagnosi di schizofrenia con forti agitazioni, disturbi del sonno, allucinazioni, irritabilità e iperattività, manie di grandezza, mancanza di cura di sé oltre ad avere “tentato la fuga”. Un operatore sociale scrive sulla cartella “*a 30 anni, mai proposta per matrimonio!!!*”. Rimane più del solito in ospedale anche perché abitano lontano e il personale voleva che rimanesse in osservazione di più, la madre e una sorella erano con lei e verso la fine l'ha raggiunta anche il padre. La foto è scattata il giorno che stavano per rientrare al villaggio con le valigie pronte e quelle catene, appoggiate a terra che non servivano più da un po' di tempo ma che poi decisero di portare con sé.

Come abbiamo visto le catene possono legare solo le mani, per impedire che questa aggredisca qualcuno, oppure solo alle caviglie permettendo alla persona si muoversi con piccoli passi ma senza il rischio che scappi via. Queste modalità sono anche usate nelle fasi di rimozione graduale delle catene, mentre inizialmente la forma più classica è quella della chiusura di catene ad un oggetto che non permetta alla persona di allontanarsi. Può essere un pezzo di un motore abbandonato, un albero, un palo all'interno della casa, una finestra, un pezzo di ferro cementato all'uopo all'interno di una stanza o nel cortile di casa, oppure una porta. In quest'ultimo caso la famiglia, lo scriviamo ironicamente, dovrebbe però stare attenta che questa non sia removibile.



#### 4.3.4. L'utilità delle catene

Un osservatore esterno non può che sottolineare quanto pare forse scontato scrivere: le catene non fanno bene e non possono che peggiorare la condizione della persona incatenata.

Essere incatenati significa dipendere completamente dalla volontà altrui perdere qualsiasi forma di agentività e capacità negoziali. Il proprio ruolo all'interno della famiglia viene degradato, l'unico obbligo che la famiglia ha nei confronti della persona incatenata è quello dell'alimentazione, come prevedono le norme implicite dell'organizzazione sociale nei confronti dei malati senza speranza. Il ruolo sociale pubblico viene altamente deteriorato e, sappiamo, si crea una frattura netta tra il mondo morale locale e quello de-umanizzato che vive la persona incatenata. Deteriorano le condizioni psico-fisiche perché il corpo si abitua a non muoversi, la rabbia e l'aggressività possono aumentare invece di diminuire, come ci diceva Mohamad che non vedeva l'ora che gli togliessero le catene per attaccare il fratello, salvo auto-reprimersi per evitare ulteriori sanzioni. Stessa cosa che diceva Colaad che "odiava" le catene. La grande stigmatizzazione che subiscono le persone con problemi di salute mentale in Somalia trova il suo punto di espressione massimo verso chi è incatenato anche solo una volta perché quella traccia, anche dovesse essere liberato, può rimanere e pesare sulle relazioni sociali, la possibilità di matrimonio, di trovare lavoro, semplicemente di essere riammesso nella cerchia di umanità localmente condivisa. Si innesca un circolo vizioso che porta al continuo deterioramento della persona, aumentando l'esclusione sociale e la stigmatizzazione. La durata del periodo passato in catene è un altro indice che ci dice che queste non funzionano nel riparare il disagio, mentre è un indice, ancora, della maggiore atomizzazione dell'individuo e difficoltà di recupero sociale.

Non abbiamo mai sentito nessun "incatenato" elogiare i benefici delle catene anche se a volte questi dichiarano di "essersi tranquillizzati", di "essere più calmi" o riposati. In più di un'occasione abbiamo sentito nominare con precisione, da parte di chi subito le catene, i motivi per cui i famigliari li avevano incatenati: "ero immorale", "ero scappato", "avevo ucciso" e così via. Questo testimonia una comprensione del funzionamento della macchina sociale (senza necessariamente dividerlo) più che un'approvazione dell'uso delle catene sulla propria persona.

Anche per le famiglie l'utilità delle catene è una questione assai complessa. Da un

lato abbiamo visto come, seppur siano uno strumento riconosciuto e accettato, le famiglie ne farebbero probabilmente a meno se avessero altre possibilità. Il padre di Noor che dichiara che il giorno che ha dovuto incatenare suo figlio è stato quello più brutto della sua vita fa da eco ai tanti commenti, soprattutto delle madri, che hanno condiviso con noi la loro sofferenza nel vedere il proprio figlio incatenato. In questo scenario alquanto cupo ci sono degli elementi che fanno dire ad alcune famiglie che le catene servono, e questo forse rende lo scenario ancora più cupo.

E' innegabile, infatti, che se le catene devono servire a evitare che la persona aggredisca qualcuno, o sia aggredita, oppure che scappi e si perda, allora le catene fanno il loro lavoro. Un'utilità strumentale che non "guarisce", che non "migliora" le condizioni della persona ma che permette temporaneamente di tenere sotto controllo dei potenziali rischi che potrebbero sorgere se la persona fosse incontrollata. In questo e unico senso le catene sono utili e ritenute tali da alcune famiglie, ma che questo aspetto vada ad occupare per intero la casella dell'utilità è tutto da dimostrare. Le biografie che abbiamo proposto e rispondono di volta in volta a questo quesito, anche se su questo specifico fattore servirebbero indagini più approfondite e specifiche. Il contenimento con catene è un tema assai sensibile che investe a un tempo dimensioni relazionali, emozionali, economiche, e sociali assolutamente caratteristiche.

Pur non andando in direzione della profondità necessaria per rispondere alla domanda che ci siamo posti, può essere utile osservare i risultati delle domande che a tale riguardo abbiamo posto alle persone incatenate incontrate a Dadaab e ai loro familiari. Tra le 192 persone incatenate nessuna di quelle con cui siamo riusciti a parlare in privato ha dichiarato di ritenere di alcun tipo di utilità le catene. Le risposte delle famiglie sono invece divise a metà: 68 hanno dichiarato che le catene sono state utili (poco più della metà) e 61 che non lo sono state. Del gruppo di 68 che hanno dichiarato una qualche utilità delle catene, 54 hanno fornito delle motivazioni che è stato possibile raggruppare come indicato nella tabella sottostante.

If Yes	Improvement	Safety	Rest/Relaxed	Other	Tot
camps	7	13	27	7	54

**Tabella 5.** Utilità delle catene secondo i familiari a Dadaab-2010.

Sette persone hanno genericamente indicato che c'è stato un miglioramento, ma le motivazioni principali degli altri sono state la possibilità di "riposare/rilassarsi" (50%) e

la “sicurezza” (24%). Ritornano come è lecito aspettarsi due risposte che portano alle motivazioni per cui si decide di incatenare un familiare ritenuto matto. Stupisce un po’ la preponderanza del tema del riposo rispetto a quello della sicurezza, anche se non dobbiamo dimenticare che “riposarsi/rilassarsi” significa che sono stati ridotti quei segni altamente frequenti, debilitanti e caratterizzanti le condizioni di follia quali la rabbia e l’aggressività. In assenza di altre strade la possibilità che le catene offrono di tenere sotto controllo questi comportamenti che sono in cima alle preoccupazioni delle famiglie, ne fanno uno strumento ampiamente diffuso.

## CAPITOLO 5 LUOGHI E ATTORI ESPERTI DELLA GUARIGIONE

Nel precedente capitolo abbiamo affrontato il tema della centralità della famiglia, la prima e principale risorsa “interna” che viene attivata in condizione di stress, crisi, incertezza o insicurezza. Il ruolo dei familiari, così come quello degli amici, non ha bisogno di certificazioni o formazioni professionali ed è ampiamente riconosciuto nelle sue dimensioni di ascolto e accudimento, di auto-cura, di protezione e di risoluzione di problemi e conflitti. Di tutt’altro genere sono gli attori che incontreremo più nel dettaglio in questo capitolo che chiameremo “esperti”. Senza che questo significhi in alcun modo una delegittimazione dell’importanza delle risorse “non esperte” o “informali”, con l’etichetta “esperti” intendiamo quegli attori che a vario titolo hanno un ruolo sociale riconosciuto, o riconoscibile, ottenuto grazie alla padronanza di specifiche pratiche, saperi e poteri terapeutici. Sono le risorse cercate dalle famiglie quando quelle “interne” non possono fare fronte alla crisi, di cui abbiamo parlato attraverso le biografie analizzate nei precedenti capitoli, ovvero i guaritori coranici, i medici in ospedale, i centri privati di salute mentale o i rituali preislamici. Nel caso di Mohamad (Cfr. Cap.II) anche il carcere, pur con i dovuti distinguo, è assunto a luogo terapeutico/correttivo. Sino ad ora abbiamo lasciato scorrere sullo sfondo la presenza degli *esperti*, cercheremo nel proseguo di approfondirne il ruolo sociale e terapeutico, gli aspetti simbolici e materiali che guidano l’azione e la cornice di senso entro cui le azioni degli esperti si collocano, l’articolazione tra questi diversi saperi in termini di collaborazione o di competizione e le strategie familiari.

Innanzitutto si può presupporre che nel momento in cui una crisi/malattia irrompe con prepotenza nel quotidiano la famiglia effettui una scelta rispetto alla risorsa esterna da contattare, ovvero metta in atto dei comportamenti di ricerca della salute (*health seeking behaviours*) che possono essere parte di una più o meno consapevole strategia. Arthur Kleinman usa il concetto di *health seeking behaviours* in relazione ai modelli esplicativi della malattia (*explanatory models*) che ogni attore (paziente, medico, familiare) possiede ed utilizza nelle diverse arene sociali che compongono un sistema medico locale (Kleinmann,1980; 1988). Secondo Arthur Kleinman (1978) la maggior parte dei sistemi medici sono composti da tre arene sociali: *popular, professional e folk*<sup>180</sup>, rispettivamente familiare, professionale e popolare nella traduzione adottata in

---

<sup>180</sup> Questa ripartizione non è l’unica possibile come fa notare Schirippa (2005, p.163) citando, ad

Kleinman (2006). Queste arene “*contengono e costruiscono forme distinte di realtà sociale(...) organizzano particolari sottoinsiemi di credenze socialmente legittimate, aspettative, ruoli, relazioni*”(ibid.,p.10) cui l'autore si riferisce in quanto distinte *realtà cliniche*. I modelli esplicativi si riferiscono alle credenze e spiegazioni prodotte rispetto a cinque dimensioni legate alla malattia: eziologia, sintomatologia, patofisiologia, decorso della malattia e terapia. L'insieme delle “risposte” alle questioni poste dalle dimensioni sopra citate dovrebbe formare una sorta di modello storicamente e culturalmente determinato, che la persona agisce nell'esperienza di malattia e nella relazione con gli altri attori significativi. Modelli esplicativi differenti coesistono all'interno dello stesso contesto sociale (nella stessa famiglia oppure tra medico/guaritore e paziente) anche in maniera conflittuale. La logica che questo tipo di modello suggerisce è che la ricerca di una specifica modalità terapeutica per la guarigione dalla malattia sia guidata dal proprio modello esplicativo; ovvero, se ad esempio ritengo che l'eziologia sia di tipo spirituale (la presenza di un *jiin*), allora mi rivolgerò allo Sheikh piuttosto che andare dal medico. Se questo passaggio pare in un certo senso abbastanza ovvio, la realtà è un po' più complicata di quanto questo modello faccia apparire. La teoria dei modelli esplicativi, fondamentale nell'aver permesso un salto qualitativo rispetto alle etnografie dell'esperienza di malattia (*illness*), ha consentito a molti ricercatori di avere una griglia interpretativa utile per migliorare la conoscenza del modo in cui il contesto socio-culturale incide sul rapporto tra medico e paziente, sulla *compliance*, sulle percezioni di malattia del “paziente” cui viene assegnato il centro della scena, oltre a permettere, anche pedagogicamente, di aprire a spiegazioni altre da quella biomedica dominante. Contestualmente ha anche attratto numerose critiche, sintetizzate, tra gli altri, in Iroegbu (2010,pp.94-97) e Pirani (2007,pp. 43-49). Per quanto interessa maggiormente la discussione in questa sede, sottolineo quelle relative all'eccessiva enfasi sulla dimensione cognitiva e alla presunta razionalità delle condotte umane che consegue dal modello (Cfr., Young 1981, Nichter et al., 1991, Dein, 2003). La sua formulazione teorica non aiuta cioè a comprendere come i modelli esplicativi individuali siano in relazione con le culture e le dimensioni sociali e di potere locali. La percezione individuale rispetto alla malattia è costruttivamente influenzata da questi fattori, che possono determinare anche la presenza o assenza della malattia stessa. La scelta di un percorso terapeutico e, in

---

esempio, la distinzione effettuata da Coppo et al. (2000) a Bandiagara (Mali) in settore biomedico, di automedicazione e di medicina tradizionale.

generale, dei comportamenti di cura è influenzata tanto da fattori simbolici quanto da fattori materiali. La “scelta” stessa di intraprendere o meno un tentativo di cura con risorse esterne è vincolata alle dinamiche sociali locali all’interno delle quali la persona è in relazione con il proprio contesto. La possibilità di accesso a determinate risorse terapeutiche, così come la disponibilità di queste ultime, modifica anche la percezione della propria malattia e delle possibili strategie per farvi fronte. Inoltre, sebbene lo stesso Kleinman indichi che tali modelli possano contenere elementi contraddittori al loro interno, egli suggerisce che la rielaborazione continua dell’esperienza porta comunque alla costruzione di un modello di spiegazione.

In realtà ho sperimentato sul campo come non sempre le persone mostrano di possedere una mappa semantica dell’evento che si traduce in chiare indicazioni e orizzonti comportamentali. Allan Young parla dei modelli esplicativi così intesi come di modelli “ideali”, basati su assunti parascientifici che paiono costruirsi sulla base di nessi causali razionali, i quali in realtà sono più vicini a modelli biomedici che a quelli “popolari” (Young 1981,1982). È anche difficile pensare che, data la quantità di fattori in campo che l’evento malattia mentale attiva (emotivi, sociali, culturali, economici, politici), sia possibile per i singoli racchiudere queste esperienze e gli elementi portanti dei modelli esplicativi in singole e coerenti narrazioni.

Anche il rapporto con gli attori esperti è sicuramente importante, e le concettualizzazioni di questi ultimi influenzano il modo in cui il sofferente interpreta l’esperienza e la natura dell’esperienza in sé (Kleinman, 1980, 1995, 2006[1978]). Ciononostante le concezioni dei “non esperti” non si esauriscono in questo rapporto. Anche se sono messe in campo forze altamente sbilanciate, l’individuo e la famiglia possono incorporare, adattare e rigettare diversi elementi di queste influenze sociali (Teuton et al.,2007). Le persone, come è successo di osservare direttamente, possono essere riluttanti ad esprimere la propria opinione rispetto alla malattia in un contesto terapeutico, che fosse di fronte ad un medico , uno *sheikh*, un *wadaado*. Sia Dein (2003) che Pizza (2005) mettono in guardia circa il fatto che quanto viene detto non necessariamente equivale a quanto verrà fatto, in quanto la narrazione del proprio male:

non è [necessariamente] lo specchio fedele del loro stato emotivo. Essa può anzi essere consapevolmente orientata verso il raggiungimento di specifici obiettivi: può essere un’azione discorsiva con la quale i pazienti si collocano dentro il campo della biomedicina, anche attraverso l’uso tattico della menzogna (...) L’esperienza del malessere resta sempre difficilmente riducibile a uno schema esplicativo (Pizza, 2005, p.194).

La ricerca della guarigione, e più in generale, di uno stato di salute prima ancora che di benessere, attiva percorsi in cui concorrono elementi cognitivi, culturali e sociali. Il percorso terapeutico, sottolinea giustamente Piero Schirrippa (2005), oltre alle interpretazioni del male deve fare i conti con la disponibilità delle risorse così come con la possibilità di accesso sia sul “*piano cognitivo che, soprattutto, economico*”(ibid., p.166). Se seguiamo la pista della razionalità, del nesso causale, gli itinerari che le famiglie adottano possono apparire contraddittori, perché attingono a repertori e saperi assai distinti (religione e biomedicina) per fare fronte a un “unico” problema che si presenta nella medesima persona. In realtà non c’è nessuna contraddizione e sono i pazienti stessi nel loro quotidiano agire a dimostrarlo e a rendere evidente la non utilità di un simile *a priori*. Un’altra delle innumerevoli banali domande che abbiamo posto ai nostri interlocutori sul campo, nel pieno di esperienze di sofferenza, riguardava le prospettive future, del tipo: “cosa ti aspetti?”. Sicuramente erano domande mal poste e non mi permettevano di imboccare la strada verso la quale il mio sguardo voleva volgersi, tant’è che dopo l’ennesima risposta scontata (“essere in salute”, “stare bene”, “guarire”) smisi di porre le domande in questi termini. In realtà, però queste scontate affermazioni chiariscono una volta di più la prospettiva del sofferente, ben sintetizzata dal seguente passaggio di Didier Fassin:

tutto il ventaglio simbolico e terapeutico è messo a disposizione per la ricerca di una maggiore efficacia. Non è percepita alcuna contraddizione tra i differenti registri ai quali si fa appello: la logica è quella della guarigione (Fassin, 1992, pp.115-116, cit. in Schirrippa, 2005, p.164).

Il cambio d’itinerario può avvenire anche strada facendo. Nel momento in cui un trattamento pare inefficace, e v’è la possibilità di accedere ad altro, si passa a quest’ultimo salvo poi ritornare nuovamente alle risorse già utilizzate, anche se fallimentari, nel caso in cui il secondo trattamento non abbia prodotto i frutti sperati. Allo stesso modo forse non stupirà osservare come anche i depositari di saperi “forti” possano in talune occasioni attingere o riferirsi a repertori di conoscenze altrui con una certa disinvoltura. Bisogna d’altronde riconoscere che l’esperienza di malattia – forse nel caso di quella “mentale” in maniera ancor più evidente – attinge, modifica, lacera, scompone e crea in maniera multidimensionale. C’è dunque anche la necessità di dare senso e fornire risposte pratiche in maniera articolata e complessa, cosa che non tutti i

saperi sono in grado di garantire singolarmente. Non dobbiamo dunque aspettarci percorsi lineari che permettano formalizzazioni precise ed ordinate. Anche le credenze rispetto l'eziologia della malattia possono variare col tempo o modificarsi a posteriori azzerando precedenti opinioni in merito, ad esempio quando un trattamento pare *funzionare*, “dimostrando” dunque la bontà del percorso terapeutico messo in atto e, indirettamente, del sistema di conoscenze e credenze implicate.

Per quanto riguarda le forme di disagio mentale più gravi, che popolarmente vanno sotto il nome di *folia* e dal punto di vista biomedico rientrano nella categoria delle *psicosi*, alcune ricerche in contesti africani rurali e urbani assai differenti mostrano la compresenza di fattori ritenuti scatenanti la crisi, che attingono sia da repertori religiosi e magici (i.e. *jiin*, diavolo, stregoneria), sia da repertori “psicologico-sociali” (i.e. disoccupazione, problemi matrimoniali, stress, povertà) (Edgerton, 1966; Patel, 1995). Inoltre, studi su vasta scala hanno sottolineato come in molti paesi africani dove il modello biomedico di “psicosi” è la forma “autorizzata” di intervento sanitario, molte famiglie si affidino comunque a pratiche di guarigione spirituali o “tradizionali” (Ensink & Robertson, 1999; Patel, 1993; WHO, 1996, 2001).

Il nostro compito in questo capitolo sarà quello di dare la parola ai diversi poteri e saperi terapeutici che hanno a che fare con la cura della malattia mentale in Somalia e mostrare come costruiscono il loro sapere, come lo mettono in pratica, come interagiscono con le persone che intendono curare/guarire e come le persone vi accedano.

Prima di esaminare nel dettaglio gli attori esperti e i luoghi di guarigione specifici, va ricordato che, allo stato attuale, in Somalia non esiste una regolamentazione del campo sanitario, dei rapporti e della legittimità delle varie pratiche terapeutiche presenti. Alcuni osservatori localmente ne parlano con preoccupazione, soprattutto rispetto a quelle pratiche violente spesso usate nei confronti dei pazienti, come ad esempio la fustigazione. Se il “battere” la persona, più o meno simbolicamente, per fare uscire un *jiin* è pratica diffusa tra molti guaritori coranici, sono stati però documentati casi che la maggioranza dei credenti non esiterebbe a definire abusi. In questo giocano un ruolo anche la quantità di “impostori” e “ciarlatani”, sia somali, sia stranieri (sudanesi e pakistani in particolare), che si spacciano per guaritori coranici, medici, erboristi.

Un caso unico ed eclatante è quello della “iena psichiatrica”, come la definisce Abdirahamn “Habe” Awale, infermiere di Mogadiscio, il quale nel 2006 ci ha



raccontato la storia di un “ciarlatano” che, per guarire le persone dalla follia sopraggiunta per l’intromissione di un jiin, chiude la persona in una stanza con una iena. La scelta della fiera non è casuale: come ricorda Ioan M. Lewis, i jiin sono:

particolarmente connessi nel pensiero somalo agli animali selvaggi (...) Si ritiene che la iena abbia particolari connessioni con i jiin. Alcuni dicono che sia un jiin essa stessa (Lewis, 1998, p.110).

Successive sedute sarebbero in grado, attraverso la paura estrema create dalla situazione, di far passare qualsiasi male.

Il problema della “ciarlataneria”, vera o presunta, è questione trasversale a tutti i poteri terapeutici; la produzione di un falso diploma di laurea in medicina rilasciato ai tempi del governo centrale non è certo difficile da ottenere. Gli aneddoti sulla produzione e l’uso di documenti falsi sono numerosi. Un giovane, per partecipare a un concorso per infermieri all’ospedale di Bosaso nel 2007, arriva portando un diploma di infermiere rilasciato a Mogadiscio. Quando gli viene fatto notare che il corso durava 3 anni e non 2, non si perde d’animo e il giorno dopo porta un diploma identico con la durata corretta, “si era sbagliato”. Ho assistito all’imbarazzante colloquio orale tra questo ragazzo e il direttore dell’ospedale che, insieme a un altro medico, chiedeva al candidato i nomi dei suoi docenti e l’ubicazione della struttura scolastica a Mogadiscio. Di tutt’altro tenore è invece l’uso terapeutico, sempre a Bosaso, di un passaporto falso fatto preparare appositamente per un paziente con problemi “d’identità”, che aveva perso il proprio durante la guerra.

Ma al di là del certificato in sé sono le competenze, la formazione, la pratica e il controllo a mancare completamente. Gli operatori di GAVO, attivisti per i diritti delle persone con problemi mentali, sono particolarmente preoccupati dalla proliferazione di cliniche private in cui persone senza alcuna qualifica o esperienza prescrivono farmaci e attuano pratiche che definiscono terapeutiche senza alcuna forma di controllo. I farmaci in generale sono un altro tema caldo, poiché manca anche questo settore una qualsivoglia forma di regolamentazione e controllo sulla provenienza, sulla prescrizione, sull’uso e sulla vendita. Le politiche sanitarie, laddove esistenti o in via di formulazione (i.e. in Somaliland, dove il lavoro in questa direzione è il più avanzato), hanno un impatto assai limitato nel quotidiano delle persone ed è difficile considerarle come parte dell’*istituzione* biomedica, ove con questo ci riferiamo a “*dispositivi organizzati e formalizzati, raggruppamenti sociali legittimati che hanno l’obiettivo di*

*regolare i comportamenti e le relazioni sociali*” (Pizza, 2005,p.146). È assente, nel momento in cui scriviamo, un processo d’istituzionalizzazione del campo della salute mentale, così come deboli o assenti sono processi fondanti tale percorso, quali la *burocratizzazione*, la *professionalizzazione* e la *medicalizzazione* (Kleinman,1995; Seppilli,1996). Non si può comunque escludere che questo processo si attivi nell’immediato futuro, come lasciano intravedere alcuni deboli indici. Ciò non toglie che l’attenzione al campo biomedico si debba rivolgere, qui come altrove, ai rapporti di forza interni, alle relazioni con gli altri campi terapeutici e alle zone di confine e sovrapposizione, ai modi in cui è costruita *umanità*. Dato il contesto politico sanitario attuale, e in particolare il campo della salute mentale, vale forse la pena di indagare le dinamiche di questi rapporti di forza, senza dare per scontata una superiorità egemonica della biomedicina.

Cercherò dunque ora di restituire la straordinaria complessità di tale campo<sup>181</sup> rinunciando, come suggerisce Piero Schirripa “*ad una rigida tassonomia per privilegiare un resoconto che dia maggior peso alle dinamiche di mutamento, di scambio e aggiustamento*” (Schirripa,2005, p.48). Questa lettura, insomma, deve dare conto della pluralità di attori, retoriche, pratiche e logiche che coesistono, s’incontrano e si manipolano vicendevolmente dando vita ad un “sistema della salute”<sup>182</sup> quanto mai dinamico, dove l’elemento di maggiore “coerenza” è l’indeterminatezza del sistema stesso.

## **5.1. Il ruolo dell’Islam**

Abbiamo già accennato all’importanza dell’Islam in Somalia, uno dei pilastri dell’identità somala che, non a caso, sia nella diffusione dell’Islam in Somalia, sia durante le imprese anticoloniali del Sayid<sup>183</sup> e, più recentemente, nella riorganizzazione sociale e politica post-1991 e post-2006, ha fornito, anche parzialmente e temporaneamente, un’identità “orizzontale” (Bateseman,1999) per unire membri di clan

---

<sup>181</sup> Ci rifacciamo qui e sopra al concetto di campo sviluppato da Bourdieu (1994), intendendolo come uno spazio dinamico e negoziale generato dalle relazioni tra i diversi attori presenti e dai rapporti di forza che sono messi in gioco.

<sup>182</sup> Lo preferiamo a “sistema medico” che, pur nell’articolata accezione datagli da Kleinman, rimane, come egli stesso ammette, troppo vincolato all’ambito biomedico, non prioritario in Somalia.

<sup>183</sup> Sayid Maxamed Cabdille Xassan, leader nazionalista e poeta Somalo (Cfr. Cap. 4).

ostili. In ogni lignaggio sono presenti uomini di religione, *wadaad*, che rappresentano l'autorità religiosa e ricoprono un importante ruolo spirituale e inoltre svolgono la funzione di mediatori non-combattenti tra clan in caso di conflitti, pur non ricoprendo, formalmente, ruoli politici (Lewis,1998). In ambito pre-coloniale i ruoli delle autorità religiose e degli anziani (*oday*) del clan spesso ebbero campi di sovrapposizione così stretti che l'Islam è come incorporato nella struttura clanica (Lewis,1983[1961]), nel senso che non si può parlare di organizzazione sociale senza parlare di Islam tanto in epoca pre- quanto in epoca post-coloniale (Le Sage, 2001).

Nel secondo capitolo abbiamo visto come la Shari'a, in Somalia, rappresentata dalla scuola legale Shafii, sia lo strumento legislativo supremo, anche se opera in combinazione con la tradizione consuetudinaria. Non si conosce con precisione l'origine della diffusione dell'Islam in Somalia: alcuni la fanno risalire ai primi seguaci del Profeta Maometto perseguitati in fuga dalla Mecca (*Hijra*), altri la collocano sicuramente tra il IX e il XIII secolo, attribuendola al contatto con i mercanti arabi che si stabilirono lungo le coste somale (Samatar, 1993, Lewis, 1998, Cerulli, 1957-59). A Zeila, nella regione dell'Awdal (Somaliland), sembra siano ancora presenti alcuni resti in rovina di una delle più antiche moschee somale, con *mihrab* rivolto verso Gerusalemme. La Somalia è un paese a totalità musulmana sunnita, presente in un percentuale tra il 99% e il 100%. La diffusione dell'Islam e dell'"Islam somalo" ha dovuto molto allo sviluppo delle confraternite (*jama'a*) Sufi dei vari ordini (*tariqa*, la "via", il "percorso") presenti in Somalia, principalmente *Qaadiiriya*, *Ahmadiya* e *Saalihiya*. Il sufismo ben si adatta, secondo Lewis, all'organizzazione sociale somala poiché permette di "sacralizzare" la società ai vari livelli di segmentazione canonizzando i loro antenati come "santi" (Lewis,1998). Il misticismo e l'interpretazione Sufi sono alla base dell'Islam tradizionale somalo radicato in gran parte del Paese, che però si vede minacciato, quando non apertamente combattuto, dal processo di "re-islamizzazione" messo in atto dai paesi arabi negli ultimi trent'anni (Declich, 2000). Francesca Declich ricorda come nelle moschee di Mogadiscio i sermoni dei muezzin, entro questa traiettoria di re-islamizzazione, diffondessero messaggi di disprezzo verso alcune pratiche Sufi (2000, p.296). Almeno dal 2010 sono giunte le notizie e le immagini di gruppi fondamentalisti (in particolare Al-Shabaab) che nel sud hanno, ripetutamente, devastato le tombe d'importanti santi Sufi e altri alti clerici, in azioni simili a quelle compiute recentemente dal gruppo fondamentalista Ansar Dine in Mali, a Timbuktu. Secondo Declich, inoltre, le pratiche religiose Sufi in zone rurali del sud della Somalia

hanno permesso alle donne di costruire alcuni ruoli pubblici (i.e. durante la celebrazione rituale *dikri*) che le “ortodosse” pratiche musulmane non avrebbero permesso. Sotto la spinta del riformismo questo spazio sociale è ora, con tutta probabilità, interamente perduto.

La nuova “ortodossia” riformista di stampo wahabita ha guadagnato ampi consensi, in particolare negli anni successivi al crollo del regime, anche grazie agli ingenti investimenti in settori chiave quali l’assistenza ai poveri e l’istruzione. L’“Islam politico” in Somalia emerge tra la fine degli anni ’60 e gli anni ’70 e, dopo il periodo di “soppressione” sotto Siyad Barre, ha la possibilità di guadagnare spazio politico e militare negli anni ’90 soprattutto con il gruppo Al-Ittihad Al-Islamiyya, e negli anni 2000, con modalità e agende differenti tra loro, attraverso l’Unione delle Corti Islamiche e i gruppi fondamentalisti Al-Shabaab e Hizbul Islam. Questi movimenti sono attivi, dal 2006 in particolare, soprattutto al sud, ma è evidente che i territori di Somaliland e Puntland sono politicamente coinvolti, a vari livelli, in tali dinamiche (Hoene, 2009)<sup>184</sup>

Questa breve contestualizzazione storico-politica serve per riportarci al tema dell’antico radicamento dell’Islam nella vita sociale, giuridica, politica, spirituale, educativa in Somalia (Cfr. anche Cap. 2 e 4). Non stupisce che, qui come altrove (Cfr. ad esempio Pouech,1995 per Djibouti, Patel et al.,1995 per lo Zimbabwe; Kortmann,1987 per l’Etiopia, Yousaf,1997 per il Pakistan e Koenig et al., 2001 in generale), la religione sia inscindibile dalla salute e che le persone si rivolgano a guaritori religiosi per migliorare la loro “salute” spirituale, affettiva e fisica. Questo avviene anche nel campo della salute mentale.

### **5.1.1 Lo Sheikh e l’eziologia religiosa**

Un anziano intervistato a Bosaso, per spiegarmi in italiano il significato generale di *waalan*, iniziò con il definire una macro-separazione eziologica:

---

<sup>184</sup> Non è obiettivo di questo lavoro affrontare le complesse dinamiche politiche in atto nel sud del paese, qui sommariamente riportate, per il cui approfondimento si rimanda alle analisi politiche disponibili (Cfr., fra gli altri, Marchal, 2001, 2004; Menkhaus, 2002, 2004, 2008; Holzer,2008; International Crisis Group,2010).

Ci sono due tipi di matti, il matto naturale e il matto diabolico. Nel primo caso si cerca di calmare, gli si dà medicine, tipo calmanti, si dà qualcosa, psicologia, si fa riposare, lo si porta in un altro posto più tranquillo, magari più fresco (...) Nel caso del matto diabolico, è spirituale, i diavoli non li vediamo ma loro vedono noi. Dio ha creato gli uomini e i diavoli. Quando penetra nella persona, non la lascia. Sono indiatolati. Lì si interviene con il Corano, Mingis... (Omar M.I., Bosaso, 14/2/2006)

Questo tipo di distinzione tra cause spirituali (*jiin*, diavolo, malocchio) e naturali (stress, perdita del lavoro, guerra, etc.), oltre che magiche (stregoneria, pozioni), è sicuramente diffusa localmente tra esperti e non esperti, con diversi gradi di differenziazione.

Il doppio binario eziologico non crea necessariamente mondi separati; non a caso il nostro interlocutore fa ricadere sia il matto naturale sia il matto diabolico dentro la categoria unica di *waalan*. Esistono nomi specifici e l'attacco di un *jiin* fa sì che, ad esempio, il nome della "malattia" coincida con quello del *jiin*. Solo dopo che lo *Sheikh* ha identificato il tipo di *jiin*, la famiglia può decidere di usare tale nome (sempre che le venga comunicato<sup>185</sup>), che è ad un tempo l'eziologia e il nome della "malattia", oppure di continuare ad usare *walaan*.

Quando in questo lavoro ci riferiamo a "disagio mentale" parliamo quasi sempre delle forme più gravi, ovvero di *waali*, che è la forma con cui siamo più frequentemente venuti in contatto nei nostri principali punti di osservazione (in primo luogo gli ospedali generali-reparti di salute mentale e le case). Nella quasi totalità dei casi le persone incontrate erano già state da uno *Sheikh* e, spesso, ci sarebbero tornate in seguito, in quanto la risorsa religiosa è la più diffusa e la prima cui le famiglie fanno ricorso.

Precisiamo che per quanto riguarda il campo di saperi e pratiche legati all' guarigione di tipo religiosa, nel nostro contesto di ricerca questi fanno esclusivamente riferimento all'Islam e dunque a guaritori Coranici, ovvero a *sheikh* o *wadaad*, che saranno i protagonisti di questo paragrafo. Tradizionalmente esisteva la distinzione tra uomini di Dio, *wadaad* o *Sheikh* e guerrieri, *waranleh*, (Lewis, 2002, p.15), distinzione

---

<sup>185</sup> In un lavoro di approfondimento svolto nel 2006 ho analizzato 27 schede "di diagnosi familiare" (Cf. Appendice) di altrettante famiglie. In 8 di queste ho indicato un ricorso al guaritore Coranico e, tra queste, solo in un caso era riportato anche il nome del tipo di *jiin*, che nella fattispecie era più di uno: *ilcayn*; *ilinsi*; *umulsabyan*. Negli altri casi o la famiglia non ne ricordava il nome oppure riferiva che non le era stato mai detto. Nella maggioranza dei casi le famiglie, a parte la categoria *ilcayn*, nominano genericamente la presenza di *jiin* salvo spiegarne le caratteristiche che manifesta.

che oggi è andata svuotandosi di senso. Gli uomini di fede però acquisiscono ancora maggiore purezza, se vogliamo, nel momento in cui è la guerra civile, sporca, a prendere la scena. Non a caso lo Sheikh del centro “Xeerta” del campo di Dagahaley a Dadaab, parlando dei giovani nati nel campo che assieme a lui pregano il giovedì in un rituale collettivo, tiene a sottolineare:

loro sono puri, sono puliti perché non contaminati dalla guerra, non hanno combattuto, studiano e stanno al centro, per questo le loro preghiere sono molto importanti (Dagahaley- Dadaab, 15/7/2010)

Le altre forme di guarigione non biomediche e non religiose saranno chiamate per comodità “tradizionali”. Questa “classificazione” è ampiamente diffusa in letteratura e ha una sua consistenza logica anche nella realtà locale, dove questo tipo di pratiche occupano gradini gerarchici differenti rispetto, soprattutto, alla guarigione religiosa. Ciò non toglie che nelle pratiche tradizionali confluiscono elementi islamici (anche importanti) o che le pratiche terapeutiche “religiose” incontrino elementi di altre pratiche. Per quanto riguarda il nome comune usato per identificare il guaritore, facciamo notare che nella realtà locale è prevalente quello di *sheikh* rispetto a *wadaad*. Sebbene alcuni li usino come sinonimi, *sheikh* è titolo che rimanda immediatamente ad una maggiore importanza sociale. In primo luogo perché, storicamente, ad esso si attribuisce l'erudizione maggiore e la maggiore conoscenza del Corano rispetto a *wadaad* (Lewis, 1998), e inoltre perché *wadaad* è maggiormente legato ad un'idea “tradizionale” di Islam, più vicino ai costumi locali che alla grande famiglia araba, e per alcuni l'uso distinto dei due termini può ripercorrere la presa di distanza da pratiche mistiche Sufi che sempre più, nel processo di arabizzazione locale, vengono ritenute lontane dall'ortodossia religiosa fino ad essere accomunate con pratiche, come lo *zaar*, che sono pre-islamiche.

A rigor di logica si può presupporre che dallo *sheikh* si va per espellere il *jiin* che è entrato nella persona e in ospedale per curare le cause “naturali”, sempre invisibili ma non “spirituali”. Semplificando, possiamo immaginare che nella cassetta degli attrezzi del medico non ci sia il Corano e in quella dello *sheikh* non ci siano gli psicofarmaci.

Le persone però frequentano entrambi i luoghi di guarigione<sup>186</sup>, quindi la questione

---

<sup>186</sup> Ci riferiamo qui per semplicità al campo della biomedicina e a quello religioso, ma è chiaro che le traiettorie delle persone possono anche passare per altri campi terapeutici tra quelli a disposizione.

si complica aprendo il campo a varie possibilità:

- (i) siamo in presenza di eziologie “molteplici” che agiscono contemporaneamente nella stessa persona;
- (ii) un evento o una serie di eventi *naturali* hanno facilitato un’intromissione *spirituale* malefica, o viceversa;
- (iii) l’esito terapeutico di questo o quel trattamento non si è dimostrato efficace e si cerca soluzione altrove;
- (iv) viene messa in dubbio la presunta eziologia identificata inizialmente o non si accetta una costruzione eziologica diversa da quella in cui si crede;
- (v) guarigione e sofferenza si alternano con continuità;
- (vi) si sono incontrati solo ciarlatani.

Queste sono solo alcune delle possibilità, sarà il caso specifico a indicare quali tra queste o altre traiettorie saranno da considerarsi. Dal punto di vista della persona che soffre, e della famiglia, questi mondi non sono separati perché, pur diversi, coabitano lo spazio di malattia del soggetto così come lo spazio terapeutico. Al livello dei discorsi, i confini tra il campo del sapere teologico e terapeutico-religioso da un lato e quello del sapere secolare e terapeutico-biomedico dall’altro sono marcati. Al livello delle pratiche, gli spazi per le concessioni aumentano, si può chiudere un occhio, lasciare fare, incorporare nella propria cassetta degli attrezzi qualcosa delle cassette altrui.

Vediamo ora di delimitare il campo d’azione e i contenuti delle cassette degli attrezzi locali dei guaritori coranici, partendo dalle parole di uno di loro, Sheikh Aden, incontrato nel suo centro “Daarul Shifa” di Hargeisa nel 2009:

**Sh. Aden.** Prima di tutto i pazienti sono di solito due, uno ha un problema mentale e può essere trattato da un dottore... qualsiasi cosa gli capiti, follia o altri tipi di disturbi, diciamo “dhibir” [da “dhib”, problema, difficoltà, crisi]. Ogni altro disturbo è causato dal mondo dei jiin [calam al jiin] ed è causato dai jiin e noi trattiamo tutti questi... questo [luogo] è “cilaaj” [nome di origine araba che significa cura] non un ospedale ...cioè questo centro è solo per cura tradizionale [qui s’intende in particolare l’uso di erbe] e coranica. Ora ci sono in questo centro più di 100 pazienti... e tutti loro sono con jiin, nessuno di loro ha un disturbo mentale... e se troviamo qualcuno che è mentale lo spediamo direttamente all’ospedale mentale....

**Io.** Che tipo di jiin entrano nelle persone, perché?

**Sh.Aden.** La maggior parte dei nostri dottori sanno come curare le malattie generali come il diabete, gastrite, ma non hanno nessuna conoscenza dei jiin e non sanno come trattare o curare queste persone che sono colpite dal jiin.....questi medici possono dire che lui o lei è negativo [che non ha il jiin] anche se le loro condizioni sono molto serie [se la persona sta molto male]...ma magari quando gli leggi sopra il Corano sta meglio e può camminare ancora... perché è causato da ~~un~~ jiin che sono nemici dei musulmani (...)

I jiin sono divisi in tre parti:

- uno è "ilcayn"[simile al malocchio, da "il", che significa occhio] che è causato da felicità, spavento, amore, rabbia... il jiin si prende la persona... dice "io sono..." e così via
- il secondo è "sixir"[stregoneria, sortilegio, magia], questo è fatto da "sixir" con l'aiuto del diavolo [sheydaan];
- il terzo è proprio "jiin" che direttamente entra dentro la gente, per esempio quando le persone corrono e distruggono le proprietà del jiin perché noi non possiamo vedere il jiin.

**Io.** Quindi trattate tutti questi tipi di jiin in questo centro?

**Sh.Aden.** In questo cilaaj curiamo questi tre tipi di jiin che sono ilcayn, sixir e jiin. (Sheikh Aden, Hargeisa, 02/04/2009)

Secondo la tradizione islamica i jiin sono spiriti del mondo invisibile, abitato anche da demoni e angeli. Esistono sia jiin benigni, sia maligni, e ne esistono anche di non musulmani, ad esempio cristiani. Come ci viene spiegato in più occasioni, sono organizzati tanto quanto gli esseri umani, nel senso che hanno relazioni tra di loro, si sposano, fanno commercio, hanno le loro case, ci sono "capi famiglia" e così via. Frequentano spesso zone vuote, abbandonate, cimiteri, di giorno stanno all'ombra oppure sottoterra, è facile trovarli vicino all'acqua e anche dove si annida la spazzatura, possono entrare anche nei sogni. Sono invisibili ma abitano il mondo degli umani, con la particolarità che *loro* possono vedere *noi* e *noi* non possiamo vedere *loro*. Non sono "perfetti"; infatti sono consapevoli del fatto che gli umani sanno della loro esistenza ma non sono consapevoli del fatto che non li possono vedere. Per questo motivo spesso si trovano a difendersi da "inconsapevoli" attacchi, ad esempio se viene fatto loro del male, o ad un loro familiare, calpestandoli accidentalmente, oppure profanando un luogo dove si trovano. Come gli uomini, alcuni sono dotti e conoscono bene il Corano, tanto da poterne ripetere i versi, ad esempio quando il testo del Libro è usato contro di loro. Come ricorda Lewis,

sebbene siano musulmani, sono contro Dio e cercano di sovvertirne l'ordine morale (...)



Dio li può controllare, come ogni altra creatura. Queste contraddizioni in qualche modo riflettono il carattere ambiguo della divinità contemporaneamente fonte di benedizione e sofferenza (...) Di coloro che si dice siano dotti musulmani a volte si dice siano mandati da Dio, sebbene questa non sia assolutamente la visione accettata. (...) Sono attribuiti al Diavolo e visti come suoi agenti o soldati, a pari rango con gli angeli che eseguono i comandi di Dio (Lewis,1998,pp.110-111).

Così nella perpetua lotta tra il bene e il male, tra il giusto e lo sbagliato, le forze della luce e dell'oscurità, *“questi spiriti sono dotati d'invidia e avarizia, e la corrispondente malizia, che sono parte dell'esperienza umana e di cui essi servono come oggettivazione”* (ibid.,p.111). Inoltre pare abbiano una “indole” capricciosa e che si muovano arbitrariamente, senza alcuna connessione con le anime dei defunti o antenati, come avviene in altre culture.

Lo strumento principale utilizzato dallo Sheikh per valutare se un *jiin* è effettivamente entrato nella persona è la lettura del Corano:

Ci sono versetti specifici che vengono letti e in base alla reazione della persona si capisce se sia “indemoniata” oppure no”; inoltre lo Sheikh “ fa sempre una valutazione accurata [anamnesi] prima della lettura del Corano e dell'inizio eventuale della terapia, con domande sulla famiglia, la sua vita, le relazioni (Sheikh Cawil, suo centro di Coranico, Hargeisa, 04/04/09).

Questo serve sia per capire l'entità del problema in sé, sia perché

a volte può capitare che la persona, per motivi.... culturali, non riesca ad esprimere i propri problemi... per esempio problemi familiari.... e quindi si finga indemoniata (ibid.).

Assodata la presenza di un *jiin* questo si qualifica dicendo chi è, come si chiama (nei casi di *ilcayn*, ad esempio, questo potrà essere il nome della donna e dell'uomo innamorato cui è stato spezzato il cuore) e cosa vuole:

puoi parlare direttamente con il *jiin*.... è dentro la persona, entra e parla al suo posto. Il *jiin* parla come stiamo facendo noi adesso... gli fai domande, lui risponde... voglio andare fuori, voglio andare in America... a volte mette delle condizioni, dice cosa vuole... a volte la persona malata parla poi non ricorda cosa ha detto oppure il *jiin* dice informazioni che

la persona non può conoscere (ibid.).

Questo avviene perché il “*jiin controlla la sua mente.... magari fisicamente sta bene ma non vuole studiare, non prega....pensa sempre a qualcosa, il jiin controlla la sua mente*”(ibid.).

Le richieste che il jiin può avanzare sono molteplici: dai cibi (carne o grasso di cammello, più frequentemente capra) alle bevande (*vimto*, coca cola, fanta) ai dolci (*xalwo*<sup>187</sup>) o ai vestiti nuovi. Tutto questo incide sui costi che la famiglia deve sopportare e, come abbiamo rilevato sopra, in tempi di crisi i guaritori cercano di esaudire le richieste al ribasso.

In base all’“anamnesi” effettuata preliminarmente, alle risposte e alle reazioni che la persona avrà di fronte alla lettura di specifici versi del Corano, lo Sheikh sarà in grado di definire la presenza e la tipologia di *jiin*. A questo si aggiungano indici comportamentali che sono presenti nella persona durante la visita, o che vengono elicitati come reazione alla lettura del Corano:

Ha gli occhi rossi, lo sguardo feroce... è una persona altamente irritabile, anche per piccole cose, può anche aggredire, non solo verbalmente... le mani e piedi fanno male, senti un formicolio... soprattutto quelli del lato sinistro (...) solitamente hanno mal di pancia, il vomito (...) mal di testa e l’emicrania è forte soprattutto qua [tocca la parte della fronte] (...) respirano male quando dormono e i denti si “attaccano” [mima un gesto che definirei “digrignare i denti”] non riescono a dormire si svegliano a causa dei sogni... (Sheikh Aden, suo Centro di Guarigione Coranico, 02/04/09 e 06/06/09).

Sheik Dahir, a Bosaso, ci disse che si poteva vedere se in una persona era presente un *jiin* dal pianto: le lacrime, in caso di possessione, sarebbero molto più “secche” e salate e scenderebbero dal lato esterno degli occhi a lato delle guance, non internamente verso il naso come solitamente avviene. Uno Sheikh di Hargeisa, di cui non ricordo il nome, mi disse che si può notare se c’è un *jiin* se la persona, durante le abluzioni, continua a tornare indietro a lavarsi nuovamente perché ha il dubbio di non averlo fatto.

Sopra abbiamo sintetizzato le linee generali seguite dallo Sheikh nella fase d’identificazione del *jiin*, attingendo a frammenti di interviste formali condotte durante

---

<sup>187</sup> Il *vimto* è una popolare bevanda non-alcolica locale a base d’uva, dolcissima. L’*xalwo* è un dolce tipico somalo, molto famoso quello di Kismayo.

la ricerca. Va detto che le parole degli Sheikh intervistati, anche di quanti non inclusi nella breve rassegna, coincidevano con i racconti condivisi informalmente in loco da non religiosi *di professione* e contigui alle descrizioni che riporta Lewis in riferimento agli anni successivi al 1950 (Lewis,1998).

I *jiin*, pur espressione del mondo spirituale, dell'invisibile, abitano dunque il mondo sociale dei vivi e interagiscono con gli umani soprattutto attraverso l'intromissione nella loro vita quando vengono disturbati, ovvero quando il singolo fa esperienza di debolezza morale, quando contravviene a determinate regole sociali e la sua fede vacilla, quando sentimenti e pensieri negativi ne guidano il comportamento, quando il dubbio si installa nella persona come espressione di conflitto tra il bene e il male.

*Ilcayn*, per riprendere le categorie di *jiin* citate da Sheikh Aden, è un esempio molto diffuso e frequentemente riscontrato di intromissione spirituale legata alle relazioni tra le persone. Parliamo di "intromissione" perché il *jiin*, letteralmente, "entra" (*gelid*) nella persona. Nel caso di *ilcayn* la trasmissione avviene, involontariamente, da una persona all'altra, figurativamente attraverso l'occhio (*il*)<sup>188</sup>. Non è un'azione volontaria, come ad esempio quando viene lanciata una fattura o praticato un sortilegio, è piuttosto legata ad una disarmonia sociale allorquando l'invidia verso gli averi, la bellezza o il successo di qualcuno esplose dentro la persona e ne fuoriesce. Per questo di "fronte a una bella ragazza" o a qualcosa che si desidera, bisogna pronunciare "*masha 'Allah*" ("Qualunque sia la volontà di Dio" o "Come Dio vuole"), a titolo protettivo. L'invidia (*xasad*) è forse uno degli esempi più comuni, ma anche l'amore non corrisposto (e la gelosia) oppure la rabbia che si libera nell'arena sociale, magari contravvenendo al rispetto di ruoli e relazioni sociali, sono altrettanto capaci di scatenare questa intromissione spirituale.

Abdulkadir, attualmente "assistente medico" del reparto di Salute Mentale di Bosaso, è l'infermiere, tra quelli che ho conosciuto, che incarna con maggiore dedizione il ruolo del "moderno" professionista sanitario. Sempre pronto a correre e prendere lo stetoscopio da poggiare sopra la casacca in caso di intervista, studia molto e non lascia spazio ad "antropologiche" divagazioni dal linguaggio standard dei manuali medico-

---

<sup>188</sup> Tobie Nathan sulla base del lavoro clinico etnopsichiatrico svolto con pazienti prevalentemente del Maghreb e dell'Africa occidentale e centrale francofona, passa in rassegna vari significati dei *jiin* (2003,pp.154-182). Descrive *el 'ein* ('ein= "occhio") in modo simile, salvo attribuire a "certe" persone la capacità di fare ammalare e salvo individuare l'azione esercitata nell'"attività fisica dell'occhio che emette sostanze", piuttosto che nello sguardo invidioso, che pur non esclude (ibid., pp.168-169).

psichiatrici occidentali. È un ligio musulmano, devoto padre di sei figli (di cui uno morto) avuti con Fadumo, anche lei infermiera e figlia di un medico. Come tutti condivide e conosce a fondo il linguaggio religioso e il mondo spirituale, ma difficilmente durante il suo lavoro esce dai binari del suo ruolo intriso di modernità. Il mio personale desiderio di conoscere questi aspetti del mondo locale, ampiamente condiviso con chi mi stava vicino, non ha mai trovato in lui un interlocutore, purtroppo, per via di questa barriera che era solito erigere per costruire la sua immagine pubblica e il suo rapporto con me. Ciononostante, in un momento d’“intimità”, s’illumina raccontandomi di quando ne fu colpito:

A me è capitato nel 1992...Ero studente a Garowe all’ospedale, c’era una campagna di vaccinazione per la poliomelite e gli studenti facevano i turni e prendevano qualcosa [soldi] quando facevano i turni... Prendevano quattro studenti ogni mese a turno. C’era anche il figlio del governatore del Nugal tra gli studenti. Era arrivato il mio turno, avevo aspettato tanto tempo, e il governatore ordina a quelli dell’ospedale di fare passare suo figlio, mentre toccava a me, io ero pronto... Stavo camminando per la strada e passo davanti ad un *tea shop* in centro a Garowe, il governatore era lì che parlava con degli *elders*. Ero arrabbiato, ero lì fermo di fronte a lui e ho iniziato a parlargli, e lui non si aspettava questo tipo di atteggiamento, si è preso un colpo... e mi diceva “stai calmo, perché sei arrabbiato...?”. Dopo ha contattato l’uomo della lista, quello per i turni ed è andato tutto a posto. Quando ho iniziato la campagna, eravamo in giro per delle visite, il primo giorno, e ad un certo punto la testa ha iniziato ad andare su e giù [mima il gesto un paio di volte] e non riuscivo a fermarla.... non mi faceva male, ma si muoveva su e giù e non potevo smettere. Mi hanno portato in ospedale mi hanno fatto iniezione di Diazepam e poi flebo ma niente... Poi mi hanno portato dal Mullah che mi ha fatto un trattamento coranico. Finito questo, la testa ha iniziato ad andare su e giù meno e poi ha smesso. Allora lui mi ha chiesto “Che cosa hai fatto di sbagliato” quale cosa cattiva hai fatto? C’è una donna? Hai parlato con qualcuno...?” Allora gli ho spiegato e lui ha detto “Ah, non devi parlare mai così ad un *elder*... quello che ti è successo era un “il” venuto dal governatore (Bosaso,17/2/2006)

La frustrazione verso un *modus operandi* abbastanza tipico di chi sta dalla parte del potere locale sfocia in rabbia, che si esprime pubblicamente con modalità affatto inappropriate. Questa forma di subordinazione sociale sperimentata nell’ingiustizia per il sopruso subito viene rimarcata ancora di più attraverso l’intromissione spirituale. La ricostruzione delle parole dello Sheikh – conoscendo l’indole di Abdulkadir che è

estremamente attento al rispetto delle regole sociali – suonano come la “giusta” punizione per l’irriverenza dimostrata. In effetti, solitamente, ci si può aspettare che ad ammalarsi sia la persona che è causa di frustrazione o verso cui è indirizzata la rabbia. In questo caso però il governatore, forse perché troppo potente, forse perché attraverso il passo indietro ha ristabilito l’equilibrio della situazione, non è stato colpito; anzi, ad ammalarsi è stato Abdulkadir, in virtù del suo comportamento irriverente.

Un altro caso tipico è legato all’amore non corrisposto. Ad esempio, seguendo il ragionamento di Mohamud, amico, confidente, ex-operatore sociale del reparto di salute mentale di Bosaso:

la possibilità di prendere ilcayn è alta quando lei<sup>189</sup> ti promette o mostra dei falsi sentimenti... tu ti puoi persuadere che lei ti ama e il tuo jiin anche l’accetta come amica e poi quando lei butta giù tutto, il tuo jiin può facilmente colpirla... non può accettare il suo rifiuto... sta facendo vedere che lei è già parte della mia vita e si è promessa a me... (Mohamud, Bosaso, 11/04/2011).

Mohamud continua spiegando la situazione come se ci fosse un mondo parallelo spirituale che è all’opera:

se tu ami una donna e lei diventa malata per questo... ma non è sempre il cento per cento, a volte capita a volte no, dipende da come costruisci la relazione... normalmente quando due persone diventano amiche, anche la parte interna diventa amica quindi la parte spirituale instaura una relazione. Così noi possiamo rompere la relazione ma a volte non ne abbiamo il potere o non sappiamo nulla di come le due parti spirituali fanno fronte a questa rottura (ibid.)

Abbiamo scritto sopra dell’uso protettivo di espressioni religiose che rimandano al volere di Dio, per proteggere l’oggetto della nostra ammirazione/invidia (i.e. una bella automobile, evitando il rischio che faccia un incidente). Lo stesso avviene in situazioni segnate da forte divario sociale:

Se mangi davanti ad una persona affamata, il tuo cibo non passerà e ti andrà di traverso, si fermerà in mezzo alla gola... se mangi davanti ad una persona che è affamata e lei ti sta

---

<sup>189</sup> Può essere sia un uomo sia una donna. In questo caso il nostro interlocutore, uomo, dà voce alle pene maschili.

guardando, allora devi dire bismilla. [bismi llah ir-rahman ir-rahim; nel nome di Allah, il benefattore, il misericordioso](ibid.).

L'altra tipologia di *jiin* citati da Sheikh Aden è *sixir* che, letteralmente, significa magia, fattura, stregoneria, lanciare una maledizione (*sixirtay*). In questo caso ad agire non è, come in ilcayn, un'intromissione spirituale veicolata tra gli esseri umani in modo involontario; l'azione che produce la possessione da *sixir*, infatti, è volontaria, intenzionale:

solitamente utilizzato da una persona che ne vuole fare innamorare un'altra di sé... viene praticato da un particolare *traditional healer* [in inglese nell'intervista] in grado di fare agire il *Sixir*, che si chiama *sixiroole*... per raggiungere lo scopo legge le parole necessarie dentro l'acqua che poi verrà fatta bere inconsapevolmente dalla vittima o messa nel cibo e nei vestiti che una volta indossati avranno lo stesso effetto, (Sheikh Aden, Hargheisa, 2/4/2009)

*Sixir* è quindi un'azione malefica – in questo senso è realizzata con “l'aiuto del diavolo” – e intenzionale; viene praticata quando si vuole ottenere qualcosa da una persona oppure si vuole farla deliberatamente “*ammalare o addirittura uccidere... la persona può diventare matta*” (ibid.). Per togliere la “fattura”, si ricorre ancora al *Sixir*<sup>190</sup>, ma più frequentemente si usa direttamente il Corano, che viene letto ripetutamente fino a che la magia è allontanata. Questo perché, sull'onda del processo di re-islamizzazione di cui abbiamo parlato, i guaritori che hanno a che fare con pratiche che si ritengono “magiche” e i cui rituali, non-ortodossi, sono visti come costellati di riferimenti pre-islamici, tendono a essere sempre meno frequentati. Inoltre il Corano ha comunque il potere di guarigione su tutti i tipi di *jiin* e in più, secondo alcuni, proprio in virtù della maggiore “rarietà” di *sixiroole*, questi guaritori rischiano di essere più costosi economicamente anche perché sembra che durante il rituale “concedano” di più a *sixir* (ovvero al *jiin* che si manifesta e avanza delle richieste che devono essere esaudite), facendo di conseguenza alzare i prezzi. Quella del costo è una preoccupazione molto sentita e sembra che anche gli Sheikh cerchino di adeguarsi ai tempi di crisi:

prima i Mullah davano di più al *jiin* in cambio, ma ora meno... motivi di soldi... perché

---

<sup>190</sup> Come per *mingis* e altri tipi di *jiin* che hanno un rituale di guarigione apposito il nome è lo stesso per la causa della “malattia”, la malattia in sé e il rituale di guarigione.

più dai ai *jiin*, più loro chiedono e continuano... e poi non tutti possono permettersi di comprare la capra [che viene sacrificata] (Fadumo, Bosaso, 25/01/2006,).

Esistono molti tipi di *jiin* con nomi specifici che identificano il tipo di “attacco”, ovvero il tipo di situazione cui sono legati, anche se, molto spesso, alle famiglie viene genericamente riferita la presenza del “*jiin*”. Di altri tipi di *jiin*, ad esempio quelli della “famiglia” del *mingis*, come *borane e reexaan* [pianta aromatica], *sharax* [interpretazione], si parlerà nel paragrafo 5.2.

### 5.1.2 Identificazione del *jiin*

Se le coordinate generali non cambiano, molto diverse sono state due occasioni in cui mi è capitato di assistere all’inizio di un percorso terapeutico condotto da uno Sheikh, ovvero la fase iniziale di identificazione del tipo di intromissione spirituale.

Il 29 luglio 2004, nel pomeriggio arrivano in ospedale a Bosaso uno Sheikh con quattro aiutanti dal campo *xeerta* della città. La famiglia di H. li aveva contattati per valutare le sue condizioni di salute. Lei era ammessa al reparto di salute mentale da qualche giorno e stava dando dei segni di miglioramento riguardo alla confusione e all’irrequietezza che la contraddistinguevano all’arrivo. La famiglia sospettava che fosse presente un *jiin* e voleva che fosse vista da uno Sheikh. Chiesero quasi timidamente all’infermiere dell’ospedale e a me se fosse possibile che uno Sheikh la vedesse, e se questo non sarebbe stato in conflitto con i trattamenti che stava facendo e che non volevano interrompere, visti gli incoraggianti risultati. Ottenuto l’“assenso” si decise, per non interrompere il percorso in ospedale, di chiedere allo Sheikh di venire al reparto, cosa che avvenne con l’aiuto degli infermieri<sup>191</sup>:

erano stati spostati i letti del reparto in fondo alla stanza assieme alle cassettiere di legno e nascosti dietro il paravento blu, si era creato molto spazio libero. Per terra sistemarono due grandi teli di plastica tradizionali. Alle altre pazienti, solo un paio in quel caldo

---

<sup>191</sup> Quello fu l’unico caso, a nostra conoscenza, di un’investigazione coranica approfondita condotta dentro il reparto, cosa che invece per un periodo di tempo era avvenuta in modo formalizzato all’interno del Mental Hospital di Berbera. Capitò che altri Sheikh vennero a benedire pazienti ma in modo molto meno strutturato. Pare che il direttore dell’ospedale di Bosaso non gradì l’uso che venne fatto del reparto femminile in quell’occasione.

periodo dell'anno, viene detto di spostarsi fuori. Ahmed Shire [una delle guardie del reparto] aveva bruciato incenso nella stanza, e chiuso la porta. Quando arrivano gli sheikh la stanza è ancora avvolta da una nuvola di fumo.(...) sono seduti tutti intorno a H. che volge loro le spalle. Il più anziano detta il tempo delle parole che vengono recitate e cantate, lui intona il primo verso e gli altri seguono e poi ripetono tutti assieme. Intuisco che molto versi sono ripetuti più volte. Due di loro sgranano il rosario [tusbah] mentre cantano e tutti ondeggiando avanti e indietro ritmando con il corpo le vibrazioni che i canti producono. A volte mi sembra che le voci non provengano dalla stanza e sembrano molto più numerose dei religiosi che sono seduti a terra. A un certo punto l'anziano si alza e inizia a parlare con H., le chiede delle cose e lei fatica a rispondere, risponde a monosillabi. Lui insiste e a volte alza la voce e batte le mani forte come a fare destare H. Ad un certo punto si piega e, mentre continua a parlarle e gli altri sheikh seduti pregano a bassa voce con continuità, le prende la testa con la mano e lei inizia a urlare e a dimenarsi; lui insiste e fa come per alzarla con la mano. Lei è rigida e si butta a terra e si dimena; sembra avere dolore e strilla, in mezzo alle urla pare rispondere alle domande dello sheikh... o, insomma, sembra che ci sia un canale di comunicazione aperto in qualche modo.... uno degli aiutanti diventa l'addetto alle vesti che nel dimenarsi le si stavano sollevando, mentre il velo l'aveva già tolto da un pezzo, non me ne ero neanche accorto. Lo Sheikh tira fuori da non so dove una bottiglietta d'acqua e, continuando a parlarle, gliela sputa addosso con ampi spruzzi vaporizzati. Dopo un po' di tempo la tensione diminuisce; ci sono ancora canti e recite del Corano e poi tutto finisce, non saprei neanche bene dire come (dal diario, Bosaso, 29/07/04).

Mi riferirono che H. era stata benedetta e che sì, c'era un *jiin* dentro di lei che si era manifestato allo Sheikh. In seguito la famiglia la portò al campo, ma solo dopo che la ragazza fu dimessa dal reparto.

Cinque anni più tardi ad Hargeisa ero stato colpito dalla storia di Kadhar, un diciannovenne presente nel reparto di salute mentale di Hargeisa. Se ne stava sempre in fondo allo stanzone centrale, accovacciato per terra con una gamba piegata che stringeva con le braccia affossando la testa all'altezza del ginocchio, il quale scompariva dietro la gamba. Non interagiva con le persone attorno a lui e si alzava solo per andare in bagno. Assumeva quella posizione da almeno un anno e mezzo, ovvero da tutto il tempo che all'epoca aveva trascorso in ospedale. Secondo lui il suo problema era la presenza di un *jiin*, *ruuxaan*, mentre secondo la madre era un problema di "nervi" legato ad una precedente caduta, anche perché gli *Sheikh* da cui era stato portato in precedenza avevano escluso la presenza di un *jiin* e avevano consigliato di portarlo in



ospedale. Analizzeremo in dettaglio questi e altri aspetti della biografia di Khadar nell'ultimo paragrafo del presente capitolo. Ora vediamo invece come si è svolto l'incontro con Sheikh Cawil, che era stato contattato dagli operatori dell'ospedale, con il consenso della famiglia, per valutare il caso. In precedenza, durante una delle interviste che feci con lo Sheikh, gliene avevo accennato e rispetto ai molteplici punti di vista circa l'eziologia e il corso della malattia, questi elenca possibili motivi di insuccesso delle terapie:

primo... la scienza è basata sugli esperimenti, l'esperienza... ma c'è qualcosa che non può vedere. Magari leggi Corano nell'acqua e poi la persona sta bene... secondo, Kadhar magari va da uno sheikh che non ha molta conoscenza [*aqool*; qui nel senso di conoscenza del Corano] o non conosce bene la sua condizione[di Kadhar]... magari in Kadhar è la follia che gli fa vedere qualcosa davanti a lui... gli fa credere di avere un *jiin*...(Sheikh Cawil, Hargeisa, 09/04/09)

Circa un mese più tardi partecipo alla visita che Kadhar effettua da Sheikh Cawil. Quest'ultimo ha nel frattempo cambiato sede, se prima ci eravamo visti in una struttura un po' decadente nel caotico centro della città, nella zona del mercato, comodamente seduti a terra sopra dei tappeti, ora ci troviamo in un'altrettanto caotica zona del centro cittadino, ma in una zona di commercio di più alto profilo e la sede si trova al secondo piano di un palazzo relativamente nuovo dove il rapporto degli spazi, gli odori e il mobilio ricorda più quello di un centro medico privato. Successivamente notai l'ombra di vecchi simboli medici sotto la tinteggiatura bianca, e l'assistente conferma che in precedenza quello era uno studio ginecologico. Il clima nel corridoio-stanza d'attesa è rilassato e c'è profumo d'erbe. Il corridoio bianco finisce nell'angolo dove è presente il bancone con le erbe tradizionali che vengono dispensate, che è anche il luogo d'interazione con i pazienti in arrivo. La visita di Kadhar si sviluppò così:

Pagano il ticket... 15.000 scellini [circa 2 dollari e mezzo] e aspettiamo il turno. Siamo io, Hussein [assistente alla ricerca] e Abdulqadir [social worker dell'ospedale]. Oggi Kadhar sembra più pulito del solito... avevamo messo dei cartoni sul sedile posteriore, dato che spesso Khadar aveva vestiti molto sporchi e con notevole odore di urina. Io mi siedo dietro di fianco a lui, assieme ad altro social worker, che sta accanto a me. Nella sala d'attesa si siede prima sulla panca, ma quasi subito si sposta su una sedia che è lì a fianco, assumendo la sua classica postura con gamba alzata e poi si mette a terra. Entriamo e lo sheikh fa le prime investigazioni seduto dietro la scrivania, ponendo domande a Kadhar e

ad Abdulqadir... Sembra di stare in una comune stanza di un medico, piastrelle a terra, bianco predominante, lui non più a terra ma dietro la scrivania, il paziente seduto su una sedia di fronte a lui, i “parenti” su sedie al lato, vicino al muro. Noto che ha ancora i cuscini rossi presenti nel precedente centro coranico; alcuni sono ordinati a terra, uno sulla sedia dello Sheikh. Questi gli chiede di alzare la testa e fa domande che non capisco e non mi vengono tradotte. Ad un certo punto, finita la prima parte di investigazione, più legata alla famiglia e alla conoscenza di Kadhar, della sua storia... si siedono a terra, chiede ai due che sono con me di aiutarlo. Fa stendere Khadar... gli fa stendere le gambe, con un po’ di fatica, e poi chiede di tenere una postura eretta... di stare lungo disteso... dà istruzioni agli altri, Abdulqadir tiene le gambe di Khadar giù e Hussein la testa... Accende il suo strumento elettromagnetico cinese... che sembra un registratore audio, un mangiacassette (lo stesso usato da Sheikh Aden e, credo, dalla maggior parte degli sheikh quaggiù). Più tardi chiedo che cosa sia e mi spiega che si tratta di uno stimolatore muscolare... un elettrostimolatore... Ad un certo punto una voce femminile ha pronunciato parole incomprensibili (in cinese, scoprirò dopo) e chiedo cosa fosse; mi risponde che la voce indicava che le batterie si stavano per scaricare...

Un polo dello strumento lo mette sul polso sinistro e l'altro lo posiziona sulla fronte di Khadar sbattendolo in modo deciso. Dalla forma mi sembra quasi abbia una calamita all'estremità di metallo. Poi lo posizionerà sul collo, dietro, poi ancora in fronte, più volte. Khadar risponde a questo trattamento gemendo un poco... poi sempre più con vigore... emettendo dei suoni che sembrano richiamare dolore fisico... mentre lo Sheikh sta parlando con il jiin che fa agitare in Kadhar... Avevo audio-registrato la seduta e più tardi la riascolto assieme a Hussein che traduce per quel che si riesce (spesso c'è molto rumore di fondo e la registrazione era bassa). Lo Sheikh chiedeva: dove sei? dove sei? cosa vuoi? Ripeteva tutte le domande almeno due volte e alternava tra le domande versi del Corano o invocazioni (come bismillah...). Ad un certo punto dice “ti ordino di lasciare Kadhar” e così via per un po’, con invocazioni e versi del Corano. Poi pare che il jiin si sia tranquillizzato ma non se ne sia andato. A fine seduta mi dice che sì, è presente un jiin, che questi gli dice di non guardare le persone e che dovrebbero ammetterlo al centro per circa un mese e dargli delle medicine che preparano loro (dal diario, Centro guarigione Coranico di Sheikh Cawil, Hargeisa, 12/5/2009).

A fine seduta mi attardo sul balcone del palazzo a guardarmi in giro e noto Kadhar che parlotta con Abdulqadir in un modo che mi pare quasi “normale”. Quando scendo, per la prima volta Kadhar è seduto con la sguardo rivolto verso le persone, la testa sollevata. Francamente vederlo così è stato a dir poco sorprendente.

Rientriamo in ospedale e, commentando la giornata, dice di non avere intenzione di

tornare al centro coranico, cosa che mi lascia decisamente stupito, dato il suo insistere per andarci prima e gli apparenti benefici che l'incontro con lo Sheikh ha portato, almeno alla sua postura. Dice di volere rimanere in ospedale finché non starà bene. Quando lo conobbi, circa un mese prima, ricordo di avere commentato con un operatore il fatto che mi "sembrava" che avesse *voglia di guarire*. Lo stesso commento me lo fecero qualche giorno più tardi due psichiatri inglesi del King's College di Londra che erano in città per gli esami di fine anno di medicina; anche a loro pareva che stesse cambiando qualcosa in quella direzione. A volte però decidere di guarire, se superiamo il paradosso implicito contenuto in questa espressione, non è scelta che si compie con facilità; nell'ultimo paragrafo vedremo alcuni elementi della storia di Kadhar che, probabilmente, bloccano i tentativi di guarigione, condannandolo a reiterare l'esperienza di povertà e alienazione di cui porta il peso in quella testa che non vuole stare dritta.

Vediamo ora più in dettaglio in quali luoghi sono portate le persone in cui un jiin è, o si presume sia, entrato.

### **5.1.3 Luoghi di guarigione (e riposo) coranici**

Il primo guaritore coranico che incontro a Bosaso nel 2003 è Sheikh Dahir, che mi accoglie in uno spazio adiacente alla grande moschea sotto la sua gestione, che sembra il bancone di una farmacia o, meglio, di un'erboristeria. Un suo giovane aiutante ci fa sedere e mentre noi chiacchieriamo si prodiga a consegnare rimedi officinali a persone che vanno e vengono. Come lui molti Sheikh (in maniera assai simile al nord, al centro-sud o nei campi per rifugiati) hanno uno spazio ad hoc, dove vengono venduti i preparati con erbe locali (*dawo-somali*) che sono prescritti dallo Sheikh direttamente al bancone o, a seconda del tipo di problema e della gravità, successivamente ad una visita. Dietro al bancone di legno sono riposti barattoli di vetro e plastica con polveri, radici e piante che sono mescolate e utilizzate con sapienza. Sheikh Cawil, guaritore coranico incontrato ad Hargeisa sei anni più tardi, ci spiega l'importanza delle erbe:

non solo usiamo il Corano ma anche le piante... ora molte medicine vengono dagli Stati Uniti ma in realtà vengono da piante che abbiamo qua in Hargeisa.....(...) anche l'origine di questo viene dal Corano, anche il miele è scritto nel Corano che cura i pazienti e ora diventa una verità ma era già scritto nel Corano. Per ogni malattia c'è una cura, molti di

loro [i medici] non lo sanno... io sono vecchio e ho lavorato e studiato una vita, ma non sono diplomato all'Università... magari un medico ha trenta anni e ne ha passati quattro in università... il dottore conosce solo una parte del problema (...) All'origine della tradizione c'è un uomo che scrisse un libro sulle medicine e tradotto in molte lingue, si chiama... lo studiano anche all'università... tutto viene dall'Islam, il Corano... le piante tradizionali non hanno side-effect [in inglese durante l'intervista] se le dai non hanno side-effect, ma la medicina a volte sì... (Sheikh Cawil, centro di guarigione coranico in Hargeisa, 9/4/2009).

Sebbene vengano usate quasi esclusivamente le piante tradizionali, in alcuni casi ho scorto tra i bancali anche delle confezioni di vitamine o ferro, facilmente riconoscibili vista l'alta diffusione che hanno ovunque in città e la facilità con cui venivano inserite in qualsiasi prescrizione medica o di farmacista e, probabilmente in maniera più sporadica, anche da qualche Sheikh.

L'ingresso di tali centri può essere direttamente in strada e rassomigliare a quello di un normale negozio. Se, oltre alla vendita di erbe, viene effettuata una pratica terapeutica, dietro l'ingresso solitamente si sviluppano una o più stanze usate per le visite. Nei centri più grandi, dove le persone rimangono a dormire, a volte può sembrare di entrare in una normale casa e, in particolare per i centri più recenti, la struttura è effettivamente la stessa. Esternamente possono essere presenti o meno insegne che indicano il tipo di struttura e di trattamento ivi fornito, come nei seguenti due esempi:

“Sh Khadar Sh. Ismail  
Rugta dabiibka ee  
AL RAXMA”

La scritta, tradotta anche in arabo, significa “Centro medico [*dabiib-ka= dottore*] AL RAXMA di Sheikh Khadar Sheikh Ismail”. “AL RAXMA”, qui usato come nome proprio del centro si riferisce al primo dei novantanove attributi divini di Allah, “AR-RAHMAN”, il clemente, il benefattore, il compassionevole. Un'altra insegna riporta:

“Daweynta Cudurada Maskaxda Ee  
ABYAN  
Quraanka iyo Sunaha Nabiga”

Il cui significato è all'incirca “Medicamenti [dawo=medicine] per la malattia [cudur] mentale [maskax= cervello] ABYAN attraverso Corano e Sunnah”. “ABYAN” che, come AL RAXMA, è il nome del centro, significa all'incirca “completo, completato”.

Altre insegne, come ad esempio quella del centro di Sheikh Aden sopra intervistato, riportano semplicemente il nome dello Sheikh che ivi pratica e un più generico “centro Shifo”, dove quest'ultima parola è un'espressione di origine araba usata per augurare buona salute. Seguono sempre almeno due numeri di telefono (espressione dei diversi fornitori di servizi telefonici presenti) e in alcuni casi le insegne sono abbellite da disegni, come è tradizione in qualsiasi esercizio pubblico o privato, che raffigurano il Libro, oppure delle piante o “divieti” (i.e. un mazzetto di Qaat o un'arma segnati con una croce), a seconda dei gusti e del messaggio che si vuole veicolare.

In quasi tutti i centri il primo impatto è con il bancone dell'erboristeria:

L'ingresso è quello di una normale casa, nessun board o scritta all'esterno. All'esterno un fuoristrada e una macchina parcheggiata (usata poi dallo Sheikh per allontanarsi). Appena dentro sulla destra si apre piccolo spazio con bancone e dietro un mobile con prodotti vari di tipo erboristico, preparati artigianalmente. Su un lato si trova appeso un poster con il corpo umano e indicazioni mediche (non mi è possibile vedere di più). A/kadir parla con una persona all'ingresso che lo accompagna sino alla porta dove si trova Sh. A/Kadir. Il cortile interno è silenzioso, piccolo e in penombra, con donne in attesa. Nessun segno di agitazione tra le persone in attesa. Regna una certa calma d'insieme. Il colore predominante è l'azzurro-blu. Mi colpisce l'impatto iniziale delle persone in attesa, tutte donne (6-7)... poi entrano in scena anche degli uomini, tutti di mezza età e un anziano, che deve avere appena terminato una consulta o l'acquisto di un medicinale, dato che esce con un sacchettino contenente polvere di qualche pianta. Sh. A/Kadir esce da una stanza (apparentemente quella delle consulte) e si muove verso l'uscita (dal diario; note dopo la visita al Centro Coranico di Sheikh Abdulkadir, Hargeisa, area “26 Giugno”, 24/3/2009).

L'“erboristeria” è dunque il luogo attraverso cui il centro s'interfaccia con il pubblico e attraverso cui le persone accedono, eventualmente, allo Sheikh e alle visite che si svolgono all'interno o anche in altri luoghi. Spesso lo spazio di un luogo di guarigione (indipendentemente dal fatto che sia un centro coranico o un ospedale) è segnato dalla presenza fisica di sofferenti e i loro familiari anche all'esterno, rendendolo riconoscibile. L'attesa all'esterno avviene prima di accedere al centro, oppure dopo, conversando con altre famiglie, oppure quando non si riesce ad entrare, cosicché spesso

si attende che lo Sheikh o il medico escano per provare a fermarli direttamente in strada e strappargli un appuntamento:

Lasciamo la macchina poco lontana dall'ingresso, che è presieduto da 3 giovani uomini seduti sui gradini e in piedi vicino alla porta a regolare le entrate ed uscite dall'abitazione. La strada è in discesa e proseguendo lungo il declivio per una ventina di metri si trova un albero con un piccolo spiazzo naturale alla sua ombra. Lì sono sedute, apparentemente in attesa, alcune donne (5-6) intorno ad un uomo sdraiato a terra, adagiato su un materasso (così mi pare) e coperto da un lenzuolo. L'impressione è quella dei familiari che accompagnano l'uomo per la visita.

L'atmosfera sotto l'albero è tranquilla (si capisce che la situazione del familiare è seria, ma non è agitata), mentre all'ingresso del centro è un po' più movimentata. Arriva veloce un paziente, forse appena uscito, leggermente alterato, che viene fatto allontanare senza troppi clamori.(...) Quando lo Sheikh esce dall'ingresso e si dirige verso una macchina posteggiata appena fuori, davanti la nostra, una donna del gruppo dell'albero si poggia su una mano e si tira in piedi. Solleva i suoi vestiti con una mano per non inciampare e tiene l'altro braccio dritto a controllare il velo e parte alla rincorsa dello sheikh con la classica andatura femminile, di corsa. Nonostante avessimo bloccato lo Sheikh fuori dall'uscio per prendere un appuntamento, facendogli perdere un po' di tempo, tutto fu così veloce che la donna non riuscì ad arrivare in tempo. Erano appostati sotto l'albero sperando di poterlo bloccare e fargli vedere il parente lì fuori (dal diario; note su tentativo di appuntamento, mai riuscito, con lo Sheikh del centro ABYAN, Hargeisa, area "xero Awr", 24/03/2009).

Se lo Sheikh non è chiamato a casa, i modi per contattarlo sono principalmente due: chiamarlo al telefono o passare direttamente al centro o in moschea. Il più delle volte verrà detto di passare direttamente nella struttura dove vengono eseguite le visite e lì, a seconda della fortuna, si potrà prendere un appuntamento, essere visitati subito oppure non trovare lo Sheikh ed essere costretti a ritornare più volte. Se questo vale per le strutture sopra menzionate, più o meno la stessa procedura pare essere adottata nei campi coranici degli ordini Sufi (*dariiqada Xerta*), che sono luoghi di preghiera e di formazione permanente dove oltre allo Shiekh principale sono presenti apprendisti in numero variabile. In alcuni di questi luoghi le donne non possono entrare e il contatto avviene sull' "uscio" del centro; in alternativa, spesso, lo Sheikh o un apprendista va a visitare la persona preventivamente, prima di decidere se ammetterla al campo per esorcizzare la presenza del jiin attraverso un percorso di guarigione che implica la

presenza del malato direttamente al campo per un periodo variabile – da qualche giorno a qualche mese – con relativi costi.

La durata del percorso di guarigione varia in base alla gravità della situazione e ad altre condizioni materiali, come ad esempio la lontananza da casa della famiglia (i.e. se sono venuti da fuori per la consulta) e le possibilità economiche per fare fronte al processo (permanenza nella struttura, cibo e costi accessori per la persona/*jiin*, costo delle erbe/medicine, costo del trattamento). Dopo la fase d'investigazione iniziale, la permanenza all'interno del campo permette di:

- praticare i rituali di guarigione, nelle modalità previste dal caso;
- garantire che la persona assolva ai doveri religiosi con continuità (in primis la preghiera);
- controllare il regime alimentare ed evitare che usi sostanze proibite o dannose (alcol, *qaat*);
- somministrare le piante medicinali e verificarne l'effetto;
- garantire che il paziente sia protetto in senso spirituale e usufruisca della benedizione;
- garantire che riposi al sicuro dalla tentazione della fuga.

Il tipo di pratiche che portano all'abbandono del corpo del sofferente da parte del *jiin* varia a seconda dei casi. Sheikh Cawil ne sintetizza alcune:

Sono diverse.. leggiamo il Corano sempre e preghiamo... a volte usiamo delle cuffie oppure gli altoparlanti per diffondere il Corano nella stanza.... a volte si usano injection [in inglese nell'intervista], si usa l'acqua ["cashar", acqua sacra, benedetta attraverso la lettura del Corano] la bevono, si lavano con quella... dipende dalla situazione del paziente... per esempio si dà un misto di piante diverse oppure una sola, non sempre, dipende... magari il paziente deve riposare, fare esercizi... tutte queste cose (Sheikh Cawil, Hargeisa, 09/04/09)

È inoltre prevista la preparazione di amuleti (*xirsi*) che vengono fatti indossare durante la permanenza oppure all'uscita dal centro per proteggere la persona da attacchi malefici. L'obiettivo finale è quello di cacciare il *jiin*, che spesso viene fatto uscire dal corpo della persona attraverso il mignolo della mano sinistra, ovvero quella ritenuta più

impura perché usata, ad esempio, per l'igiene personale e non usata per mangiare. Lo Sheikh può premere forte il mignolo della mano sinistra nel momento in cui il jiin sta uscendo provocando anche dolore nel sofferente, segnale che il jiin sta passando di lì, lasciandolo una volta per tutte. Il fatto di *cacciare* il jiin distingue nettamente, come vedremo dopo, i rituali coranici da quelli *mingis*; in questi ultimi, infatti, il guaritore invita il jiin ad abbandonare il corpo, più che scacciarlo, ovvero attiva un procedimento di mediazione e negoziazione con il jiin che è estraneo alla pratica del guaritore coranico, il quale non negozia con il jiin e lo caccia dalla persona.

Queste pratiche possono talvolta virare verso eccessi ritenuti da alcuni al limite dell'abuso. Come ricordato in precedenza, GAVO ha sollevato il tema dei diritti umani dei sofferenti mentali che in alcune occasioni sono stati vittime di abusi fisici da parte di Sheikh o sedicenti tali. Per esempio, seppure sia un argomento molto delicato, è risaputo che alcuni Sheikh usino dei fuscilli o piccoli bastoni per accompagnare i gesti di cacciata dei jiin. C'è chi li usa in maniera simbolica (il jiin va cacciato e lo si può fare appunto "spaventandolo" o anche "battendolo") e chi invece li usa con eccessivo vigore, come nel caso del guaritore di una ragazza arrivata al reparto di salute mentale di Hargeisa con parecchi lividi sulle braccia e sulle spalle, che pare fossero stati provocati da tali pratiche. I megafoni per "sparare" ad alto volume i versi del Corano oppure le cuffie – ci viene riferito – a volte vengono usati a volumi talmente alti da rischiare di provocare lesioni. Al netto di queste accuse, le pratiche di guarigione avvengono in un luogo che si vuole favorevole alla guarigione e sostenuto dalla benedizione di Dio. La presenza dello Sheikh e degli assistenti, uomini di fede e non di guerra, non contaminati, garantisce la necessaria purezza e protezione, tutelata altresì dall'assolvimento dei rituali religiosi e dalla benedizione ricevuta.

Nei centri coranici che ho avuto modo di visitare<sup>192</sup>, oltre alla zona d'interfaccia con il pubblico rappresentata dall'erboristeria, è sempre presente la stanza dello Sheikh, quella dove solitamente si svolgono le visite e le preghiere rituali con il sofferente. Queste stanze sono relativamente disadorne: gli unici oggetti sempre presenti sono quadri appesi al muro contenenti il nome di Allah, gli attributi divini e versi di benedizione del Corano, tutti facilmente reperibili al mercato. Altri oggetti e raffigurazioni eventualmente presenti alle pareti attingono dall'immaginario religioso islamico e medico-arabo. Spesso sono presenti poster o fotografie della Mecca, oppure

---

<sup>192</sup> Non abbiamo mai avuto modo di visitare l'interno dei "campi" coranici in città o in zone rurali. Ci limitiamo dunque a riportare le osservazioni dei "centri" coranici in città.



carte mediche arabe con raffigurazioni del corpo umano, oppure le “prescrizioni di grazia”, la creazione, oppure le “essenze” del corpo e le piante medicinali, mentre i tendaggi sono sempre molto abbondanti per proteggere dal sole che entra dalle finestre, così come non mancano i tradizionali teli di plastica somali sul pavimento. Il resto varia molto in base all’immagine pubblica che lo Sheikh vuole trasmettere e in base agli strumenti che utilizza nella pratica terapeutica.

Sheikh Jabriil, ad esempio, oltre al Corano ostenta simboli della modernità quali computer (ha un portatile sulla scrivania e un computer tipo desktop), stampanti e addirittura un laminatore con cui non esiterà a stampare e plastificare il suo biglietto da visita in due formati differenti. Le confezioni di cartone di questi strumenti elettronici sono conservate in bella mostra nello scaffale al suo fianco, evidentemente vuote e abbandonate da tempo. Al muro ha fatto dipingere erbe e piante locali, oltre a bocce e alambicchi che richiamano il mondo dell’alchimia e dell’erboristeria, suo campo d’azione privilegiato. Nella struttura vicino al mercato, Sheikh Cawil ci accoglie seduto su cuscini rossi appoggiati al pavimento sopra teli di plastica, e null’altro sembra esserci nella stanza a parte fogli sparsi su una scrivania. Gli stessi cuscini li porterà con sé nella nuova struttura, anche se l’accoglienza in quel caso avverrà dietro una scrivania comprata da un rivenditore in città, come tante se ne vedono in comuni uffici, con il Corano sul tavolo e, su un’altra scrivania, barattoli erboristici, la macchina per l’elettro-stimolazione e tanti fogli di carta usati. Sheikh Aden ci accoglie in una piccola stanza in cui una pila di tre cuscini rossi con relativo schienale ci segnala subito il suo ruolo, e costringe i presenti seduti sul telo di plastica a terra a guardarlo dal basso all’alto. Anche lui tiene in bella vista su una scrivania lo stimolatore elettronico, oltre ad un computer portatile, dei fiori di plastica e tanta carta e bigliettini usati.

Le stanze all’interno delle quali vivono i sofferenti durante la permanenza nei centri sono assai simili a quelle dei centri privati o pubblici di salute mentale. Non sono delle vere e proprie camere, piuttosto sono grandi stanzoni in cui tutti dormono a terra sopra i propri teli di plastica, oppure sono delle piccole “celle” aperte sul cortile interno, simili come struttura alle stanze delle case di medie dimensioni. In alcuni casi invece si tratta di vere e proprie case “moderne”, nel senso che la struttura è quella della casa con muro di cinta esterno, porta d’ingresso di ferro e all’interno la struttura centrale, dove sono ricavate stanze per l’erboristeria, le visite, la cucina e le stanze per dormire. Spesso le stesse identiche strutture sono usate da centri di salute mentale privati, da uffici o scuole.

Ci fermiamo all'ingresso dove è piantata a terra l'insegna del centro di Sheikh Aden. È sulla strada che esce dalla città e porta a Berbera, ci ero già passato più volte in effetti ma non ci avevo prestato attenzione. Dall'esterno la struttura si perde in mezzo ad altri negozi e piccoli luoghi di ritrovo per il tè. Entrando nella struttura piatta, a sinistra c'è la stanza di Sheikh Aden mentre a destra c'è l'erboristeria, che in effetti è la prima cosa che si vede entrando (...) Quando Sheikh Aden chiama il suo assistente per portarci a visitare il centro, non riesco a immaginare dove ci porterà perché entrando non ho notato altre porte o uscite. Ci fa passare dietro al bancone dell'erboristeria, in quel momento in preda al casino più totale, e attraversiamo una porta, da lì in avanti perdo il senso dell'orientamento. Tutto d'un tratto si materializzano persone che camminano, vedo a terra un grosso pentolone con del riso, molto del quale rovesciato a terra vicino a dei piatti riversi... vedo una donna nella penombra che sta lavando delle pentole, si vede pochissimo, non mi pare ci siano finestre e riesco a vedere grazie ad uno spiraglio di luce che entra dalla porta sull'erboristeria. Poco per volta mi abituo ma nel frattempo sento l'attenzione crescere nei miei confronti e uno sferragliare tipico... l'assistente dello Sheikh, contrariamente a quanto avviene di solito, si preoccupa poco del fatto che io possa essere "importunato", nonostante siamo appena passati in mezzo a due che stavano litigando, uno dei due con le mani legate, e questo non so se è un bene o un male... noto che ci sono alcuni leggermente agitati e quel contesto in cui vedo molto poco e devo stare attento a non calpestare qualcuno che dorme o fa le abluzioni a terra non mi rassicura. La sensazione è quella di andare sottoterra anche se in realtà la struttura si sviluppa, non so come, sullo stesso piano. Quando entriamo nella stanza principale dove dormono le persone, mi sembra la struttura di una vecchia palestra, solo cemento e dei pali portanti in mezzo, ai lati due piccole finestre alte e coperte da un telo. L'assistente dello Sheikh ci tiene subito a sottolineare che fra un po' lo ingrandiscono, che tirano giù un muro e amplieranno lì tutto e che lo pittureranno perché i pazienti sono troppi. Ad occhio e croce direi che ce ne sono una quarantina. Non è molto diverso da entrare nel reparto di Hargeisa o al Mental di Berbera, a dire il vero (dal diario, Daruul Shifa – Centro guarigione coranico di Sheikh Aden, Hargeisa, 02/04/09)

Il centro di Sheikh Cawil è in pieno centro città, l'insegna si perde in mezzo al caos dei camion e del via vai incredibile che c'è nella via principale di Hargeisa, poco dopo la zona del mercato. Quando entriamo si apre:

Una struttura parecchio trasandata con un bagno che male si chiudeva sulla sinistra e, sulla destra, quattro celle aperte sul patio centrale. In fondo c'era la stanza d'attesa e

dietro quella dello Sheikh, dove lo abbiamo intervistato in più occasioni. Aspettiamo nel patio seduti su una panca di legno, c'è un fracasso incredibile; oltre al vociare che proviene dalla strada, all'interno dei muratori stanno abbattendo una parete perché, ci spiegherà lo Sheikh, stanno sistemando il posto. Caspico che sarà l'ennesima intervista audio-registrata con rumori di fondo altissimi che mi renderà difficile la sbobinatura....pazienza. (...) È tutto molto semplice, sembra un deposito di persone, non si vede altro a parte le celle. Ci vive un guardiano che tiene sotto controllo la struttura tutto il giorno. In quel momento ci sono solo tre persone nella struttura, per via dei lavori: uno è un ragazzo incatenato, gli altri vanno e vengono. Uno di questi appena mi sente parlare capisce che sono italiano e si siede con me, mi parla di Napoli, dove ha parenti, vuole che li chiami al cellulare, mi fa vedere il numero ma non risponde nessuno. In realtà – mi spiegherà dopo lo Sheikh –aveva cercato di andare all'estero, era stato due anni a Nairobi e sarebbe dovuto andare in Italia, aveva dei contatti a Napoli, ma non è mai riuscito a partire ed è tornato indietro... non stava bene ed è lì al centro per riposare. Anche se il chiasso tremendo della zona e i lavori in corso non mi fanno pensare molto ad un luogo di riposo, percepisco che le tre persone dentro la struttura si sentono al sicuro, protette. Il ragazzo stesso mi dice che la testa parla troppo ed è meglio se ne stia lì per un po' di tempo (dal diario; centro guarigione coranica di Sheikh Cawil, Hargeisa, area del mercato, 04/04/09)

Quelli visitati sono centri esclusivamente maschili, come la maggior parte di tali strutture. In un'occasione però ho avuto modo di andare in un centro femminile, dove avevo saputo essere presente Fadhya una ragazza che avevo conosciuto l'anno precedente nell'Ospedale di Hargeisa.

Non riuscivamo a trovare la struttura, Abdirashid [operatore di GAVO, mio conoscente e accompagnatore in quel frangente] non c'era mai stato, avevamo le indicazioni, avevamo visto il carro armato [residuo bellico presente in una strada di Hargeisa] e ci eravamo passati davanti già quattro volte. Alla fine chiedendo a un certo numero di passanti la troviamo. In effetti non c'era nessun cartello o altro e la casa sembrava giusto una casa... aveva mura bianche ed era una delle tante case indipendenti con mura di cinta della zona, una in fila all'altra. Entriamo chiedendo il permesso allo Sheikh di turno (un assistente) e ci concede di parlare con Fadhya dall'esterno, visto che lei ha una stanza che dà sul muro esterno. L'atmosfera era molto più "serena" di quelle che si respirano nei centri maschili e il livello di pulizia notevolmente migliore: ma "certo, è un centro di donne" mi fanno notare... Non so come fossero sistemate all'interno ma Fadhya aveva una sua stanza, anche se credo fosse l'unica, vista la sua condizione estremamente complessa, mentre le

altre probabilmente dormivano in più d'una per stanza (dal diario, Hargeisa, 09/05/09).

Che siano vere e proprie case (di buona o scarsa fattura) o strutture con celle ad hoc, gli spazi devono permettere il pernottamento, solitamente a terra su stuoie di plastica. Le condizioni più o meno buone della struttura dipendono dal logorio del tempo e dagli investimenti che lo Sheikh effettua, consapevole del fatto che le strutture che si presentano in condizioni migliori sono più costose. Questo vale anche per il resto delle strutture private. Nonostante più volte venga sottolineato che le persone sono tenute ad essere igienicamente pulite, ad un occhio esterno questa non appare una priorità e le condizioni di certe strutture confermano tale impressione. In questo senso non si riscontra molta differenza tra il ricoverato in una struttura e la persona curata a casa, soprattutto per quanto riguarda le strutture più deteriorate, senza dimenticare però che il sovraffollamento degli spazi contribuisce in gran parte al deterioramento dell'ambiente.

## **5.2. Altri attori esperti**

La suddivisione scelta per questo capitolo, come s'intuisce dall'indice, evita di percorrere la strada della dicotomia tradizione-modernità. Innanzitutto perché in generale le dicotomie mi paiono spesso troppo limitanti e poco atte a rendere la complessità delle forze in gioco. Tanto le eziologie sono incerte, negoziabili, ampie e riscrivibili, quanto i luoghi della guarigione lasciano ampi margini per la contaminazione, l'alternanza o la ridefinizione. È certo che questi ultimi sono costruiti e agiscono facendo riferimento a costellazioni di significati e simboli profondamente distanti, a mondi differenti, ma pur in relazione e dentro il cambiamento che attraversa la società. Il primo paragrafo è stato aperto dalla guarigione attraverso l'uso del Corano alla luce dell'importanza che l'Islam riveste nella società, e anche perché rappresenta la forza terapeutica più frequentemente chiamata in causa a dirimere l'incognita e il peso della presunta follia/possessione di *jiin* del proprio caro. È un tipo di guarigione localmente ascritta alla sfera spirituale-religiosa, che si differenzia da *mingis* e da alcune pratiche *daawo-somali* ascritte invece alla sfera "tradizionale". Questo termine è usato localmente anche per segnare e allargare il solco tra pratiche ritenute pre-islamiche e l'Islam in generale, che dunque assurge a riferimento unico e supremo, ma più nello specifico è parte del processo di re-islamizzazione di cui abbiamo parlato, per cui tale solco serve anche a far arretrare in un passato arcaico l'Islam "popolare" più moderato e

quelle influenze mistiche degli ordinamenti Sufi che hanno caratterizzato per secoli la diffusione dell'Islam "somalo". Tali processi sono riscontrabili in altri contesti che subiscono il forte influsso del "purismo" islamico, parte di un processo globale che ha tra gli esiti più diffusi l'erosione della base sociale dell'Islam popolare e il rifiuto di forme locali legate al "passato" (Gardner, 2001), da cui deriva anche "*un antagonismo sia verso le credenze popolari in tema di malattia sia nei confronti dei sistemi tradizionali di cura che le utilizzano*" (Dein et al., 2008, p. 34).

Su un altro versante, i luoghi dove la biomedicina trova il suo palcoscenico e la cassetta degli attrezzi, innanzitutto gli ospedali, sono in media assai distanti dall'immagine che della biomedicina abbiamo in occidente. Non tanto ~~rispetto~~ per una questione estetica quanto sostanziale. La mancanza di personale qualificato, di *tecnologie*, la scarsa considerazione tributata a molti luoghi sanitari dalla comunità locale (per quanto riguarda la salute mentale), l'assenza di politiche sanitarie e di regolamentazione, definiscono un campo dalla bassa influenza *biopolitica* (Foucault, 1976) nel governo della realtà sociale. Non è escluso che queste strutture assumano col tempo una posizione di maggiore peso, ma al momento questo processo non pare essere organicamente attivo. Lo spazio di modernità che la biomedicina fatica concretamente a occupare attraverso i dispositivi di cui si dota (sempre nella sfera della salute mentale) è terreno di conquista per le nuove strutture private di cui si parlerà nel terzo paragrafo. Questi luoghi che si definiscono "moderni" nascono sfruttando, da un lato, il ruolo della diaspora nei territori d'origine e in particolare i recenti movimenti di ritorno e, dall'altro, la propensione somala per il business. La presenza di "medici" somali della diaspora (pur per periodi assai limitati) si combina al forte legame con Sheikh locali e alla dimensione familiare che cercano di ricreare. Ne parleremo nel paragrafo 3; ricordiamo però che stiamo discutendo di processi attualmente in corso, che sono iniziati negli ultimi tre o quattro anni e di cui è prematuro prevedere ~~ora~~ le effettive ricadute e quale strada di "modernità" percorreranno concretamente.

### **5.3 *Mingis* tra Zar e Islam**

Non ricordo se il contatto con "Sheikh" Saeed<sup>193</sup> lo attivai nel 2003 tramite suo

---

<sup>193</sup> Il guaritore, colui che dirige la cerimonia *mingis*, si chiama in realtà *calaqad* ("posseduto professionale"). Nel caso di Saeed mi venne presentato con l'appellativo "Sheikh", in modo malizioso

fratello, che, appena saputo dell'arrivo di un italiano in città, si presentò sotto casa per vendermi delle cernie e altri pesci, oppure grazie ad Abdihakim, cui avevo chiesto di facilitare un incontro nel campo *mingis*, dopo che ne avevo sentito parlare da un paziente dell'Ospedale di Bosaso. Sta di fatto che incontrai più volte Sheikh Saeed a casa, in ospedale, e in due occasioni mi permise di assistere al rituale di guarigione *mingis*.

A Bosaso, dove pare abbia avuto origine, il rituale si svolgeva in un campo IDP alla periferia della città; il campo stesso si chiama “*buulo-mingis*” [“piccolo villaggio-*mingis*”], o semplicemente *mingis*, ed è uno dei più popolosi della città (DRC,2009). Durante il regime di Siyad Barre tali rituali di guarigione furono banditi, perché ritenuti frutto di superstizioni popolari che poco si addicevano al nuovo corso del socialismo scientifico, e chi li praticava lo faceva di notte e fuori città. Prima della guerra Bosaso era un piccolo villaggio e, come capitava in quegli anni, molti suoi abitanti si erano spostati nella città di Mogadiscio. Qui il *mingis* conviveva con altre pratiche rituali di origine pre-islamica, come ad esempio *boorane*, *sharax*, *ayaana* o *rooxaan*. A praticarlo sono soprattutto donne, così come avviene in Etiopia e Sudan. Probabilmente, cercando un modo per re-inventarsi nel suo nuovo ruolo di sfollato interno, Saeed, che come il fratello faceva il pescatore a Mogadiscio, decide di occupare il posto lasciato vuoto da precedenti guaritori *mingis* che erano spariti da Bosaso. Il luogo dove sorge il centro *mingis* rivela subito di quale gradino occupi nella scala gerarchica del potere locale. I campi sfollati alla periferia di Bosaso, come in qualsiasi altra città della Somalia, sono luoghi assai impuri e, tra la copiosa spazzatura che li circonda e s'insinua tra le capanne, vivono e proliferano *jiin*. Le persone che vi abitano sono scappate dalla guerra e non hanno alcun legame clanico con la terra che occupano, perciò sono in posizione di debolezza rispetto ai clan locali. Le occupazioni principali degli abitanti dei campi sono quelle di portantini addetti al carico/scarico al porto per gli uomini e il lavoro al mercato per le donne. Sebbene con l'andare del tempo alcuni sino riusciti a fare fruttare delle economie private o a risollevarsi e, ad esempio, a costruirsi una casa in città o a partire, generalmente i campi s'identificano come luoghi economicamente poveri e deprivati e politicamente subordinati rispetto agli abitanti della città, ovvero rispetto ai “ritornati” che contano su legami clanici locali. Sono anche luoghi dove il controllo della polizia è

---

visto il ruolo che ricopriva, anche se poi la sua strada personale andò in quella direzione. Tale qualifica avrebbe fatto storcere il naso, parecchio, se fosse stata pronunciata pubblicamente di fronte ad uno Sheikh “vero”.

meno stringente ma, specularmente, gli abusi della polizia sono più frequenti; si dice siano luoghi in cui pullulano i commerci illeciti così come tutto ciò che è proibito (i.e. prostituzione, contrabbando alcolici) anche perché, in alcuni campi, vi è una presenza maggioritaria di “stranieri”, ovvero etiopi, in particolare di etnia Oromo, in attesa di partire verso lo Yemen o in cerca di guadagni.

Come anticipato nel precedente capitolo, il processo di *arabizzazione* del paese ha portato con sé anche la stigmatizzazione di pratiche che non sono ritenute islamiche e conformi alla nuova ortodossia religiosa. Questo insieme di fattori fa sì che pratiche come il *mingis*, qui come in altre parti della Somalia, pur continuando ad esistere, diventino sempre più marginali. Forse anche questo ha influito sulla scelta di Sheikh Saeed che – qualche anno dopo il nostro primo incontro – in seguito a un pellegrinaggio alla Mecca e dopo un secondo matrimonio, abbandonò i rituali *mingis* per dedicarsi alla guarigione coranica, pratica che ora svolge in città, dove nel frattempo si è trasferito. La gestione dei rituali *mingis* passa dunque nelle mani del fratello, anche se questi dà l'impressione di essere assai meno “ispirato” e dedito rispetto al fratello, per cui è prevedibile un rapido declino di tale pratica.

Secondo Enrico Cerulli (1957-1959) lo *zaar* (da cui il *saar* somalo) deriva dal culto di *waaq*, l'essere supremo, il Dio del Cielo creatore dell'universo dell'antica religione dei cusciti orientali (Somali, Oromo, Saho-Afar e Sidama). La sua diffusione si estende anche oltre le aree cuscitiche del nord-est dell'Africa, in Egitto, Sudan, Oman e anche nell'Hijaz, in Arabia Saudita (Lewis,1998,p.23), e si deve probabilmente all'esportazione di schiavi dall'Etiopia, dove affondano le radici cuscitiche del culto (Cerulli,1957-1959). Alcuni parallelismi tra elementi dello *zaar* e pratiche Sufi sono stati rilevati nel nord-Sudan (Al-Shahi,1985) così come in Somalia, con particolare riguardo al sincretismo evidenziabile nella danza *saar* e nelle celebrazioni rituali *dhikri* (Lewis,1998,p.28; Cfr. anche Declich,2000 per un'analisi dei rituali *dhikri*). Se il termine *zar*<sup>194</sup> si “*riferisce a un insieme di rituali di possessione imparentati, conosciuti e praticati nel Corno d'Africa e nella Penisola Araba*” (Pelizzari,1997,p.7), il *mingis* è, secondo l'autrice, “*l'espressione più significativa della possessione saar in Somalia (...) e la formulazione più completa dei discorsi che implicano le relazioni tra gli spiriti e l'umano*”(Pelizzari,1997, p.153 ). La sua origine autoctona si fa risalire all'area della

---

<sup>194</sup> La “possessione Zar” è indicata nel DSM-IV come una *Culture-Bound-Syndrome* (sindrome legata alla cultura) e caratterizzata da sintomi somatici ed emozionali che includono depressione, apatia, dolore, *movimenti riflessi* e infertilità (APA, 1994)

cosiddetta Migiurtinia (dal nome del sottoclan *Majeerteen* del ramo Harti-Darood) nel nord-est del Paese, e s'individua in particolare nel legame con il Clan Osman Mohamud (Harti Darod; considerati di nobili origini, ora territorialmente legati alla zona di Qardho), che “*tradizionalmente facevano offerte regolari alla memoria del mingis garante della loro supremazia territoriale*” (ibid.,p.154). Gli spiriti *zar*, capricciosi come anche lo sono i *jiin*, formano una sorta di:

Pantheon, organizzato secondo le norme delle società di lignaggio. (...) Sovrannaturali per loro natura, esprimono però la prossimità tra gli spiriti e gli uomini, e la relazione particolare [e ambivalente] che i primi hanno con i secondi” che ne rappresenta una caratteristica fondamentale (ibid.,p.11).

Una differenza chiave rispetto ai rituali di guarigione coranica risiede nel fatto che durante il *mingis* il *jiin* viene maggiormente assecondato, si negozia con esso, e alla fine viene invitato ad andarsene. Si può definire dunque come un rituale che favorisce la discesa degli spiriti, in contrasto con quanto avviene nelle pratiche coraniche, ove non esiste questo livello di mediazione perché il *jiin* va scacciato dal corpo con modalità che sono, in questo senso, simili all'esorcismo cristiano. Si cantano canzoni tramandate oralmente che attingono alla tradizione dello *zaar*, a tradizioni locali e al Corano. Sheik Saeed però tiene a precisare – lo sottolineerà più volte – che usano versi del Corano e le canzoni si rifanno alla tradizione islamica. In realtà non è così<sup>195</sup>, ma queste esternazioni servono a salvaguardare l'immagine del “buon musulmano”, retorica frequentemente usata anche da altri *calaqad* (ibid.,p.185). Da un lato c'è la necessità di guadagnare una difficile legittimazione mostrando la radice islamica del culto. Dall'altro va ricordato che i rapporti sincretici tra le religioni ancestrali e l'Islam si sono sviluppati nei secoli, ed è tipico che “*fenomeni che in precedenza avevano il loro potere in connessione con Waaq ora originino in Allah, come fonte di qualsiasi potere*” e che “*l'intera gerarchia di spiriti legati a Waaq sia stata progressivamente islamizzata*”(Lewis,1998.p.28).

Quando arrivammo nel campo la prima volta, il 20 Ottobre 2003, sotto il consueto sole e la luce accecante, ci portarono in una capanna costruita interamente con piccoli

---

<sup>195</sup> “Le canzoni *mingis* si distinguono per un linguaggio eterogeneo, dove si trovano parole somale alterate e termini d'origine amarica e araba che rendono l'insieme un linguaggio incomprensibile e inaccessibile ai profani” (Pelizzari, 1997,p.168). Alcuni versi tradotti nel testo dalla Pelizzari sottolineano l'autoctonia del *mingis* e lo stretto rapporto tra spiriti e umani, legati al territorio, rievocando una simbologia che difficilmente può essere iscritta in termini prettamente islamici.



rami e arbusti, più alta delle altre, dalla pianta rettangolare, che esternamente non mostrava alcun segno distintivo. Pensavo, così avevo capito, che avremmo fatto un “semplice” incontro, un’intervista con Sheikh Saeed, invece quel giorno si svolgeva un rituale di guarigione per un’anziana donna, cui veniamo inviati ad assistere. La donna, ci spiega Said è l’ultima volta che concede qualche cosa agli spiriti, è già stata trattata molte volte. Incomincia a profumarsi, a passarsi sotto le vesti il turibolo bianco con l’incenso, poi vaga per la stanza e inizia a ballare e saltare, incitata dall’incalzare dei tamburi. È lei che periodicamente, con un gesto delle braccia, allungandole e ritraendole di colpo, interrompe il flusso. Poi nuovamente ripartono le invocazioni di Saeed cui seguono il coro e i tamburi in un incessante fluire di gesti, canti, frenate, preghiere, trasgressioni, tutte sapientemente controllate e gestite da Saeed, che ogni tanto lascia riposare la-paziente. Altri partecipanti entrano ed escono nell’arena, vengono passati profumi sulle mani dei presenti, la paziente accenna a berne un po’ da un flaconcino, mentre il ritmo incalza sempre più sino a quando è come se la donna si lasciasse andare, entra in trance e cambia il registro del rituale, che diventa più intimo; Saeed dialoga con gli spiriti, li invoca, negozia la loro uscita, fino a che questa avviene, accompagnando simbolicamente la donna fuori dal cerchio tra il giubilo dei presenti.

Il rituale attiva dinamiche di guarigione e utilizza risorse terapeutiche che sono molto distanti da quelle usate durante le guarigioni coraniche. Se pure in modo controllato, l’attivazione di energie del corpo femminile e maschile, il loro alternarsi e confondersi, il suono profondo dei tamburi attingono ad un immaginario e a un linguaggio, checché ne dica Sheikh Saeed, lontano dai precetti islamici e dal loro “uso” pubblico, per come lo abbiamo conosciuto in Somalia. Il clima in cui si genera la trance controllata della persona che deve guarire (ma spesso anche degli altri partecipanti) è sapientemente gestito dal guaritore, che sceglie le canzoni più adeguate al momento per dialogare con il *jiin*, decide quando è il momento di incalzare facendo battere forte sui tamburi, caricando la canzone, alzando il ritmo del “gioco”. Nel chiuso della capanna, l’arena in cui si svolge l’atto teatrale-terapeutico è uno spazio dove si “gioca” con gli spiriti, così ne definisce i termini Saeed nel suo ottimo italiano. I quattro tamburi sono suonati da tre uomini e una donna, e saltuariamente Saeed, in momenti di particolare concitazione, s’impadronisce di uno e lo suona alzando ancora di più il livello per poi riconsegnarlo e tornare al centro del circolo. L’azione terapeutica è catartica, il gruppo è la forza dell’azione che muove dal singolo verso il centro dell’arena, anche attraverso diverse trance che si susseguono e sono indirizzate a sostenere la persona sofferente,

grazie alla regia del guaritore che poi la rimanda indietro al gruppo in un'incessante oscillazione sino a quando la persona posseduta che era al centro della terapia, una volta trovata la negoziazione con il *jiin*, viene condotta fuori dal campo dove, simbolicamente accompagnata dal battito di mani del gruppo, viene lasciato uscire il *jiin* che abbandonerà il corpo della persona. Durante il rituale si fa largo uso di incenso che viene bruciato per tutta la sessione, di cibo che in talune occasioni viene mangiato e di profumi che il guaritore versa sopra i polsi di tutti passando tra gli astanti. La donna che deve essere guarita beve qualche sorso di profumo dalle piccole boccette di vetro, “perché c'è alcol”, mi suggeriscono con un sorriso malizioso. Si mangiano e si distribuiscono pop-corn, che poi vengono riposti a terra assieme alla carne di capra cucinata con la cipolla, lasciata a disposizione del *jiin*. Dentro la capanna, dal lato dei tamburi, è appeso un numero cospicuo di teli, un'abbondanza di colori sgargianti che si vedono sempre più raramente usati come abiti. Il rosso è il colore predominante, colore degli spiriti usato perché, secondo alcuni, è un colore che i *jiin* non possono vedere.

Alla fine della cerimonia qualcuno se ne va, altri si siedono e riposano, qualcuno mastica *qaat*, i suonatori di tamburi si accendono una sigaretta, inclusa la donna, con un gesto tanto spontaneo in quel momento di relax, all'interno di quel contesto, quanto totalmente innaturale all'esterno di esso: una trasgressione, in effetti, che vidi replicata in una sola occasione qualche anno più tardi, quando due signore sulla cinquantina, rientrate ad Hargeisa durante l'estate, si accesero una sigaretta nello spazio “semi-protetto” di un ristorante italiano, successivamente fatto chiudere. Terminato il rituale, visitammo brevemente un'altra capanna dove se ne era contemporaneamente svolto un altro, questa volta praticato da una donna, come avviene nella maggior parte dei rituali *mingis* o ispirati allo *zaar*<sup>196</sup>.

### **5.3 Daawo-Somali e erboristeria**

“Daawo”, parola di origine swahili, significa “medicina” e l'espressione “daawo-somali” può essere genericamente tradotta con “medicina dei somali”. Localmente con

---

<sup>196</sup> A Merca nel 2004 ebbi modo di assistere alla rappresentazione del rituale *mingis* a opera di una guaritrice locale, che lo praticava correntemente, assistita dall'anziana madre che le aveva tramandato la conoscenza. Mi confermarono che dalle parti di Merca, anche in passato, erano state sempre guaritrici donne a praticare il *mingis*.

questa espressione si fa riferimento all'uso di piante e preparati che hanno una composizione naturale e che non sono commercializzati dalle industrie farmaceutiche. In questa categoria è si fa rientrare l'uso di piante usate per l'auto-medicazione (in generale, non legata allo specifico campo della salute mentale) sotto forma di infusi, polveri e radici, così come i più complessi preparati erboristici la cui composizione è parte di un sapere tramandato oralmente e la cui preparazione è ad opera di esperti. Come è intuibile, i preparati dispensati dagli Sheikh rientrano in questa macro-categoria in quanto lavorazioni artigianali di piante. Il grado di sovrapposizione tra la sfera "religiosa" e quella "tradizionale", del trattamento e del sapere legato alle proprietà curative delle piante, è elevato. I libri e le conoscenze della medicina araba e della relativa tradizione erboristica sono contaminati da secoli, nella pratica, con le conoscenze locali che usano piante reperibili sia in Somalia, sia nella penisola araba, oltre a piante autoctone somale. Quando una persona riferisce di avere utilizzato *daawo-somali* solitamente fa riferimento all'uso di piante tradizionali "prescritte" al di fuori di una pratica di guarigione religiosa o di una "consulenza" spirituale, e dunque nell'ambito dell'auto-medicazione; la persona riceve i preparati direttamente in qualche "erboristeria" oppure se li procura su consiglio di qualche anziano conoscitore dei rimedi naturali. Spesso però i luoghi di vendita di preparati erboristici possono coincidere con il bancone di un centro coranico; o può capitare che una certa pianta sia richiesta a distanza di tempo per ripetere un trattamento precedentemente prescritto da uno Sheikh. In questo senso è difficile separare con certezza la cosiddetta sfera "religiosa" da quella "tradizionale" quando si tratta dell'uso di erbe.

Se questa contaminazione avviene nella pratica a dimostrazione, se ancora ce ne fosse bisogno, della straordinaria pervasività dell'influenza religiosa in ogni campo del sociale, l'uso di *daawo-somali* dovrebbe (stando alla presunta "originalità" di tale espressione) riferirsi a pratiche legate a conoscenze non religiose, soprattutto attinenti alla tradizione pastorale somala. La pratica più diffusa, e l'unica che abbiamo potuto registrare con chiarezza, è legata alle "bruciature". Questa tecnica è realizzata durante un rituale in cui l'esperto effettua delle piccole bruciature sulla parte di corpo interessata dalla malattia, attraverso l'uso di pezzi di carbone ardente. Questo dovrebbe, pare, facilitare l'"asciugamento" interno di una congestione di acqua o sangue che si presume crei la malattia, e "ucciderebbe" il male interno. Non ci è possibile riferire meglio di questa tecnica e non possiamo escludere che ve ne siano altre che rientrano in tale categoria. Questa in particolare era la più citata ma anche la più evidente, giacché le

bruciature erano spesso visibili sulla fronte, all'altezza delle tempie oppure sulla nuca. Anche in questo caso non si tratta di una tecnica specifica per la malattia mentale, essendo praticata anche in altre parti del corpo per risolvere altri problemi<sup>197</sup>.

#### **5.4 Il *Takhtar*, dal farmacista allo psichiatra**

In questo paragrafo, e in parte in quello successivo, analizzeremo i luoghi terapeutici, e le relative “succursali”, espressioni del campo della biomedicina. La loro cassetta degli attrezzi comprende: l'uso di medicine “non tradizionali”, ovvero di psicofarmaci commercializzati a livello globale, la figura del medico (*takhtar*) nelle sue più varie personificazioni e quella dell'apparato teorico occidentale che è tradotto principalmente nella formulazione di diagnosi psichiatriche. Questa minimale triade biomedica (medico-apparato diagnostico-terapia farmacologica) è espressione di quel “sistema culturale” (Kleinman, 1980) che a seconda dei contesti e dei luoghi è – per citare alcune sue valenze – sinonimo di modernità, strumento al servizio dell'imperialismo culturale e scientifico d'occidente (e dell'espansione coloniale), orizzonte verso cui il resto delle esistenti pratiche deve conformarsi o entro cui annullarsi, formidabile strumento biopolitico (Foucault, 1976), sistema di riconoscimento dello status di “esistenza” per soggetti ridotti a “mera vita fisica” (Fassin, 2005) spogliati di diritti e storia. Generalmente le biomedicine<sup>198</sup>, e le relative tecnologie, sono altamente regolamentate, disciplinate e normate a partire dalla formazione degli esperti (curriculum di studi, praticantato, tirocini, supervisione, conoscenze di base e specialistiche, modalità di trasmissione del sapere scientifico, codice deontologico) sino all'esercizio terapeutico (politiche sanitarie, giurisprudenza della sanità, regolamentazione dei settori pubblico e privato, accesso ai servizi, costi).

##### **5.4.1 Farmacie**

In Somalia come abbiamo visto non esiste nulla di tutto ciò, al di là dei tentativi che

---

<sup>197</sup> L'effetto visivo è simile a quello delle cicatrici lasciate dalla vaccinazione contro il vaiolo in uso in Italia sino al 1975.

<sup>198</sup> Se pure la biomedicina è espressione di un sapere e di un'ideologia dominante occidentale che si fa globale, anche questo “sistema culturale” va letto al plurale viste le diverse espressioni e i diversi pesi che assume in contesti differenti.

alcune amministrazioni hanno annunciato di volere intraprendere. Centinaia di privati operano in cliniche, ospedali, farmacie e chioschi in un sistema “*completamente deregolato e in un vacuum strategico e politico*”(WHO-Emro,2006,p.7). Se una delle funzioni del ministero della Sanità durante il regime di Syad Barre era quella di regolare la pratica medica e farmaceutica, già dalla metà degli anni ‘80 il fragile sistema sanitario, che pur garantiva forme di assistenza di base gratuita alla popolazione, inizia a frammentarsi<sup>199</sup>. Dopo il crollo del regime, ogni forma di gestione e controllo del settore svanisce completamente. L’assenza di regole in generale, e nel settore farmaceutico in particolare, è, secondo diversi rapporti (WHO,2010; Qayad, 2007; Pavignani, 2012), il più serio problema che il sistema sanitario somalo deve affrontare, oltre che “*il meno investigato tra i settori del sistema sanitario*” (Mazzilli et al., 2009). Il fatto che “*l’arena farmaceutica sia alquanto opaca*” può essere, secondo Enrico Pavignani, una scelta:

Deliberata, per facilitare torbidi business ed evitare rappresaglie (...) Le condizioni di duty-free create in Somalia l’hanno resa il principale canale di importazione per l’intero Corno d’Africa (Pavignani, 2012, p.27).

Jeene (2010) riporta che nella regione di Karkaar (Puntland) alcune medicine ritenute prodotte da una rispettata ditta europea presentavano errori di spelling nei pacchetti, rendendone evidente la contraffazione, mentre in modo speculare abbiamo notato, in una piccola ricerca sulle farmacie di Merka (Sud Somalia), la presenza di psicofarmaci “non destinati alla vendita”, evidentemente trafugati da qualche organizzazione internazionale (GRT, 2004), oppure pillole vendute singolarmente in contenitori senza alcuna indicazione circa date di scadenza. La facilità e l’impunità con cui medicine false, scadute o re-impacchettate sono presenti nel mercato somalo (in ogni regione) sono cose ampiamente risapute. In un contesto dove le possibilità di lavoro sono scarse, in assenza totale di controllo, chiunque, indipendentemente da titoli di studio o esperienza di lavoro, può entrare in questo settore, così come:

pseudo-dottori, farmacisti non qualificati o semplici commercianti di medicine, o non

---

<sup>199</sup> Non a caso, nel 1972 Siyad Barre ordina il divieto della pratica medica non gratuita e nel 1980 revoca tale divieto permettendo ai medici di lavorare, a fine servizio, privatamente. Questo, secondo alcuni, alla luce “dell’insoddisfacente qualità del sistema sanitario governativo”(WHO-Emro, 2006, p.37).

professionali guaritori tradizionali possono prescrivere medicine inappropriate, che possono avere seri effetti sulla salute delle persone (WHO-EMRO, 2006, p.37-38).

Nei primi giorni di permanenza a Bosaso, mentre giravo la città per iniziare a formarmi le prime mappe mentali della zona, avevo contato quasi un centinaio di venditori di medicinali, dalla grande farmacia ai piccoli “chioschi”, questi ultimi particolarmente numerosi in tutto il paese. Non esistono farmacie “specializzate” nella sola vendita di farmaci psicotropi, ma numerose farmacie vendono psicofarmaci in tutto il paese (WHO, 2010). La “specializzazione” la può fare il “farmacista” o il venditore di turno. Ad esempio è pratica comune che medici operanti nel settore “pubblico” svolgano la pratica privata e abbiano annessa una piccola farmacia. Oltre al vantaggio di poter indirizzare pazienti verso medicinali in vendita presso lo stesso, è evidente che la reputazione che un medico o un infermiere può costruirsi per il fatto, ad esempio, di lavorare in un reparto di salute mentale fa sì che venga identificato come uno specialista e quindi anche la semplice farmacia assuma tale caratterizzazione. Se uno degli infermieri del reparto di Bosaso, probabilmente l’infermiere con la più alta professionalità e conoscenza del settore psichiatrico, ha iniziato ad arrotondare, da qualche anno, allestendo una piccola farmacia privata, ha fatto altrettanto, seguendo la logica della conoscenza per “esposizione”, una guardia dell’ospedale che nessuna conoscenza tecnica ha di tali farmaci. Questo, oltre alle considerazioni sul mercato, ha effetti potenzialmente disastrosi per le persone che possono vedersi prescrivere farmaci inopportuni, e anche dannosi, per la propria salute e, inoltre, rischiano di assumere farmaci scaduti, mal conservati, o di cui non sia assolutamente certa la presenza di principio attivo e i reali effetti chimici.

La presenza di marche cinesi o indiane desta preoccupazione tra i professionisti degli ospedali, che le reputano spesso assolutamente inefficaci. Gli psicofarmaci maggiormente presenti sono *l’Amitriptilina*, la *Cloropromazina*, *l’Aloperidolo* e il *Diazepam* cui si aggiungono farmaci usati per il controllo degli attacchi epilettici come il *Fanobarbitone*, la *Fenotoina* e la *Prometazina*. Si tratta di un numero assai esiguo di psicofarmaci di prima e seconda generazione, che sono però gli stessi psicofarmaci maggiormente disponibili negli ospedali “pubblici” e nelle strutture di salute mentale private. Molte farmacie sono anche “laboratori” per analisi del sangue o danno accesso, dietro il bancone, alla stanza di consulenza del medico, reale o presunto che sia (dall’infermiere professionale al ciarlatano). La loro diffusione è capillare e sono presenti anche nei piccoli villaggi; la loro importanza rispetto al tema della salute

mentale è cruciale, in quanto molto spesso le famiglie che pure cercano una cura “medica” non si rivolgono ad un dottore ma vanno direttamente in un chiosco a chiedere la medicina dei “matti”, che viene quindi dispensata senza alcuna prescrizione, a chiunque, e senza alcuna indicazione (spesso si tratta come “front-medicine” la *cloropromazina*, dagli alti effetti sedativi). L’auto-medicazione è una pratica diffusa in ogni angolo del paese per qualsiasi tipo di patologia, comprese quelle mentali. A sostegno del suo cospicuo radicamento va ricordato che anche nel campo rifugiati di Dadaab, che pure è su territorio keniano e sotto controllo diretto delle Nazioni Unite, la diffusione di piccole farmacie e chioschi è altrettanto estesa, così come la pratica di recarsi direttamente ad acquistare le medicine per i “matti” e di chiederne “*una più efficace* nel momento in cui appaiano noti effetti indesiderati provocati dal farmaco, senza considerare [senza che venga suggerito dal farmacista] di potere controllare tali effetti con farmaci antiparkinsoniani” (Reggi,2010,p.55). Nel campo di Dadaab, di fronte a una forma di sofferenza mentale, la richiesta di aiuto diretta in una farmacia locale è citata quale terza opzione, dopo il guaritore coranico e l’Ospedale e prima di *zaar-mingis* o *dawo-somali* (ibid.,p.42). Una simile statistica non è presente negli altri territori dello spazio somalo, ma è una pratica altamente diffusa che non viene messa in dubbio da nessun osservatore.

#### **5.4.2 Strutture a carattere ospedaliero**

Le strutture che offrono servizi di salute mentale di tipo medico-psichiatrico su tutto il territorio somalo sono numericamente limitate. Dopo la guerra e sino al 2003 esistevano solo il Reparto di Salute Mentale dell’Ospedale di Hargeisa e il Mental Hospital di Berbera in Somaliland. Era, ed è tuttora presente, un medico con specializzazione in neurologia operante nella sua clinica privata a Galkayo (Puntland) e sino al 2004-2006 pare vi fossero due medici somali a Mogadiscio, poi usciti dalla Somalia, con specializzazione in psichiatria ottenuta nella ex Unione Sovietica, che operavano nelle loro cliniche private. Nel 2003 è stato costruito il reparto di salute mentale di Bosaso, nel 2009 il Mandaaye Hospital di Burco e nel 2011 si è aperto il reparto ambulatoriale di salute mentale nell’ospedale di Boroma. Per quanto riguarda il sud, nel 2010 viene aperto il “Community Mental Health Center” (Xarunta Daryeelka Caafimaadka Dhimirka Bulshada) a Baidoa, che è probabilmente più una struttura di

“riposo” che una legata all’ospedale<sup>200</sup>. Tra il 2005 e il 2009 vengono aperti grazie all’istrionico Dr. “Habeab” due “Public mental hospital”, uno a Mogadiscio e uno a Jalalaqsi (Cfr.cap.III).

Se consideriamo le strutture appena citate e quelle “residenziali” non ospedaliere del prossimo paragrafo, si nota come la maggior parte di queste sia sorta negli ultimi quattro anni, in pratica accompagnando e modificando lo scenario durante tutto il periodo di ricerca svolto per il presente lavoro. Ad esempio è solo nel periodo di ricerca sul campo del 2009 ad Hargeisa che conosciamo e frequentiamo i nuovi centri di riposo di salute mentale, prima pressoché inesistenti, che paiono quasi spuntati tutti assieme e dal nulla, e solo nel 2011 conosciamo il piano di sviluppo del settore dell’Università Amoud e dell’Ospedale generale, e visitiamo la struttura di Burco.

Ho partecipato alle discussioni con GAVO e GRT e, indirettamente, WHO, che hanno effettuato i due più recenti *baseline assessment* (2011 e 2009 rispettivamente) per fotografare la situazione della salute mentale nel paese<sup>201</sup>. Per riuscire a includere in un numero ragionevole di categorie le diverse tipologie di strutture presenti sul territorio l’ultima versione dello strumento usato per l’*assessment* (GRT,2011a) presenta questa suddivisione:

**Mental Health Hospital.** A specialized hospital-based facility that provides inpatient care and long-stay residential services for persons with mental disorders; public.

**Mental Health Ward.** A specialized ward within a general hospital providing management of acute mental health problems, inpatient and outpatient care; public.

**Mental Health Outpatient Facility.** Facility providing outpatient care for people with mental disorders; private or public.

**Mental Health Residential Facility.** A non-hospital, community-based mental

---

<sup>200</sup> Di questo centro siamo venuti a conoscenza direttamente dal suo fondatore, con cui abbiamo intrattenuto una breve relazione epistolare (via email) prima del suo arresto ad opera delle milizie di Al-Shabaab . Il 7/10/2012 ci ha nuovamente scritto, il che fa presupporre che il centro sia ancora attivo e lui liberato.

<sup>201</sup> Cfr. WHO (2010) e l’Allegato 2 al presente lavoro (estratto da GRT,2011a). Quest’ultimo ha seguito, migliorandola, la traccia costruita in precedenza per il lavoro effettuato da WHO e si riferisce solo ad alcune strutture presenti sul territorio, non a tutte. In precedenza altri lavori avevano cercato di fotografare la situazione, in particolare GAVO (2004) e WHO (2006,2009).



health facility that provides residence for people with mental disorders, and outpatient services, private.

È sicuramente un buon compromesso anche se, come abbiamo avuto modo di sottolineare nel Cap.II, la distinzione tra pubblico e privato è essa complessa, così come quella, operata dallo strumento di *assessment*, tra profit e non-profit. I nomi che le strutture si danno non aiutano, e servono a veicolare un'immagine possibile più che a definire quanto realmente accade al loro interno. Ad esempio il “*Public Mental Hospital*” di Jalalaqsi è probabilmente più vicino ad una struttura privata residenziale per degenti che ad un ospedale pubblico, così come il “*Raywan Psycho Social Center – Mental Hospital*” di Hargeisa, che ha molto poco a che fare con un ospedale e anche con un centro psicosociale, per come sono comunemente intesi.

La distinzione che qui adatteremo è tra strutture “ospedaliere” e, nel paragrafo successivo, “centri di riposo” per la salute mentale. Con le prime intendiamo tutte quelle strutture che hanno qualche collegamento con gli ospedali cittadini perché ne sono parte oppure, se sono strutture esterne a sé stanti, perché hanno qualche legame formale con essi, ad esempio il personale è inserito nelle liste del Ministero della Sanità oppure la struttura è usata per fare l'apprendistato degli infermieri e dei medici.

Nella nostra area di ricerca rientrano in questa categoria il Reparto di Salute Mentale dell'Ospedale generale di Bosaso e l'omologo dell'Ospedale di Hargeisa, che sono stati i due luoghi di osservazione privilegiata. Inoltre si possono includere anche il *Mental Hospital* di Berbera e il *Maandhay Hospital* di Burco, entrambi in Somaliland, dove il primo è una sorta di “asilo per lunatici”, ed ex-prigione collegata all'Ospedale Generale di Berbera e il secondo un moderno reparto di salute mentale collegato all'Ospedale Generale di Burco.

#### **5.4.3 I “nuovi” reparti di salute mentale: Bosaso e Burco.**

I reparti di Bosaso e di Burco sono di recente costruzione (2003 e 2007) e sono sostenuti da un'impostazione clinica e organizzativa simile, che trae ispirazione dai lavori di Franco Basaglia e dalle esperienze di psichiatria comunitaria e territoriale. Le strutture ospitano, in maniera speculare, una sezione maschile e una femminile con pochi posti letto (5 + 5 a Bosaso e 10 + 5 a Burco), pensati per il controllo dell'agitazione, delle fasi di acuzie e della risposta ai farmaci nei casi più difficilmente

gestibili a casa, per un tempo che potenzialmente si assesta intorno ai 10-15 giorni, con successiva dimissione e controlli periodici da svolgersi direttamente in reparto. A Bosaso, a differenza di Burco, sono presenti, oltre al medico e agli infermieri, anche operatori sociali che fanno parte dell'equipe di lavoro e si occupano del lavoro terapeutico sociale con i pazienti e le famiglie, anche, quando tutto funziona a pieno regime, al di fuori della struttura, direttamente nelle case dei pazienti e in città. Abbiamo già parlato diffusamente del reparto di salute mentale di Bosaso nei capitoli precedenti attraverso la voce dei pazienti e quella dei professionisti residenti, ma ora vale la pena riassumere brevemente alcuni dei punti che interessano la presente discussione.

Il reparto, realizzato ex-novo, ha potuto costruirsi una reputazione svincolata dai giudizi negativi normalmente attribuiti alle strutture mediche che si occupano di salute mentale, in primis le strutture storiche e tuttora funzionanti del Somaliland, ad Hargeisa e Berbera, e quella non più esistente del "lasaareeti" di Mogadiscio. Questo nome somalo probabilmente deriva da "lazzaretto" visto che l'area dove il reparto psichiatrico dell'ex Ospedale "Forlanini" era divisa in tre sezioni: malattie mentali, tubercolosi, malattie infettive che necessitavano di isolamento. Non siamo riusciti negli anni a raccogliere sufficienti informazioni su tale struttura, operativa durante il regime di Siyad Barre poi collassata durante la guerra, come le altre realtà ospedaliere della capitale. In precedenza l'Ospedale "Giacomo De Martino", durante il periodo coloniale, avviò al suo interno un reparto di osservazione di salute mentale che era quasi esclusivamente riservato a coloni italiani o a somali arruolati, e serviva principalmente per valutazioni medico-legali. I pazienti "italiani o somali arruolati manicomiabili" erano imbarcati per Napoli e si suppone "fossero inviati all'Ospedale psichiatrico Bianchi o all'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa" (Benevelli, 2010, p.76). Ricordiamo comunque che che l'impatto della "psichiatria coloniale" italiana in Somalia fu quasi intangibile e assai marginale rispetto soprattutto a quello della psichiatria francese in Africa occidentale e settentrionale, e a quello della psichiatria inglese nell'Africa Orientale, soprattutto in Kenya (ibid.).

Quando ha funzionato a pieno regime, soprattutto durante il sostegno dell'ong GRT con fondi Europei, il reparto di Bosaso ha impostato un lavoro clinico ambulatoriale e territoriale di buon livello, con ricadute positive sull'efficacia delle terapie miste farmacologico-sociali. Tale lavoro ha cercato di essere fedele ad un "mandato" clinico per cui, pur con ampi gradi di discrezionalità, sono state garantite visite ambulatoriali su base quotidiana con personale formato, visite di controllo mensili e ammissioni brevi, e

i trattamenti farmacologici erano dispensati regolarmente e gratuitamente (solo nei periodi di massimo sostegno esterno) così come le visite che sono sempre rimaste gratuite.

Nei limiti delle difficoltà economiche, dei cambi di personale, dell'aumento dell'insicurezza del territorio, il reparto ha fornito servizi psichiatrici ritenuti di alto livello per il contesto (Cfr. anche il punteggio attribuito da una commissione indipendente in Operti et al.,2010). Prima dell'avvio delle nuove strutture psichiatriche di Burco e Borama, di cui si conosceranno le caratteristiche e l'impatto in futuro, ha rappresentato forse l'unico luogo in cui la triade psichiatrica “medico – approccio epistemologico – terapie” aveva una sua coerenza interna e consistenza rispetto alla pratica psichiatrica di natura occidentale. Ciononostante, qualsiasi ricerca in ambito psichiatrico che volesse considerare comparativamente i dati diagnostici e terapeutici ivi prodotti con altri di analoghe strutture occidentali correrebbe il rischio di notevoli distorsioni, visto il livello comunque limitato di capacità diagnostica, anche alla luce delle quasi inesistenti possibilità di analisi strumentali oltre all'analisi clinica, e alla limitata disponibilità di farmaci psicotropi di nuova generazione che limitava, di converso, anche il campo delle possibilità di intervento terapeutico riducendo anche l'utilità di talune categorie diagnostiche.

Il centro di Burco è stato da noi visitato in una sola occasione nel 2011 e sono stati mantenuti rapporti epistolari con la psichiatra somala residente, ritornata dalla Groenlandia dove ha vissuto e lavorato per nove anni. La sua formazione in psichiatria è parzialmente avvenuta in Italia, dove è venuta in contatto con il “gruppo di Arezzo” e si è avvicinata al movimento di Psichiatria Democratica. Non abbiamo sufficienti elementi per formulare un'analisi di quel contesto, per cui si rimanda all'Annesso XX per una visione d'insieme elaborata da GRT durante l'ultimo studio di verifica effettuato nel Paese. Da quanto abbiamo osservato e ascoltato, pare che l'approccio di lavoro sia molto simile a quello adottato a Bosaso.

#### **5.4.4 Le “vecchie” strutture di salute mentale: Berbera e Hargeisa.**

Il Mental Hospital di Berbera e il reparto di salute mentale di Hargeisa – sulla carta strutture molto diverse – condividono la reputazione negativa loro attribuita dal pubblico generale. Secondo alcuni osservatori, questo aspetto ha favorito nell'immaginario il rafforzamento di alcuni cliché consolidati attribuiti alle persone

affette da sofferenza mentale: la sporcizia, l'abbandono, l'impossibilità di fare qualcosa (GAVO, 2004). Questa era sicuramente l'immagine che il Mental Hospital di Berbera diede anche agli operatori di GRT nel 1996, quando iniziarono a lavorarvi, ed è la stessa che ebbi la prima volta che visitai il reparto di Hargeisa, che pure era dentro un Ospedale Generale dove alcuni reparti parevano essere invece più che dignitosamente funzionanti.

Attingendo al mio personale immaginario europeo potevo "aspettarmi", visitando la struttura di Berbera – una ex-prigione militare britannica costruita nel 1927 (Cfr. Cap.1 p.56) – di trovarmi di fronte ad un manicomio per internati di cui ci si dimentica la chiave. L'impatto visivo è sicuramente molto simile a questa cartolina ingiallita, mentre degli altri aspetti che caratterizzavano i manicomi europei, a un'analisi profonda, si trovano tracce assai sfumate. Quello che il mio immaginario non si aspettava, forse ingenuamente, era di trovare una struttura simil-manicomiale *dentro* il "reparto" dell'Ospedale di Hargeisa (Cfr. Cap. 1). Il senso di abbandono della struttura era immediatamente comprensibile semplicemente parlando con le persone che vi lavorano e che, almeno sino al 2011, parevano "custodi" di un luogo più che "operatori" attivi, dove il lavoro clinico, che dovrebbe essere la cifra operativa di medici e infermieri, era completamente in ombra fino a sembrare assente. Nel 2011 è iniziato un progetto di salute mentale che vede impegnata l'ong GRT, con fondi europei, che ha attivato un percorso di rivitalizzazione della struttura, soprattutto dal punto di vista delle risorse professionali, della formazione, delle pratiche di lavoro, in collaborazione con il Ministero della Sanità. Il progetto è tuttora in corso e non è facile fare una valutazione in itinere in un contesto che è capace di mostrare accelerazioni repentine e altrettanto repentine frenate.

Maryam, capo infermiera e punto di riferimento indiscusso del reparto, fugge nel 1992 da Mogadiscio, dove aveva terminato la scuola di infermieri e svolto parte del suo periodo di internato, anche nel reparto psichiatrico dell'Ospedale Forlanini. Dopo un breve periodo a Berbera, dove ha ricevuto una formazione base in psichiatria di sei mesi, assieme all'attuale "medico"<sup>202</sup> del reparto, viene assegnata al reparto di Hargeisa dal 1996 e da allora vi lavora. All'inizio, ricorda:

La struttura era danneggiata per la guerra e c'erano solo otto uomini e due donne come pazienti, tutti provenienti dal sud. Solo loro, non c'era nessun altro paziente, solo questi

---

<sup>202</sup> In realtà, è risaputo tra gli addetti ai lavori, non si è mai laureato in medicina.

scappati dalla guerra... poi poco a poco sono arrivati altri (Maryam X.D., Ospedale Generale di Hargeisa, 02/04/09).

La struttura è stata rinnovata più volte, anche se alcune zone sono semi-abbandonate (per incuria, non per conseguenza della guerra) e gli interventi “*erano sempre piccoli pezzi... e poi se una parte era a posto il resto cadeva*”. La struttura però non è il più importante problema percepito, che è invece identificato nell’assenza di considerazione da parte delle istituzioni:

Solitamente non abbiamo supporto né finanziario né morale.... lo staff è poco e i pazienti sono tanti... non pagano il salario da due mesi ora... ma altre volte è peggio.... alcuni sono volontari. Siamo tutti sottopagati e non c’è nessuna formazione, non c’è interesse non c’è formazione....(...) Io sono stata contattata più volte da altri centri... vedi ad esempio Raywan... per andare nei centri privati... ma preferisco stare qui... anche se prendo meno perché qui c’è la gente che ha più bisogno... quelli più poveri che hanno bisogno... mi piace aiutarli (ibid.)

Se problemi di stipendi esistono anche negli altri reparti, soprattutto quando non ci sono delle integrazioni da parte di enti internazionali, il livello di degrado del reparto di salute mentale è unico nel suo genere in tutto l’ospedale. Il senso di abbandono delle istituzioni va di pari passo con quello subito da alcuni pazienti, che rimangono senza visite per giorni e per cui il reparto pare essere il luogo scelto per il “deposito”. Vi è solo una persona internata da quasi trent’anni, un anziano signore apparentemente senza famiglia, completamente chiuso nel proprio mondo, con frequenti deliri ma raramente aggressivo, che prima si trovava a Berbera e poi, per motivi che non ho potuto verificare, è stato portato al reparto di Hargeisa, dove vive. In generale i tempi di degenza sono molto superiori rispetto ai “nuovi”centri di cui si è parlato sopra e, soprattutto, si sviluppano spesso in assenza di un lavoro terapeutico. Maryam ci spiega che a volte i parenti vengono per portare i pazienti e cercare l’ammissione<sup>203</sup> e, se lo staff medico per qualche motivo si rifiuta, questi possono anche dare in escandescenza:

Visto che è un luogo “pubblico”... dicono che li dobbiamo tenere... che non possiamo

---

<sup>203</sup> Alla prima visita i parenti si devono presentare al reparto, salvo eccezioni sempre possibili, con la ricevuta di pagamento della visita (50.000 Somaliland Shillings, approssimativamente un valore di 8 dollari) preventivamente effettuato in amministrazione dell’ospedale.

rifutarci...(...) io credo che pensano come quando c'era Siyad Barre e allora li devono ammettere nelle strutture e tenerli lì (ibid.)

Il “pubblico”, costruzione assai ambigua, è il “*primo luogo che si può saccheggiare perché è di tutti e quindi di nessuno, di nessun clan*”. Così mi spiegava un anziano somalo a Merka nel 2004, ricordando come avvenne il saccheggio di tutti gli uffici “pubblici” della città subito allo scoppio della guerra. Evidentemente, trattandosi di uffici governativi ed essendo crollato il governo, nessuno avrebbe potuto chiedere risarcimento ma, in generale, mi diceva che proprio in virtù della funzione “sovra-clanica” nessun clan, almeno in linea di principio, poteva venire a reclamare titolarità su un particolare bene.

Nal caso del reparto, in virtù del suo statuto di “luogo pubblico”, si pretende un’elargizione gratuita di un servizio da “servizio pubblico”, di “presa in carico” stile welfare socialista che è stata un’esperienza recente e assai limitata nel tempo sperimentato dai Somali. Un tipo di welfare sociale garantito in questi termini dalle istituzioni (sanitarie in particolare) non esiste da molto tempo, essendo questo spostato principalmente sulla famiglia.

Quando quest’ultima non vuole o non può farsi carico della persona sofferente e l’abbandona più o meno temporaneamente in ospedale, è la buona volontà di alcuni operatori a fornire una relazione, più umana che clinica, al paziente:

Alcuni sono portati qui dalla loro famiglia, in ospedale e poi si sono dimenticati di lui o l’hanno lasciato per anni... così noi [infermieri e “social workers”] cerchiamo di riempire il posto della famiglia... puoi anche vedere delle famiglie che mandano i bambini a portare il cibo e i vestiti ai pazienti e quando gli chiedi: dov’è tuo padre? dov’è tuo fratello? ti rispondono che non lo sanno... fanno così apposta perché non vogliono che dimetti la persona dall’ospedale (ibid.)

Questa situazione abbiamo potuto osservarla durante la giornata dedicata alle dimissioni, solitamente il giovedì. Il 9 luglio 2008 circa venti persone sarebbero dovute essere rimandate a casa, secondo il parere degli infermieri del reparto. Le persone, tutti uomini, seduti su una stuoia nella stanza d’ingresso dell’ospedale, alcuni incatenati alle caviglie, rimangono in silenziosa attesa. La procedura prevede all’incirca che vengano chiamati i familiari, cui viene affidato l’ormai ex-paziente e vengono fornite le indicazioni circa lo stato di salute e le medicine da prendere.

Il silenzio della stanza stride con il vocio e le grida che affollano il patio assolato, poco distante. L'irrequietezza di alcuni dei pazienti in attesa si percepisce dietro gli sguardi, pare che tutti si stiano controllando e sembra di essere davanti a una commissione d'esame. Due infermiere sono sedute dietro alla scrivania improvvisata con un tavolo di plastica, altri in piedi, i pazienti a terra vengono chiamati ad uno ad uno. Assieme al paziente dovrebbero avvicinarsi al tavolo i familiari, che però non ci sono. Ho scritto solo qualche breve nota sul diario, e recuperato le fotografie scattate da un operatore somalo proveniente dal reparto di salute mentale di Bosaso, che era in visita per uno scambio. Rivedendo le fotografie e leggendo i sostantivi "tristezza" e "scomodità" che avevo segnato sul mio taccuino, percepisco le sensazioni che provai quel paio d'ore. Nessuno pareva fosse venuto a prendere i parenti ricoverati. Uno dopo l'altro i nomi venivano scanditi senza alcun esito, poi finalmente la madre di un ragazzo si presenta. C'è uno scambio con gli operatori, le viene dato un sacchettino con delle pastiglie e dopo qualche pacca sulla spalla il figlio e la madre, sorridenti, si dirigono verso l'uscita. La temporanea immagine di una dimissione all'apparenza serena svanisce poco dopo, constatando che del resto del gruppo è arrivato solo un altro parente, che appare molto frettoloso e agitato. Inizia un diverbio molto acceso con gli operatori, mentre il fratello ricoverato viene fatto alzare e rimane silenzioso in disparte intanto che gli operatori dell'ospedale e il suo parente discutono, fino a quando questi se ne va senza il fratello, salendo sul suo fuoristrada bianco con targa azzurra, senza voltarsi. Costui lavorava *evidentemente* per un'organizzazione delle Nazioni Unite, essendo la macchina di loro proprietà. L'abbigliamento e alcune modalità di comportamento facevano intuire un buon livello economico e una certa stizza da parte sua nel doversi abbassare a discutere con altri e nel sentirsi dire cosa fare. Chiedo cosa sta succedendo, avendo colto solo in parte l'essenza della scena. Quell'uomo è venuto alla chiamata ma non ha nessuna intenzione di portarsi il fratello a casa e chiede che venga tenuto ancora in ospedale. Secondo gli operatori non c'è bisogno che rimanga. Gli infermieri appaiono sconsolati e, in effetti, lo saranno ancora di più, poco più tardi, quando il fratello del paziente ritornerà con il suo fuoristrada insieme al ministro della Sanità del Somaliland. Questi scende e si dirige verso gli infermieri: uno scambio breve, apparentemente animato da scarso entusiasmo ma abbastanza per fare presente agli operatori che il paziente non sarebbe andato a casa e che dovevano tenerlo ancora in ospedale; dopodiché i due salgono sul fuoristrada bianco con targa azzurra ed escono dall'ospedale. Come a suggellare simbolicamente l'impotenza dello staff e

l'impossibilità di dimettere i pazienti secondo le indicazioni cliniche i pazienti rimasti in attesa vengono fatti tornare verso il patio e il giorno delle dimissioni si conclude. Su venti pazienti potenzialmente dimettibili, si sono presentati solo tre parenti e solo due dimissioni sono giunte a compimento.

Rimaniamo un po' in silenzio nella stanza che si svuota, Mariam e un'altra infermiera si guardano poi si girano verso di me e scuotono la testa... "è sempre così". Un paio di parenti andranno la settimana successiva in ospedale e porteranno a casa i loro familiari, in una combinazione di decisione familiare circa il tempo giusto per la dimissione e di decisione clinica degli infermieri. Ma quel giorno è stato ancora più frustrante di altri perché, oltre alla solita mancanza di parenti, è stata riconfermata pubblicamente la scarsa importanza attribuita istituzionalmente al ruolo dello staff medico del reparto e la prepotenza di un potere che spesso agisce, in questo come in altri ambiti della vita pubblica, su basi personalistiche, arbitrarie ed esenti da forme di controllo. Il ministro gioca il suo peso politico, il suo ruolo istituzionale (d'altronde gli infermieri sono in ultima analisi suoi dipendenti), intromettendosi in questioni cliniche (il ruolo degli infermieri) di cui non si cura minimamente, rispondendo invece ad una richiesta di aiuto da un familiare (il ragazzo con la macchina bianca e targa azzurra) davanti al quale non si tira indietro, contravvenendo alle presunte regole "istituzionali" di cui è investito ma perfettamente in linea con la consuetudine locale. Molte ambiguità si giocano su questo doppio binario, clanico e istituzionale, a seconda dei contesti e delle opportunità.

Un marcato senso di rassegnazione ha sempre accompagnato il lavoro degli infermieri in ospedale, sia dei veterani, sia di quanti transitano per brevi periodi. Di contrasto c'è capitato in più occasioni di percepire una certa chiusura al cambiamento, soprattutto da parte delle persone con ruoli chiave nel reparto, ovvero di una volontà di mantenere lo status quo. Questo, riteniamo, avviene per due motivi.

Da un lato la maggior parte dei "cambiamenti" esterni sono stati estemporanei e prodotti da agenzie internazionali, del tipo "mordi e fuggi", e dunque sono vissuti più come una forma di predazione piuttosto che di aiuto. Inoltre quasi sempre questi non sono concordati con gli operatori e quindi appaiono calati dall'alto (magari con il consenso della direzione dell'ospedale e del ministero che si ritiene tenga una fetta della torta per sé) oppure sono considerati privi di "benefici" interessanti da parte degli operatori (nessuno o poco salario aggiuntivo, ad esempio). Gli operatori hanno una gestione molto personalistica del posto che, alla luce di quanto sopra, è sentito come un



“loro” spazio, di cui sono gli unici guardiani e coloro che in fin dei conti se ne interessano, per cui, quando un cambiamento avviene o è subito, attivano strategie per fare in modo che questo non incida e non alteri lo stato di fatto e, possibilmente, che porti qualche beneficio a loro stessi.

Da qualche anno, per citare un esempio, esiste una collaborazione tra il King's College di Londra e la facoltà di medicina di Hargeisa (Cfr.Cap. 2) per cui il primo invia psichiatri per effettuare percorsi di formazione curriculare agli studenti di medicina e far loro sostenere gli esami di fine anno. Durante la loro presenza gli studenti vengono accompagnati all'interno del reparto per fare pratica (cosa che avviene molto raramente durante il resto dell'anno) e parallelamente la formazione pratica che effettuano con i pazienti è allargata allo staff del reparto. Sebbene la mancanza di formazione sia annoverata dallo staff come uno dei problemi cronici che subiscono quando questa opportunità si presenta, in questa forma è spesso boicottata. Se il primo giorno, alla presenza degli psichiatri inglesi, la formazione è condotta regolarmente, i giorni successivi iniziano a mancare le chiavi per aprire l'armadietto con le medicine oppure la stanza dei colloqui è misteriosamente chiusa e così via. Oppure ci è capitato di assistere alla cacciata degli studenti da parte del medico del reparto, apparentemente senza motivazione, che si erano presentati per effettuare la pratica, come concordato il giorno prima. Parlando con gli psichiatri che effettuano questa formazione è risultato che questi problemi sono noti; dicono di non poterci fare nulla, sanno che dall'interno del reparto il loro lavoro verrà boicottato.

Se dunque un motivo per mantenere lo status quo è una forma di resistenza a quanto è percepito come uno sfruttamento del lavoro degli operatori, ma un'altra motivazione, molto più in ombra, riguarda il pericolo che le dinamiche interne di cui vive il reparto da anni vengano intaccate.

Durante l'ultima permanenza ad Hargeisa ci è capitato di seguire il lavoro preparatorio che G.R.T. ha condotto prima di iniziare a lavorare nel reparto. Abbiamo incontrato lo staff, il direttore dell'ospedale e gli operatori di GAVO con cui GRT aveva una lunga tradizione di collaborazione, pur interrotta quasi dieci anni prima. In seguito ad una serie di resistenze molto forti verso la modifica di alcuni ruoli all'interno dell'ospedale (soprattutto quello delle guardie) e riguardo alla gestione del tempo e dei turni, abbiamo cercato di capire se, dietro a resistenze tutto sommato comprensibili, ci fossero altre motivazioni. Con un po' di pazienza, e grazie a qualche conoscente addentro alle dinamiche dell'ospedale, siamo in effetti venuti a conoscenza di un

“segreto” di cui ci venne chiesto di non fare menzione in loco. In pratica alcune figure in ruolo al reparto, soprattutto le guardie a quanto ci venne detto, pare che chiedessero soldi ai familiari per il fatto che questi fossero “custoditi” all’interno. A quanto pare gli infermieri chiudevano un occhio, per permettere che questi arrotondassero lo stipendio, e forse anche questi facevano lo stesso, sebbene non abbiamo trovato conferme incrociate a tale proposito per sostenerlo con esattezza. Non è chiaro chi fossero i destinatari delle richieste di soldi: pare fossero seguiti dei criteri di “capacità economica” in aggiunta ad altri a noi sconosciuti. A volte questo avviene alla luce del sole (almeno tra lo staff del reparto) a volte no, tanto che alcuni conflitti con le famiglie per il mancato arrivo nella giornata delle dimissioni erano proprio legati al fatto che i familiari avessero pagato la guardia affinché li tenessero ancora dentro. Oltre agli infermieri, alle famiglie e al ministro, anche un terzo soggetto, i guardiani del reparto, ha dunque un ruolo nel decidere la permanenza dei pazienti e le dimissioni dall’ospedale. I guardiani a quanto pare rivendicano la loro posizione di protettori della sicurezza delle persone e sentono di essere loro, in fin dei conti, a fare il lavoro grosso in quella struttura che è più simile ad un deposito che ad un luogo dove avvengono azioni terapeutiche. La struttura pubblica si fa quindi *anche* privata con un mercato di quote e servizi mantenuti nascosti all’esterno e tollerati all’interno, per permettere a tutti di beneficiare di margini di guadagno a partire da una posizione che altrimenti lascerebbe pochi margini sia economici, sia nei termini del ruolo sociale. Ognuno è autorizzato a cercare di massimizzare il profitto della propria presenza in quel luogo alieno, in un equilibrio di relazioni e accondiscendenze che va bene a tutti, dal familiare all’operatore e all’ospedale stesso, che da un lato paga poco e in ritardo gli stipendi e quando viene sollecitato su questo aspetto, può far valere la libertà di profitto che implicitamente autorizza, eventualmente minacciando di togliere tale libertà concessa.

La lista ufficiale dello staff del reparto comprende 22 persone di cui 6 con una qualifica formale: 1 medico, 3 infermiere e 2 studenti di scienze infermieristiche. Altre 9 persone sono inquadrare dal Ministero come “*auxiliary/nursing*”, svolgono più che altro ruoli di supporto al lavoro degli infermieri, danno farmaci ai pazienti e, a diversi gradi di impegno e interesse, passano del tempo con i pazienti soprattutto nelle fasi del pranzo o delle visite. Sei persone sono inquadrare come personale di pulizia, anche se questa categoria include due guardiani. I ruoli del personale non specializzato sono alquanto opachi tanto che le guardie, in realtà, sono tre, ma anche altri “ausiliari” svolgono funzioni simili. La maggior parte dello staff lavora nel reparto da più di cinque anni e un

terzo da almeno dieci consecutivi, aspetto questo che permette di dire che la maggior parte di essi sono esperti di salute mentale, quanto meno per “esposizione”. Dal punto di vista formale, invece il “medico” (mai laureato) e due delle infermiere più esperte hanno ricevuto un training di salute mentale nel lontano 1996 ad opera di GRT, e successivamente due formazioni ad opera di WHO della durata di due settimane e un mese rispettivamente nel 2008 e nel 2009. Come già detto, i benefici della presenza degli psichiatri del King’s College di Londra (dal 2007) si riducono a sporadiche supervisioni e formazioni per gli studenti di medicina, il tutto quantificabile in alcuni giorni all’anno.

In sintesi il reparto si presenta come un corpo interno ma estraneo all’ospedale, in pessime condizioni igienico-strutturali, con personale non formato e non motivato, disponibilità di farmaci intermittente senza possibilità di pianificazione, con una sintomatica assenza del ministero della sanità che lascia all’auto-regolazione la gestione della struttura, dove un qualsivoglia percorso terapeutico è lasciato alla buona volontà e disponibilità dello staff. Le famiglie si fanno carico dei loro familiari all’interno della struttura (fatto salvo per il cibo, che viene fornito dall’ospedale) e spesso decidono autonomamente se andare a riprendersi il familiare, al di là dei pareri clinici, oppure possono opporsi alla dimissione voluta dallo staff sanitario.

L’immagine di trascuratezza che il reparto di Hargeisa trasmette all’esterno, fa il paio con quello dei pazienti che lo abitano e, in generale, riflette l’immaginario che ruota intorno alla salute mentale per come viene storicamente gestita in tali centri. Nel successivo paragrafo vedremo invece come i nuovi centri di “riposo” per la salute mentale coniughino alcune dinamiche osservabili all’interno di questa e cerchino di differenziarsi da questi, coniugando aspetti delle altre strutture “storiche” del Somaliland a consolidati elementi di gestione familiare, proponendosi come alternative “moderne” e più dignitose

**Nota.** Come accennato nel paragrafo 5.4, nel Febbraio 2011 è iniziato un progetto di salute mentale finanziato dall’Unione Europea e realizzato ad Hargeisa da G.R.T. e GAVO. Le brevi considerazioni che abbiamo fornito in questo e nei precedenti capitoli rispetto alla struttura pubblica di Hargeisa fanno riferimento al periodo precedente a tale data. Il progetto è tuttora in corso e le discontinuità, ma anche continuità, che il lavoro delle due organizzazioni con lo staff locale e con il ministero della Sanità creeranno non potranno che essere analizzate successivamente. Sino ad allora, le caratteristiche che

abbiamo voluto qui evidenziare danno il senso della tradizione.

## **5.5. La modernità tradizionale: i nuovi centri di "riposo" per la salute mentale**

Le strutture che si occupano di salute mentale con un approccio medico e/o bio-psico-sociale sono storicamente limitate (Cfr. § 5.4.2), in molte aree inesistenti, così come sono numericamente limitati, e spesso carenti o del tutto privi di formazione, i professionisti somali attivi in tale settore. La maggior parte delle strutture, soprattutto quelle puramente private, sono create dal 2007 in avanti e, in particolare, dopo il 2010. In molti casi queste strutture sono realizzate grazie anche ai maggiori investimenti derivanti dalla diaspora, sia in termini economici, sia in termini di rientro, anche temporaneo, di professionisti somali. Gli investimenti economici della diaspora non sono mai a copertura totale ma, più frequentemente, costituiscono una quota significativa per l'avvio o il mantenimento delle strutture. Il contributo dall'estero si combina ad investimenti locali, specchio della maggiore disponibilità e della crescita di opportunità economiche in loco negli ultimi anni.

Per quanto riguarda il Puntland, abbiamo scritto nel Capitolo II dell'esperienza di PASWE attraverso cui, con fondi governativi e delle comunità locali principalmente, è sorto un centro residenziale per persone con problemi di salute mentale (solo donne, capacità 25 letti, fondato Gennaio 2011), dove lavora una psicoterapeuta rientrata da Londra, e poco più a nord nella capitale Garowe un'altra counsellor somala rientrata da Londra lavora in un centro ambulatoriale. A Qardho un gruppo di professionisti sanitari somali residenti a Minneapolis sta pensando da qualche tempo (almeno dal 2009, quando li incontrai nella capitale del Minnesota) di aprire un centro di salute mentale con l'aiuto della comunità locale, e pare che al momento sia stato identificato e acquisito lo spazio.

Nel centro-sud del paese le iniziative in tal senso sono principalmente legate al lavoro dell'intraprendente Habeeb, di cui si è detto, e, per quanto ci è dato conoscere, oltre a Mogadiscio e Jalalaqsi, è sorto nel 2010 un solo centro a Baidoa.

Ben più dinamica è la situazione in Somaliland, dove negli ultimi anni si è effettivamente verificato un incremento di interesse riguardo al tema (che però non ha ancora prodotto cambiamenti tangibili), come ad esempio nelle interessanti esperienze di collaborazione tra la Facoltà di Medicina dell'Università di Hargeisa e quella di

Amoud in Boroma con il King's College di Londra. Oltre a questo però sono state fisicamente costruite nuove strutture come il centro Mandeeq di Burco, dove alcune realtà locali unite ad associazioni somale della diaspora sostengono un interessante intervento che beneficia anche della presenza di una psichiatra somala di rientro dalla Danimarca, e pare che vedrà la luce un progetto di sviluppo del reparto di Salute Mentale di Boroma e/o la costruzione di un nuovo centro di salute mentale nella città, cui si aggiunge ora quello in memoria del famoso psichiatra somalo residente in Canada, il Dr. Abdishakur Sheikh Ali Jowar, scomparso il 13 maggio 2012 in incidente stradale in Somaliland (nei pressi del suo villaggio natale), dove ormai da qualche anno si recava periodicamente. Questi, definito forse con un eccesso di enfasi il “Franz Fanon of Somali people” (Cfr. Bashir Goth in Jama, 2012), aveva aperto nel dicembre 2010, dopo qualche vicissitudine, la clinica ambulatoriale “Habiba Hanan Mental Health Center” ad Hargeisa, ove lavorava direttamente quando era in Somaliland e che lasciava alla gestione familiare e di un giovane medico sudanese nel resto dell’anno. È l’unica struttura dotata di una fornitura di farmaci psicotropi di ultima generazione, che venivano acquistati direttamente dalla Turchia. Il giorno 1/09/2012 è stato organizzato a Toronto un evento di raccolta fondi, cui sono stato invitato a partecipare via Skype, per la futura apertura del centro Dajmho nei pressi di Boroma.

Se le esperienze citate mantengono un riferimento saldo – sia nell’auto-promozione sia nell’effettivo lavoro clinico – nell’orbita psichiatrica occidentale (pur con qualche diversità al loro interno) e nei modelli bio-psico-sociali di sviluppo umano, ben diverse sono le esperienze dei centri privati di salute mentale, che stanno diventando realtà sempre più tangibili nel frammentato panorama sanitario del Somaliland e costituiscono un fenomeno ancora non studiato.

Queste strutture si auto-promuovono dichiarando la loro “modernità” e ascrivendo il loro intervento all’ambito della psichiatria occidentale, ma è evidente, anche ad uno sguardo inesperto, che i loro standard di lavoro medico-clinici e psico-sociali sono assai diversi. Tali centri, che pur presentano differenze significative, sono accomunati da una serie di caratteristiche che cercheremo di far emergere di seguito, soprattutto attraverso l’analisi di alcune di queste strutture, di cui abbiamo raccolto maggiore materiale etnografico che verrà presentato sinteticamente. La nascita di queste realtà avviene, non a caso, negli ultimi anni, in cui sono aumentate le possibilità di investimento e si è diffusa la percezione di una maggiore sostenibilità degli investimenti nel medio periodo.

Al di là delle definizioni che alcune di queste si danno, attingendo dal lessico

umanitario (“community based”; “community oriented”), si tratta di strutture private orientate al profitto che riescono ad intercettare un settore di “mercato” ancora scoperto (la salute mentale), rispondendo ad un bisogno molto sentito e irrisolto (gestire il malato mentale), proponendo sulla carta un servizio “moderno” e, in un certo senso, di prestigio (la medicina, il medico della diaspora, i farmaci), che non rinuncia però ad elementi tradizionalmente consolidati (il contenimento e la restrizione fisica) in un ambiente che vuole essere “familiare”.

Alcune fonti indicano nel marzo 2012 la presenza di nove centri privati di salute mentale ad Hargeisa: “Daryeel, Raywan, Macruuf, Habwanaag, Sahan, Horizon, Marodijeex, Riyaad & Hagar”(GRT, 2012). Questi centri, secondo gli autori del rapporto: *“sono autonomi, autosufficienti e non interessati a cercare assistenza da alcuno (...) si presume che il sovraffollamento e la violazione di diritti umani avvenga con regolarità in queste strutture”*(ibid., p.13).

Per “violazione dei diritti umani” gli autori del rapporto intendono soprattutto la restrizione delle libertà fisica attraverso l’uso delle catene che è, in effetti, pratica assai diffusa in tali centri, mentre in misura minore si riferiscono probabilmente (non si evince dal rapporto ma lo deduciamo dalle conversazioni con gli autori) alle voci circa le percosse o la pratica di “far saltare il pasto” usate come forme di punizione verso i pazienti, voci che abbiamo ripetutamente raccolto anche noi (in particolare per i centri religiosi) e di cui non abbiamo conferme dirette.

Va detto che all’epoca dell’ultimo periodo di campo, nel maggio 2011, delle strutture sopra citate ne esistevano, secondo i dati in nostro possesso, solo sei, di cui una (Horizon) costituita da poco, mentre le ulteriori tre strutture paiono essere sorte nel corso di un anno. Di queste sei abbiamo potuto visitare Raywan, Sahan e Habwanaag, mentre abbiamo parlato con gli operatori di Horizon, senza però avere il permesso di visitare il centro. Tali strutture presentavano una serie di dinamiche organizzative e presupposti di gestione clinica molto simili. Utilizzeremo l’esempio dei centri dell’organizzazione Sahan, la più grande delle tre e quella che abbiamo potuto osservare più a lungo tra il 2008 e il 2011 attraverso ripetute visite e incontri con operatori e pazienti. Di volta in volta aggiungeremo informazioni delle altre strutture per segnalare forme peculiari di differenziazione o elementi comparativi.

### **5.5.1 I luoghi di cura**

Le strutture che ospitano i pazienti sono delle comuni abitazioni effettivamente costruite all'uopo oppure affittate. A seconda della zona dove sorgono e del tipo di costruzione, l'impatto può essere assai differente. Raywan che, usa uno spazio più "vecchio" e di dimensioni ridotte, dà un'impressione di maggiore trasandatezza: le stanze dove dormono i pazienti assomigliano più a delle celle e l'unico spazio in comune tra queste è un angusto corridoio all'aperto. Le strutture di Sahan e Habwanaag sorgono in una zona residenziale e, se non fosse per le scritte sui muri, non si distinguerebbero in mezzo alle altre case di medio-alta fattura dotate di mura di recinzione esterne, ampio spazio aperto all'interno, una zona veranda e più stanze distribuite su uno o due piani. In alcuni casi una delle stanze è usata come ufficio o spazio per le visite e gli incontri con i familiari oppure come cucina; altrimenti tutti gli ambienti delle case fungono da stanze da letto dove dalle tre alle dieci persone dormono sopra le classiche stuoie di plastica, qualcuno su un materasso.

Dopo un periodo di reciproca conoscenza e familiarizzazione con il direttore dell'associazione Sahan e con alcuni operatori che avevo invitato a un laboratorio sulla salute mentale assieme a infermieri dell'ospedale di Hargeisa, il 27 marzo, di venerdì, ci diamo appuntamento per una visita ai loro centri.

Appuntamento alle 8 A.M. nell'ufficio centrale di Sahan, salgo in macchina con il direttore Bashir e altri due operatori per dirigerci verso New Hargeisa dove hanno le 3 sedi operative. Hussein e l'autista ci seguono in un'altra macchina. I 3 centri li chiamano A, B, C e sono dei normali appartamenti su due piani e spazio esterno, con parte verandata. Al momento sono presenti circa 160 pazienti, in totale nei 3 centri, tutti uomini. Sono aperti, come organizzazione, da circa 1 anno e 5 mesi. In totale hanno avuto 240 pazienti, 70 dei quali sono stati dimessi nel frattempo. Un bel numero e soprattutto le persone rimangono molto tempo a occhio e croce all'interno della struttura. Lasciamo la macchina al centro A dove entriamo per una breve visita. Nella veranda adibita a spazio ricreativo per i pazienti (o meglio, a spazio di relax, come sottolineano più volte gli operatori con cui parlo) è presente una televisione accesa, e tutto intorno alle pareti delle sedie di plastica. Ci sediamo un attimo, qualche paziente gira per il cortile, ci sono delle guardie, tutto abbastanza tranquillo. La tv fa il suo mestiere e va avanti nella noncuranza della maggior parte delle persone, alcuni guardano, altri dormono. (...)

A piedi ci dirigiamo verso gli altri 2 centri. Una loro guardia, non armata, ci accompagna. La struttura è simile per ogni centro, una veranda con televisione e il resto è appartamento con un ufficio. Nel secondo centro la veranda è piena di persone, tutti uomini, tutti pazienti che stanno guardando la tv. Ad occhio direi che si tratta di circa 40-50 persone.

Entriamo a ci mettiamo in un angolo a chiacchierare con un operatore di Sahan ed un altro ragazzo .Quest'ultimo ci dice spontaneamente quante persone sono presenti nei centri e ci fornisce qualche altra informazione, tant'è che penso si tratti di un operatore locale che non mi era stato presentato. Poi mi cade l'occhio verso i suoi piedi e noto che è incatenato! Commento la cosa e ci facciamo una bella risata... gli spiego che credevo fosse un social worker del centro, ridiamo e ci diamo una pacca sulla mano come si usa in queste situazioni. Si chiama Guled, poco dopo lo intervisterò.

Molte delle persone sedute nella stanza relax sono incatenate ai piedi, nessuno sembra particolarmente agitato; in generale c'è un atmosfera rilassata. Ci dirigiamo verso l'ufficio, passando in mezzo a altri due o tre pazienti seduti, vicino a uno che si fa tagliare le unghie dei piedi da qualcun altro; poi altri ancora, una sola persona è relativamente agitata, ma niente di che (dal diario, Hargeisa, 27/03/09).

A differenza dei reparti di salute mentale e delle altre strutture visitate sino ad allora, le visite dei parenti sono limitate ad una sola giornata, il venerdì, e seguono un copione abbastanza rigido:

Appena prima del nostro arrivo al centro B, in mattinata, si era fermato un minibus da cui 4-5 persone erano scese e andate al portone del centro. Ognuno aveva in mano un sacchetto contenente, così intravedo dalla trasparenza dei sacchetti, principalmente abbigliamento. Sono evidentemente i parenti dei ricoverati. Anche quando torniamo al centro B, dopo la visite agli altri e le prime interviste, troviamo un certo numero di persone in attesa fuori dal centro. Il venerdì è infatti il giorno deputato alle visite dei familiari. Solo il venerdì e per un'ora e mezza-due ore a settimana. Gli orari variano a seconda dei centri:

A- 4.00 – 5.30 P.M.;

B- 8.00 – 10.00 A.M.;

C- 1.00 – 3.00 P.M.

La pianificazione che mi hanno presentato non pareva molto precisa negli orari ma, anche dalle interviste con i familiari, in effetti, pareva comunque confermato l'imperativo orario e il tempo limitato per le visite. Nel centro B, ad esempio, c'è una stanza adibita agli incontri in cui, contemporaneamente, in lati diversi della stanza pazienti incontrano i famigliari che portano loro vestiti, magari cibo o altro di cui possono avere bisogno. A seconda della condizione di salute della persona i famigliari possono fermarsi più o meno tempo, dice il direttore “se la persona sta bene, se può parlare, allora si fermano anche dieci-venti minuti, se no giusto il tempo di lasciare le cose e poi entrano altri” (...) I parenti sono in attesa fuori, nella zona veranda con la tv. È venerdì, non ci sono particolari urgenze, la situazione dell'attesa, almeno quel giorno, pareva calma e ordinata (ibid.)



Chiedo come mai lasciano visitare i pazienti solo una volta a settimana e il direttore risponde affermando che “è l'unico giorno in cui la gente non lavora quindi hanno tempo per venire”. A Bosaso, dove vigeva più o meno esplicito l'obbligo per un parente di presenziare in ospedale, pur con ampie flessibilità, quest' "obbligo" era rispettato e sicuramente il fatto che non fosse fornito cibo facilitava la presenza di qualcuno almeno nei momenti dei pasti. Con un tasso di disoccupazione giovanile del 75% e tra la popolazione generale che supera il 60%, mi sembra un po' forzato affermare che siano motivi di lavoro che non permettono di essere presenti. Più verosimilmente questo rispecchia il senso del servizio, ovvero il fatto che la famiglia, una volta portato il parente al centro, lo lascia nelle mani degli operatori, e paga per questo, allentando le proprie responsabilità dirette. Inoltre – questa è l'impressione che ricavai quel giorno – problemi di organico facevano optare per concentrare la presenza dei familiari, che può diventare caotica, in un lasso temporale limitato per permettere di meglio gestire il processo.

### **5.5.2 Il servizio, la terapia, il contenimento**

Un giorno di visita da Sahan, alla fine di un'intervista, mi siedo con il direttore, due operatori, un guardiano e il mio assistente di ricerca a scambiare qualche opinione. Il direttore ingaggia una discussione molto interessante chiedendomi un resoconto e un confronto su quello che ho visto, le impressioni che ho avuto, chiedendo anche suggerimenti per migliorare la struttura, essendo io, ai suoi occhi, un esperto della materia. L'occasione improvvisata è particolarmente utile perché emergono molte delle idee e delle prospettive che questi ha rispetto al proprio lavoro e rispetto a cosa sia il meglio che la psichiatria moderna possa offrire, che pare essere, nella sua opinione, esattamente quanto è da loro realizzato. Il porsi come un centro di eccellenza, in opposizione a quanto possono offrire i centri “tradizionali” e religiosi, che pure sono dentro una rete di relazioni consolidate e a cui si inviano e da cui si ricevono pazienti, è il leitmotiv (non solo di Sahan) evidente nelle parole dei loro referenti così come nei simboli evocati.

Durante l'improvvisato focus group realizzato da Sahan, l'immagine che si vuole dare del centro è chiara: “ *qui utilizziamo solo medicine, non sistemi tradizionali*”, i trattamenti che si fanno al centro sono “*sofisticati e moderni*” e il centro è un luogo

basato su *“prendersi cura e medicine (...) quando una persona inizia a stare bene cerchiamo di trovare lavoro, facciamo del counselling”*. Oppure, rispetto alla formazione degli operatori, questi sono definiti *“professionali”* perché:

hanno ricevuto training. (...) Ad esempio quando i medici somali vengono loro li seguono nelle visite, fanno formazione”, inoltre “durante la settimana ci sono infermieri, e vengono medici il giovedì come ad esempio medici generici, dentisti (dal diario, centro Sahan, Hargeisa, 12/05/09)

L’associazione *“è registrata al ministero della sanità”* e si avvale anche delle conoscenze dell’occidente: *“dottori somali [dalla diaspora] vengono periodicamente a fare visite nei nostri centri, nei periodi estivi o in altri momenti... anche uno psicologo dalla Germania è venuto<sup>204</sup>”,* inoltre *“ci sono centri come questo in Svezia, Norvegia, Canada”*.

I nostri interlocutori – lo stesso avviene con enfasi diverse anche negli altri centri che visitiamo – sottolineano dunque un salto di qualità nei loro servizi, facendo sfoggio di terminologia e presupposti del fare psichiatrico occidentale. Nella pratica le cose stanno diversamente. I medici somali (“psichiatri”) che visitano i pazienti una volta a settimana sono gli stessi che lavorano negli altri centri pubblici e privati, in particolare il medico che gestisce il centro privato di Boroma e il medico del reparto di Hargeisa, che medico non è e, al di là di questo, le cui capacità clinica e medica sono notoriamente assai limitate. Se i medici che vivono in Somalia vengono un paio d’ore la settimana per le visite cliniche, quelli che arrivano dall’estero, come spiega il direttore di Sahan, vi passano l’estate. Questo però non vuole dire che rimangono a effettuare visite cliniche o training allo staff durante tutto il periodo e il loro coinvolgimento all’interno di queste strutture varia molto ma appare anch’esso poco formalizzato e molto lasciato alla volontà del medico di turno. A Sahan, ad esempio, un medico dal Canada “rimasto per l’estate” ha in realtà svolto visite cliniche all’interno della struttura per due settimane complessivamente. Leggendo una scheda sulla struttura di Habwanaag si evince che lo staff riceve training da medici somali della diaspora (anche in questo caso un elemento di valorizzazione del lavoro locale). Incuriosito, cerco di approfondire la questione e al

---

<sup>204</sup> In questo caso si tratta sicuramente di M. Odenwald che ha realizzato una ricerca su Qaat e salute mentale (Odenwald et al., 2005, 2007) ed ha presumibilmente visitato il centro per intervistare alcuni pazienti.

primo incontro utile (il 2/5/2011) scopro che nell'anno precedente era venuto un solo medico dall'estero, il quale si era fermato un giorno dentro la loro struttura: nessuna altra formazione era stata condotta.

Il "counselling" si riduce a qualche scambio di battute con il paziente in maniera sporadica, così come l'unico intervento psicosociale pare essere la disponibilità della veranda con la televisione accesa, dove spesso le persone si fermano a dormire durante il giorno. Nessuno degli operatori è formalmente un "counsellor", qualifica che in sé non esiste in Somalia, e non ha ricevuto formazione specifica all'estero né da qualche organizzazione non governativa o agenzia internazionale.

In effetti, in nessuna delle strutture esiste una "job description" dei ruoli e delle competenze, non esistono percorsi formativi interni o esterni che, quando avvengono, sono estemporanei e casuali o, per usare un eufemismo riportato dagli stessi operatori, "irregolari". Gli infermieri, unica categoria sanitaria assieme ai medici ad avere un curriculum formativo riconosciuto, sono sempre presenti nelle strutture e, di fatto, le gestiscono interamente, tranne in quelle ove questa funzione è svolta da una figura con un profilo amministrativo. Nelle strutture sorte per iniziativa o all'ombra di uno specifico medico (i.e. Dr. Abdirahamn nel centro privato di Boroma e Dr. "who" presso Rwyana) questi garantisce, nel bene e nel male, la reputazione del centro e si fa vedere non più di una volta a settimana. Gli altri centri, che usano a rotazione i pochi medici disponibili, ne garantiscono la presenza presso i loro centri con frequenze simili. Le figure più numerose in tutti i centri di salute mentali privati, sono le figure non specializzate, dalle guardie ai "social worker" che, a dispetto del nome, sono spesso degli operatori senza alcuna preparazione specifica che mettono un po' di buona volontà nella loro presenza con i pazienti. Da Habwanaag lo staff consta di sedici figure, tra cui 2 infermieri, 1 "magazziniere" che gestisce la farmacia, 7 assistenti (guardie e varie figure di supporto inclusi social worker) e 6 tra donne delle pulizie e cuoche. Il medico è esterno, mentre gli infermieri "sono presenti durante la settimana", ma le figure permanenti sono quelle ausiliarie, così come nella struttura privata di Boroma, mentre nel centro Rwyana un infermiere, che pare faccia il grosso del lavoro, è presente in pianta stabile e tutto il resto dello staff, salvo il medico che passa una volta alla settimana un paio d'ore, è personale ausiliario e di supporto. Nel centro di Boroma lo stipendio dei guardiani, 30\$ al mese (dati 2011), è pari a quello degli ausiliari ("social worker", secondo la definizione data dal referente medico), il che fornisce un elemento indiretto circa l'assenza di specializzazione/differenziazione tra i ruoli. Per dare un'idea delle

dimensioni economiche dei costi di tali centri, si ricorda che il centro privato di Boroma dichiara di sostenere spese per circa 400\$ al mese (incluso affitto dello spazio e i salari) mentre Habwanaag dichiara circa 5.000-6.000\$ al mese (incluso anche cibo e “test di laboratorio”). Il diverso valore si rispecchia sia nello stato di manutenzione sia nella qualità della gestione delle due strutture e nel costo che le famiglie devono sostenere: al massimo di 40\$ al mese (a quanto dichiarato) nel primo e sino a 150-200\$ nel secondo. Rywan, di cui non è stato possibile avere questo tipo d’informazioni, riceve il cibo gratuitamente da WFP-World Food Program (che effettua questo tipo di servizio solitamente per gli ospedali pubblici) e le medicine da WHO (in modo saltuario, come saltuaria è la fornitura di medicine nel reparto di Hargeisa che dovrebbe avere la priorità).

Ritornando al tema della professionalità, innanzitutto dichiarata, il direttore di Sahan non esita a rilanciare in direzione di una modernità immaginata, paragonando il centro a quanti *simili* esistono in occidente. Questo paragone, nelle modalità in cui era presentato all’interno della conversazione che stavamo intrattenendo, mi era parso una *boutade* auto-promozionale e un modo per trovare complicità. Quando chiesi di specificare meglio a cosa si riferisse, ovvero se intendesse che vi erano delle specie di “gemellaggi” e dei contatti, oppure se riteneva simili gli strumenti utilizzati e i presupposti che guidano il lavoro di entrambi, oppure, ancora, se medici somali lavorassero sia in centri medici occidentali sia presso il suo, le sue risposte furono alquanto elusive, salvo citare il nome di un medico somalo che lavorava in Gran Bretagna e che era stato una volta anche da Sahan.

Durante un soggiorno di ricerca a Minneapolis, tra Novembre e Dicembre 2009, visito il centro “YASSIN’S HOME - An Adult Foster Care Home”, situata in 3240 Park Avenue South Minneapolis, una struttura residenziale per adulti che fornisce:

cura personalizzata, cibo, riparo e supervisione 24 ore su 24 per adulti eligibili, che stanno facendo fronte a uno o più problemi emotivi, di salute mentale o di dipendenza chimica. La cura è fornita in un ambiente di tipo familiare, dove l’attenzione è personalizzata e indirizzata verso i bisogno culturali dei nostri clienti (...) Nelle ricerche sulla salute mentale della comunità africana in Minnesota e sul tipo di cura disponibile, il fondatore di Yassin’s Home fu sbalordito nel riscontrare la mancanza di sensibilità culturale e religiosa che sembrava compromettere la guarigione dei clienti. Yassin’s Home fu fondata per creare un ambiente dove i bisogni culturali e spirituali dei nostri clienti fossero soddisfatti e rappresentano una via verso una significativa guarigione

(dalla scheda di presentazione del Centro inviatami dal fondatore).

In questo luogo, nella fredda Minneapolis autunnale, ritrovo un po' di "Somalia", tanto nelle dinamiche all'interno della casa quanto nella confusione "controllata", così come in molti elementi familiari tra odori, sguardi, prossemica, ruoli ed espressioni verbali. In un paio di occasioni mi viene in mente proprio il centro di Sahan e quell'enfasi sul ricreare una struttura dove il prendersi cura, pur "professionale", valorizzi una dimensione di tipo familiare. L'ubicazione stessa di entrambi i centri è assai simile: entrambi sorgono infatti in zone residenziali delle rispettive città ed entrambe sono delle "normali" case, identiche a quelle più prossime lungo le rispettive vie. La televisione sta al centro del salotto da Yassin ed è il luogo di ritrovo preferito, così come la veranda con la tv è il luogo dove i degenti di Sahan frequentano uno spazio condiviso. Probabilmente, però, le analogie finiscono qui e il senso di somiglianza che mi ha generato la visita da Yassin era forse più dovuto al farmi esperire un po' di *somalità* concentrata in quattro mura in contesto assai diverso come può essere il Minnesota, piuttosto che una somiglianza reale tra i centri. Confrontandoli si può dire che quanto avviene da "Yassin's Home" avviene in un *pieno* di relazioni burocratiche formalizzate e professionalizzate, mentre da Sahan avviene in un *vuoto* di queste ultime. Yassin è un centro residenziale dove gli operatori che vi lavorano hanno un titolo riconosciuto per farlo, esclusi i volontari, e chi somministra le medicine lo può fare a titolo di legge. Non viene effettuato un lavoro clinico farmacologico all'interno del centro; semplicemente vengono somministrati farmaci prescritti dalla struttura inviante o dal medico di riferimento, esterno. L'invio a tali centri (ne esiste almeno un altro simile, anch'esso per soli somali, a Minneapolis) avviene tramite i servizi sociali e quelli psichiatrici territoriali, come periodo di riabilitazione successivo alla degenza in *acuzie* in ospedale oppure su segnalazioni di giudici, oppure, ma più raramente, direttamente dalla famiglia. Come sappiamo, all'interno di Sahan e degli altri centri simili in Somalia tutto avviene all'interno della struttura senza formalizzati controlli interni o esterni e senza un collegamento con altri professionisti esterni basato sulla condivisione del caso clinico, ovvero sulla messa in rete di competenza per una gestione olistica del caso.

Inoltre, se Yassin cerca appositamente di ricreare un contesto familiare *somalo e musulmano* dove poter prestare l'attenzione necessaria alle persone anche da un punto di vista "culturale", aspetto che pare mancare nell'aliena e, per taluni, alienante società

nordamericana, Sahan non ha questo tipo di preoccupazione. Se l'esperienza di malattia in contesto straniero, l'azione del "911", i "probation officer" e, in generale, il sistema iper-regolamentato di welfare nordamericano ha esternalizzato il controllo sulla persona portandolo al di fuori della famiglia, il lavoro di Yassin cerca, in un certo senso, di riportarlo all'interno di essa, di accompagnare questo processo usando codici culturali ritenuti appropriati e necessari. Da Sahan e dagli altri centri esiste una prospettiva di cura, accudimento, o semplice gestione, che, senza la preoccupazione della "cultura", porta la persona fuori dalla famiglia per motivi "terapeutici" ma anche di comodità familiare.

Questo è evidente nella modalità di gestione della permanenza all'interno di tali centri. I reparti di Burco e Bosaso, che hanno una gestione delle tariffe di ammissione vicina all'idea di pubblico (gratuità o prezzo ridotto) e paiono gli unici centri che basano la gestione delle ammissioni-dimissioni su criteri clinici, trattengono le persone al loro interno per un tempo variabile da un giorno a due-tre settimane, salvo qualche eccezione. In tutti i centri "privati" che abbiamo visitato la permanenza al loro interno ha una durata notevolmente superiore, solitamente non inferiore a qualche mese. Il momento delle dimissioni può generare qualche difficoltà perché:

Bisogna convincere le famiglie che la persona sta bene e gli insegniamo come comportarsi con lei, una volta a casa (...) Succede che le famiglie non vogliono portarli via, ma non si sono mai rifiutati alla fine (Bashir, Direttore Sahan, Hargeisa, 27/03/2008).

Più che valutazioni cliniche rispetto alla dimissione pare che il criterio principale sia legato al "riposo" e al livello di "aggressività", dove i due aspetti sono correlati. Un criterio esterno è invece quello adottato dalla famiglia, che può decidere di togliere la persona dalla struttura perché intende spostarla altrove (magari durante il periodo estivo o perché tutta la famiglia emigra), più raramente per portarla a casa oppure perché il peso economico diventa eccessivo. Non va dimenticato, infatti, che in tutti questi centri la permanenza ha un costo variabile tra i 40\$ e i 200\$ a seconda della struttura, del tipo di servizio (cibo, medicine, esami) e del tipo di economie della famiglia inviante. Un operatore di Sahan ci spiega come gestiscono le diverse tariffe:

Dipende, quelli che possono pagano, quelli che non possono non pagano. (...) Se ci dicono che non possono pagare, li seguiamo, andiamo con loro, per vedere se è vero che non possono pagare. C'è chi paga 20\$ al mese fino a 110\$... Uno una volta ha pagato 200\$

subito al primo giorno, dicendo che avrebbe pagato così tutti i mesi, ma poi non si è più visto. (...) All'inizio chiediamo ai familiari cosa vogliono pagare, se il cibo, le medicine, i vestiti... Il resto lo copriamo noi (ibid.)

Va detto che le informazioni sui costi, argomento certamente sensibile, sono trattate diversamente dagli operatori delle strutture e dai pazienti/familiari: questi ultimi hanno sempre riferito di cifre pagate nella parte alta del *range* dichiarato dai primi, e durante le nostre visite in tali centri non abbiamo mai trovato un degente ammesso in regime di completa gratuità. Al centro di Borama, che versa in condizioni disastrose e di apparente abbandono, la tariffa dichiarata è di 40-50\$ al mese, mentre da Habwanaag, struttura da 110 posti letto nominali, il costo varia da 50\$ a 150\$ al mese.

Il costo economico di tali servizi è strettamente legato a quello dell'“offerta clinica” che annovera, tra gli strumenti maggiormente utilizzati, il contenimento fisico. La presenza di persone incatenate, anche in condizioni di apparente “stabilità” e di “assenza di aggressività”, è evidente in ognuna delle strutture visitate. Investigando sull'uso delle catene ci viene riferito che queste, come ci si aspetta, sono usate per controllare l'agitazione e l'aggressività delle persone. Le nostre osservazioni rivelano però ~~di~~ una diffusione ben più ampia, estesa anche laddove tracce di aggressività non se ne vedono. Vista l'alta diffusione delle catene chiediamo se prevedono dei protocolli d'uso o, più semplicemente, come le gestiscono. Indirettamente emerge una sorta di prassi consolidata che prevede l'uso delle catene nella fase iniziale per la durata consecutiva di “1-3 settimane” (Sahan) o “1 mese” (Habwanaag e Boroma “mental health clinic”) in contemporanea, e non in alternativa, alla somministrazione di psicofarmaci. Se a Bosaso e in altre strutture l'uso degli psicofarmaci è (il principale) strumento usato per togliere le catene alle persone, anche dimostrando alla famiglia la possibilità di tenere la persona controllata e libera da catene, in questi centri tale “opportunità” non è sfruttata e non rientra tra le prospettive cliniche e di gestione del percorso terapeutico. Ipotizziamo che sia proprio la debolezza del lavoro clinico e sociale a generare tale situazione. Dopo tale periodo iniziale di contenimento, se la persona è liberata, sia gli operatori di Habwanaag, sia quelli di Rwyana, sostengono che segue un periodo di “counselling”. Il periodo in cui le persone sono incatenate in realtà pare essere mediamente maggiore e può protrarsi per vari mesi oppure anche per l'intera durata della permanenza. In altri termini, la rimozione delle catene non è una priorità ma anzi è uno degli strumenti di lavoro maggiormente usati.

Alcune considerazioni aggiuntive ce ne spiegano la ragione, a partire dal

mantenimento in equilibrio della triangolazione tra: costo del servizio – responsabilità degli operatori – aspettative delle famiglie. Mentre passeggiamo tra un centro e l'altro, un operatore di Sahan mi confida che i pazienti spesso sono incatenati perché gli operatori hanno paura *“che possano scappare... se questo succede la famiglia ti può biasimare, accusare e portare in tribunale perché stanno pagando per tenere i parenti nella struttura”* (dal diario, Hargeisa, 27/03/2008).

In linea generale la famiglia paga una quota, spesso consistente, e pretende che la persona non scappi dal centro. In questo contesto il fatto che ciò avvenga attraverso l'uso di catene, piuttosto che attraverso un lavoro riabilitativo differente, non sembra preoccupare le famiglie e, in effetti, non stupisce, visto l'alto tasso di incatenamento già all'interno delle case. Le famiglie sono avvezze all'uso delle catene così come alla pochezza dei servizi ospedalieri nel campo della salute mentale. Gli operatori a loro volta non paiono orientati (e stimolati) verso la ricerca di una soluzione diversa dalle catene per permettere una permanenza del centro più “umana” perché, anche ai loro occhi di “professionisti”, questa pare l'unica possibile che, abbinata al conseguente riposo che si prolunga per qualche mese, farà sì che la persona prima o poi si calmi e sia possibile rimuovere la pesante ferraglia dai polpacci.

Inoltre il fatto che la persona rimanga all'interno della struttura e non possa scappare rappresenta un punto di forza per quanti abbiano anche un problema di abuso di Qaat. Per molti l'unico modo per non masticare è essere isolato, perché una volta in strada tutti masticano ovunque, se hai i soldi in tasca puoi comprare, se non li hai puoi provare a chiedere qualche foglia a parenti o amici. Camminare per strada nel pomeriggio, per una persona con problemi di dipendenza, è come per un assetato camminare in mezzo a un lago. Un operatore di Raywan sottolinea come nel loro centro l'uso di Qaat sia proibito (sulla carta lo è in tutti i centri pubblici o privati) e che non si verificano quelle dinamiche tipiche degli ospedali:

A volte in ospedale le persone non ci vanno, le portano qui perché là non possono smettere di fumare, o masticare, anche le guardie magari glielo danno... oppure il paziente ti dice ‘go buy for me’, perché non sono controllati... finché stanno dentro va bene poi quando va in città... non c'è nulla che possiamo fare per questo problema... (Infermiere del centro Raywan, Hargeisa, 08/04/09).

Finché le persone sono nel centro, la famiglia ha la garanzia che non venga toccata una foglia di Qaat.



Un altro elemento interessante della triangolazione sopra riportata è il peso delle aspettative della famiglia, in cui può giocare un ruolo significativo la parte di famiglia che vive all'estero e invia rimesse a casa. Durante un'intervista con Abdirisak dell'organizzazione GAVO, parlando del ruolo delle famiglie e del loro rapporto con gli operatori di salute mentale, a un certo punto questi sposta il focus del discorso dagli ospedali ai nuovi centri:

I servizi di salute mentale sono molto poveri, la gente semplicemente scappa da questi ma... in questi centri non trattano la salute mentale ma li trattengono in piccolo ambiente abbastanza pulito, dove mangiano a sufficienza, non disturbano le famiglie a casa... perché credo che alcuni sono portati nei centri e trattenuti lì non per essere curati ma perché i familiari sono stanchi e vogliono che... ora questo uomo è al centro... inoltre c'è anche il problema di quello che chiamiamo "progetto", almeno dal punto di vista dei familiari... magari io sono Abdirisak e c'è un mio cugino che è malato e ho i parenti in UK... così loro mandano soldi... li chiamo e 'bla bla'... mi dicono 'ti mandiamo 300 o 500 dollari al mese ma prendetevi cura di lui'... capisci... così io lo porto lì, per il suo interesse lo portano lì... poi ti chiamano al telefono 'come sta?' e io 'ah... sto ancora lottando, è dura... ma siamo qua al centro assieme tutti e due, è ancora ammesso...' questo esiste anche negli ospedali... per questo noi dobbiamo essere molto attenti quando ammettiamo qualcuno in ospedale... con la famiglia, perché certi parenti... Vedi, anche l'ultima settimana sentivamo che c'era qualcosa ma non l'abbiamo capito subito, lo abbiamo capito dopo... loro non vogliono che il parente stia bene, perché i soldi finiscono... vogliono che lui sia il ponte e vogliono ancora continuare ad avere quei soldi... non possono dire che sta bene... vedi questa è una questione manipolatoria che esiste (Abdirisak, Hargeisa, 20/05/2011).

La famiglia può lasciare il parente qualche mese al centro (e quindi liberarsi almeno parzialmente della difficoltà di gestione di questi a casa), gli operatori hanno un nuovo cliente e i familiari all'estero sanno che stanno investendo i loro soldi per aiutare concretamente la famiglia. L'arrivo di medici somali dalla Diaspora, anche se per brevi periodi, e il collocare il proprio lavoro nelle caselle della modernità, in opposizione a quanto di "tradizionale" avviene localmente per la cura delle persone con problemi mentali, serve anche a promuovere e tutelare la propria immagine tra chi risiede all'estero, ovvero per rassicurarli del loro "investimento". Siamo di fronte ad un mercato ben collaudato, dove apparentemente gli attori della "triangolazione" sono tutti soddisfatti e dove mai emerge l'"oggetto" intorno a cui ruota l'intero sistema, ovvero il soggetto sofferente. Rispetto agli altri centri, che per anni hanno fornito uno scadente

servizio di salute mentale e che rappresentano il nodo di paragone per il grande pubblico, queste strutture non sembrano aggiungere nulla in termini di capacità terapeutica se non una maggiore pulizia delle strutture (alcuni) e una maggiore forma di controllo (contenitiva, non clinica) regolata dal vincolo economico per la fornitura dei servizi.

Il tempo dirà quale tipo di sviluppo avranno tali servizi: sicuramente una parte del loro (in)successo dipenderà, per usare un termine economico, dalla bontà di realizzazione del *business plan* e seguirà le regole del mercato locale. Dal punto di vista dell'efficacia andrà capito se i cambiamenti positivi, laddove presenti, generati da tale tipo di servizi saranno di breve, medio o lungo periodo e quindi se le famiglie considereranno vantaggioso il rapporto qualità/prezzo. Tutto ciò andrà considerato entro la più ampia e mutevole arena sanitaria e in riferimento allo sviluppo e alla diffusione degli altri progetti di cui abbiamo parlato, dove un elemento discriminante, al momento non prevedibile, potrebbe essere giocato dal Ministero della Sanità qualora decidesse di volere regolamentare il settore.

## **CAPITOLO 6 DAGLI ITINERARI TERAPEUTICI ALLA MIGRAZIONE TERAPEUTICA**

### **6.1. Itinerari terapeutici**

Nell'introduzione del capitolo precedente ho ampiamente discusso le dinamiche sottese alla scelta dell'esperto cui le famiglie si rivolgono per gestire il disagio, quando le risorse domestiche e l'auto-cura non sono sufficienti. Abbiamo inoltre analizzato singolarmente gli attori "esperti" cui si fa tappa lungo gli itinerari terapeutici adottati dalle famiglie, mettendo criticamente in relazione questi ultimi con il concetto di modelli esplicativi. L'ordine con cui si percorrono le possibilità di cura a disposizione può seguire inizialmente una logica eziologica, ma l'utilizzo di più risorse, come accade nella pratica, segue la logica della guarigione. Nel nostro contesto di ricerca, come in altri abitati da Somali, non si trova nel corso degli itinerari alcuna "incompatibilità tra intervento 'locale' o 'tradizionale, e 'straniero' o 'moderno'" (Zarowsky, 2000, p.394).

Il guaritore coranico è nella maggior parte dei casi il primo ad essere interpellato, ma ad esso fa seguito, quando l'efficacia percepita dell'intervento è debole, un altro Sheikh o *wadaado* oppure un medico o un guaritore mingis.

Guled (Cfr. anche §. 3.1 e Cap.5) ha seguito un percorso che si può definire "tipico", quello che abbiamo osservato con maggiore frequenza in qualsiasi territorio somalo, ovvero il circuito che dal guaritore coranico porta al medico, poi al guaritore e al medico ancora.

A Dubai cerca di raggiungere il fratello che sta a Londra usando il suo passaporto, che è riuscito a farsi spedire, ma viene arrestato e dopo tre mesi in carcere viene liberato e rispedito indietro nel 2001, grazie all'aiuto della famiglia che manda 2000\$. Dopo qualche anno inizia a lavorare in un magazzino di famiglia, si sposa, ma poco per volta inizia a non sentirsi bene, si sente, con le sue parole: "malato. Avevo bisogno di un po' di riposo; ero fisicamente stanco, completamente stanco". Vuole andare via, vorrebbe raggiungere il fratello in Inghilterra. La stanchezza preoccupa la madre perché non capisce cosa succeda, inoltre c'è da lavorare, il padre è morto nel '97. Ha lasciato delle proprietà ma aveva anche un'altra moglie in Francia; non erano poveri, insomma, ma c'era bisogno del contributo di Guled. Egli inoltre alternava momenti in cui dormiva a stati di agitazione e rabbia.

Mia madre è andata allora dallo Sheik... in un centro che si chiama Daarul Shifa; è un centro tradizionale. Sono rimasto lì per 10 giorni... ma in tutto sono stato 2 anni e mezzo con vari guaritori tradizionali.(...) anche Zaar, qualche volta (Guled, centro “A” di Sahan, Hargeisa, 27/03/09).

In questo periodo della sua vita, seguendo il suo racconto, Guled alterna momenti in cui migliora a peggioramenti, come la volta che:

sono andato in questo *cilaaj* mi hanno messo qualcosa di caldo... acqua... no... qualcosa di caldo nel naso dicendo che mi avrebbe fatto stare bene... non so cosa mi è successo... la mia testa pareva uscisse di fuori, il mio respiro si interrompeva... ho preso due uomini per la testa, fighting... e lo Sheikh ha detto a mia madre... non voglio tuo figlio qui, per nulla... è un pazzo... non voglio più che stia qua (ibid.).

In un momento di maggiore tranquillità, quando si trova a casa, pare possa arrivare un visto dal fratello, per cui si dirige con un altro ad Addis Abeba. Rimangono in attesa per qualche mese, ma il visto non arriva e lui torna ad Hargeisa. Un giorno, guidando una macchina di un amico, fa un incidente e qualcuno dice alla madre che era ubriaco e che aveva iniziato a bere quando era in Etiopia. Per questo motivo, spiega ancora Guled:

Mi ha portato da ABYAN [uno dei nuovi centri di guarigione Coranici, Cfr. Cap.5], dove sono rimasto per 7 mesi. C'era anche lui [indica un ragazzo che passa dietro la porta in catene] ma allora stava peggio si strappava i vestiti (ibid.)

Guled viene portato al reparto di Hargeisa dove si ferma meno di un mese e poi lo portano nuovamente da uno Sheikh il quale:

Dice che una donna ha messo qualcosa nel mio bicchiere... Sixir” poi di nuovo”la gente dello Zaar dice che ho preso lo Zaar... poi hanno sgozzato una pecora e... dopo tutto questo mi hanno portato in ospedale e poi il medico [del reparto di Hargeisa che è lo stesso che visita una volta a settimana privatamente da Sahan] ha detto che avevo bisogno di riposo e mi hanno portato qua ho preso le medicine per dormire, sono rimasto qua un po'... 27 giorni e come puoi vedere sono completamente a posto... (ibid.).

In effetti all'inizio, come ho ricordato nel precedente capitolo, l'avevo scambiato per un operatore, salvo poi notare le catene ai suoi piedi. Passando più tempo con lui capii però che era ancora disturbato e spesso confuso, anche se pareva decisamente "compensato". Ciononostante ha le catene, com'è d'uso nei centri privati:

Il primo giorno che sono arrivato qua mi hanno incatenato. All'inizio ero incatenato sia alle mani che ai piedi. I'm a fight man [ride] poi mi hanno tolto quelle alle mani perché sto meglio... ogni tanto lavoro qui do le medicine agli altri pazienti (...) mi disturba avere le catene, mi fa anche male [mi fa vedere delle piccole ferite alle caviglie provocate dalle catene, per sfregamento]. (...) Prima di essere incatenato... una volta guidavo l'auto ed ero ubriaco [l'episodio riportato sopra] e sono andato contro altre auto... mia madre ha dovuto pagare 4.000\$ per gli incidenti... ma con le catene queste cose non capitano... però non penso che sia corretto, non sto bene con le catene (Guled, centro "A" di Sahan, Hargeisa, 27/03/09.)

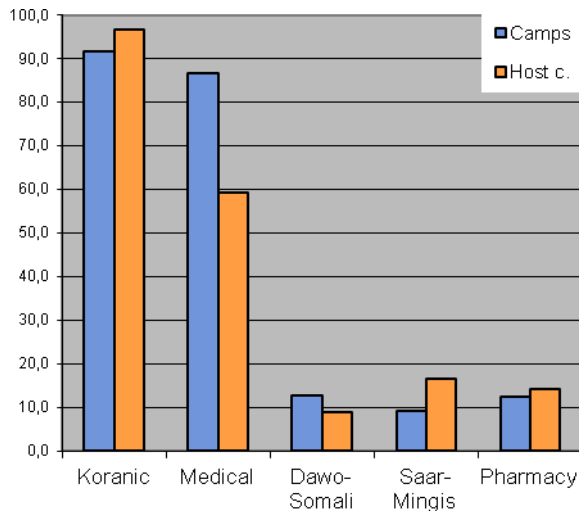
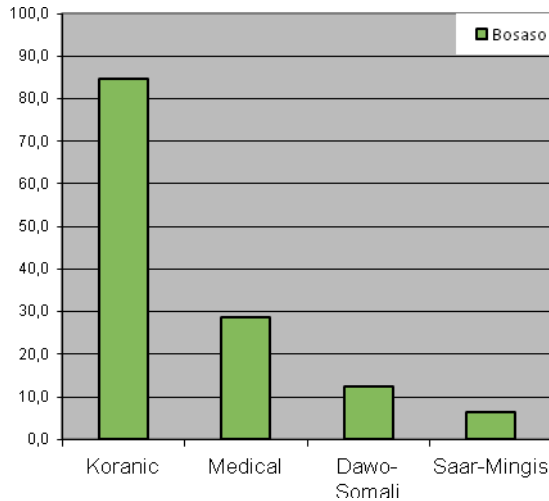
In questi anni di visite continue, alti e bassi, senza mai trovare una soluzione, e tentativi falliti di andare all'estero, pareva che il suo desiderio di partire si fosse assopito, anche se la madre pareva avere altri piani, come ricorda lui stesso:

Voglio stare qui, stare con mia moglie avere figli... voglio lavorare in Hargeisa ma mia madre vuole comprarmi un visto per andare in Qatar a trovare lavoro... lì si possono fare 3-4.000 dollari al mese e le spese per andare sono circa 7.000 -10.000<sup>205</sup>... io dico a mia madre dammi quello che puoi che io sto qui... (ibid.).

Il suo itinerario terapeutico, scommetterei sul fatto che non sia finito lì, è "sovrrabbondante" per il numero di risorse terapeutiche adottate, molto numerose e costose, ma la sua famiglia era effettivamente abbastanza agiata da poterselo permettere. Se la quantità soldi investiti non è alla portata di tutti, la traiettoria è, con le dovute proporzioni, simile a quella di chi, con meno risorse economiche, si trova a fronteggiare il disagio mentale. Si vedano a tale proposito alcune elaborazioni statistiche relative all'utilizzo di risorse terapeutiche a Bosaso e nel campo rifugiati di Dadaab:

---

<sup>205</sup> Le cifre dei suoi racconti sono "ritoccate" verso l'altro, come ci conferma la madre.



*Fonte: Nostre elaborazioni da Database del Reparto di Salute Mentale di Bosaso e dal Database del Campo rifugiati di Dadaab, ripreso da Reggi (2010).*

I dati di Bosaso, elaborati da un totale di 2.405 cartelle cliniche, parlano chiaro: l'85% dei pazienti del reparto aveva già consultato in precedenza un guaritore coranico, il 29% un dottore-specialista, il 12% aveva fatto ricorso a Dawo-somali e il 7% a Saar-Mingis.

Come nella storia di Guled, la maggioranza delle persone fa visita prima di tutto a un guaritore coranico e solo successivamente ricorre ad alte risorse disponibili. Va inoltre sottolineato inoltre che nella maggior parte dei casi (i.e. 86% a Dadaab)<sup>206</sup> non si tratta di una sola visita ma di ripetute visite che possono protrarsi per anni. Guled

<sup>206</sup> Cfr. Reggi, 2010. Riteniamo con serena convinzione che a Bosaso, di cui non disponiamo tale statistica, i valori possano essere simili.

effettua la prima consultazione in una struttura medica dopo due anni e mezzo di peregrinazioni tra diversi guaritori Coranici e tradizionali. Mediamente a Bosaso una persona si presenta al reparto 3 anni dopo l'esordio della malattia<sup>207</sup>. Il punto di osservazione di queste statistiche è il reparto di Salute Mentale, il che significa che in questi dati non sono incluse le persone che dall'ospedale non hanno mai transitato e si sono fermate alla visita con lo Sheikh, indipendentemente dal fatto che questa abbia dato buoni esiti oppure no. È però importante sottolineare che, all'epoca cui i dati si riferiscono (2003 – 2008), la voce “medical” fa riferimento a visite effettuate presso l'unico professionista somalo del settore disponibile (il Dr. Mohamed Jama, neurologo di Galkayo, 800 km a sud di Bosaso) e alle visite effettuate all'estero, oppure in occasione dell'arrivo di uno psichiatra italiano fermatosi a Bosaso per un mese. Non era presente nessuna delle strutture private che ora sono disponibili, come il reparto che era all'inizio della sua attività. È probabile che una statistica del genere oggi riporti valori nella colonna “medical” ben più alti. A Dadaab, dove sia lo Sheikh sia un reparto di salute mentale sono disponibili in ciascun campo, le percentuali aumentano notevolmente: 92% le consultazioni da uno Sheikh e 87% da un medico<sup>208</sup>. In entrambi i contesti i rituali Saar-Mingis sono quelli meno utilizzati nel 7% (Bosaso) e 9% (Dadaab) dei casi rispettivamente<sup>209</sup>.

La scelta delle risorse terapeutiche è collegata dunque con più fattori che concorrono: il modello esplicativo personale/familiare (soprattutto riguardo all'eziologia), la presenza della risorsa terapeutica, l'accessibilità alla stessa e il costo. La fioritura dei nuovi centri privati di Salute Mentale, nelle principali città del nord, e di quelli “pubblici” a carattere ospedaliero (Boroma, Burco), cambia completamente lo scenario dell'offerta che fino a pochi anni fa era limitata, dal punto di vista delle strutture di tipo medico, a quelle fatiscenti degli ospedali. Inoltre se la presenza di Sheikh è capillare ovunque sul territorio, anche in ambito rurale (dove sono invece assenti le strutture mediche), la proliferazione di nuovi centri di guarigione Coranica (*cilaaj*) va ad aumentare un'offerta e una competizione tra le risorse prima inimmaginabile.

---

<sup>207</sup> Statistica elaborata dal database di Bosaso su un totale di 2.230 cartelle cliniche (Cfr. anche paragrafo 3.3).

<sup>208</sup> Questa statistica è elaborata da un campione di 292 persone con problemi di salute mentale intervistate (Reggi, 2010).

<sup>209</sup> La colonna arancione del secondo grafico si riferisce ai dati della cosiddetta “host community” ovvero il villaggio che circonda i campi di Dadaab, abitato in prevalenza da somali con passaporto keniota, quindi non rifugiati. Una rinomata guaritrice Saar, che abbiamo incontrato, è presente in quell'area, motivo delle percentuali più elevate.

Da ultimo consideriamo il tema della collaborazione e dell'ibridazione dei saperi. È bene ricordare che non esiste una legislazione sulla salute mentale e che relazioni formalizzate tra i vari saperi, così come le discipline dei possibili campi di intervento e relativi limiti allo sconfinamento, sono assenti (Cfr. Cap.2). Dalle interviste che abbiamo condotto risulta che tutti, dallo Sheikh al medico, sono convinti della necessità di forme di collaborazione, anche perché, come ricorda Sheikh Jabriil, “*jiin e problema mentale spesso coabitano quindi magari va dal medico ma poi lo portano qui*”<sup>210</sup> oppure, come ricordava Sheikh Aden nel precedente capitolo, se dopo la loro investigazione non c'è un jiin lo mandano da un dottore. Non si tratta di forme di collaborazione diretta ma di scambio, tecnicamente di “invii”, come ricorda Sheikh Cawil:

Esiste una forma di cooperazione indiretta... ce li inviano, tutti i medici quando non trovano niente ad esempio Gaboose e altri, li mandano dallo sheikh (...) cooperiamo direttamente con Dr.Abdirahman, ma dipende dal medico... non sono sheikh ma magari hanno una conoscenza... dr.Shiine si è graduato in Hamman... ci sono anche quelli che portano direttamente il paziente... dicono ‘non so cosa c'è di sbagliato’ e lo portano qui da me direttamente (Hargeisa, 09/04/09).

Stiamo parlando di due universi simbolici differenti, che sul terreno della salute mentale trovano però dei campi di sovrapposizione. Dalle parole riportate sopra e nel capitolo 5, la prospettiva pare essere quella della definizione netta dei campi di intervento. Di fronte a manifestazioni comportamentali che potrebbero indurre un profano a presumere la presenza di una forma di disagio mentale, lo Sheikh verifica la presenza del jiin con i suoi strumenti e se è presente lo combatte, in caso contrario invia la persona dal medico, il quale compie l'operazione inversa. In realtà abbiamo visto come la presenza di un jiin possa indebolire la persona in senso globale e, viceversa, in una persona lacerata emotivamente questo stato possa aprire la strada all'intromissione di uno spirito malevolo che approfitta della fragilità dell'individuo.

A Berbera verso la fine degli anni '90 fu tentata una collaborazione strutturata tra uno Sheikh e il *Mental Hospital*. A questi era stato dato uno spazio all'interno della struttura dove poteva incontrare i pazienti che vi erano degenti per effettuare pratiche di

---

<sup>210</sup> Intervistato presso centro guarigione erboristico-coranico “Ihsan” in Hargeisa, l'8/4/09.



guarigione, di benedizione o “semplicemente” per recitare assieme il Corano. Ricorda Abdirashid, dell’organizzazione GAVO all’epoca coinvolta in questo processo:

Lì era diverso, lo Sheikh non faceva pagare, sebbene i servizi... li abbiamo iniziati con l’ospedale. A lui veniva dato qualche incentivo ma i pazienti non pagavano, come per le visite mediche... gli faceva una valutazione e per coloro che poteva supportare lo faceva... entrambi gli interventi possono essere utili... il jiin ha danneggiato la persona la sua salute mentale se c’è ed è rimosso bene però rimane il problema perché la persona è ancora vulnerabile... e il jin può tornare indietro molto velocemente... così [schiocca le dita]... lo sheikh esce e la persona è come prima (Hargeisa, sede di GAVO, 24/04/09).

La sperimentazione parve andare bene, i pazienti erano contenti di avere la possibilità di accedere direttamente a gratuitamente allo Sheikh<sup>211</sup>, che dava anche un senso di fiducia maggiore, a quanto ci raccontano gli operatori di GAVO, alle famiglie. I fondi però diminuirono e l’esperimento non fu più replicato.

In realtà, pur rimanendo entità separate, la proliferazione dei nuovi centri coranici e privati di salute mentale mostra non tanto delle forme di cooperazione nuove, quanto dei segnali d’ibridazione funzionali al nuovo mercato. Alcuni centri coranici, come “Abyan” citato nel precedente capitolo, curano esplicitamente persone con problemi di salute mentale *oltre* alle intromissioni dei jiin. Il Corano, come già ricordato, è anche una “medicina” e l’erudizione in campo medico dello Sheikh autorizza questo tipo di sconfinamento. Nei centri privati, anche qualora venga data grande enfasi all’utilizzo della medicina e della psichiatria, la dimensione religiosa è tenuta in ampia considerazione, con la possibilità che il medico, magari figlio di uno Sheikh, legga direttamente il Corano assieme al paziente, poiché il testo sacro è usato come strumento di conforto e rassicurazione. Nel centro coranico femminile di cui parleremo più sotto, lo Sheikh somministra a Fadhya psicofarmaci prescritti dal medico dell’ospedale, oppure presi direttamente in farmacia. Sia la lettura del Corano sia l’acquisto di psicofarmaci sono pratiche che qualsiasi persona può fare autonomamente, e non c’è nulla di strano se a farlo sia un medico o uno Shiekh, privatamente. Ma quando queste pratiche diventano parte della routine di lavoro, allora i parametri cambiano e la commistione di saperi acquisisce tutt’altro significato. Vi è poi negli ultimi anni, un’accresciuta disponibilità di servizi e conseguente competizione, per cui lo stesso

---

<sup>211</sup> Qualche incomprensione è in realtà sorta anche in questo contesto. Ad esempio, secondo alcuni operatori lo Sheikh approfittava a volte per “portarsi” pazienti privatamente fuori dall’ospedale-

paziente spesso frequenta sia l'ospedale o il centro privato sia il centro coranico. Come si vedrà nella storia di Fadhya analizzata nel prossimo paragrafo, lo Sheikh le somministra psicofarmaci e, pur facendo notare che la ragazza stava peggio quando era in ospedale, la inviava sempre a quest'ultimo in caso di aggressività eccessiva. Allo stesso tempo l'infermiera dell'ospedale che aveva aiutato Fadhya a riprendere a pregare correttamente, sottolineava davanti ai familiari della ragazza questa "componente" religiosa per rimarcare la bontà a tutto tondo del loro intervento medico.

I centri di salute mentale rimarranno probabilmente tali e quelli coranici rimarranno dei luoghi di guarigione religiosa, ma di fatto una serie di interferenze stanno già avvenendo.

## **6.2. Migrazione come strategia terapeutica**

### **6.2.1 Culture della migrazione?**

È la terza volta che Suad<sup>212</sup> rientra dal Canada ma in passato è rimasta in Somalia sempre per brevi periodi. Questa volta, ad Hargeisa già da tre mesi, si fermerà più tempo. Stanno ultimando i lavori di un centro ambulatoriale di salute mentale che dovrebbe aprire i battenti nel luglio 2009. Il 15 maggio dello stesso anno mi dice: *“vorrei rimanere tre mesi dopo l'apertura del centro”<sup>213</sup>, ma non mi fermo qua per sempre...”. Nel momento in cui scriviamo sono passati tre anni e risiede tutt'ora ad Hargeisa. Un giorno mentre stavamo scambiando i rispettivi contatti email, nota nella mia posta elettronica un messaggio di Facebook:*

‘anche io ho facebook!’, al che le dico ‘a dire il vero io non lo uso molto però...’ ‘io sì, ogni giorno... è comodo, ogni tanto voglio mandare un saluto, lo scrivo e lo mando ai miei amici... è un buon modo per tenersi in contatto... sai la mia famiglia è in tutto il mondo. Noi somali siamo così; tutta la famiglia è una grande famiglia, io non li conosco tutti... c'è chi è in Italia, chi in Canada, in Australia, Sud Africa, Inghilterra. Ogni tanto la gente cambia posto, credo sia una questione culturale: non possiamo stare fermi. Anch'io ho già cambiato posto almeno dieci volte, ogni tanto basta... dobbiamo andare, è nel sangue... anche nello stesso paese. Magari un giorno un amico è a Melbourne ... poi lo

---

<sup>212</sup> Trentenne Somala “temporaneamente” rientrata dal Canada dove viveva dall'età di quindici anni, nipote del compianto psichiatra Abdishakur Shikh AbdiJowar (Cfr. Cap.V).

<sup>213</sup> Habiba Hanan Mental Health Clinic, che sarà inaugurata in Hargeisa nel dicembre 2010.

senti dopo un po' ed è a Perth... Perché ti sei spostato? Mah... così, ci siamo spostati, ti risponde. Mia nonna che aveva 92 anni, mi raccontava che si spostavano sempre, portavano il bestiame verso sud in Etiopia, poi da altre parti... lei aveva 92 anni ne ha passati di posti (cit. in Reggi, 2011)

Che si tratti di utilizzo dei cosiddetti *social networks* telematici, di pratiche legate alla transumanza, di necessità storico-politiche globali e/o locali, di sopravvivenza o avventura, i discorsi e le pratiche legate alle migrazioni sono un onnipresente nodo centrale dell'*essere somali*.

“Non ricordo tre mesi della mia vita in cui sono stato fermo”, asseriva d’un tratto il “professore”, un anziano membro del Guurti ad Hargeisa, intervenendo durante un evento culturale dal titolo “*Dhoof baa I galay*”, sul tema della migrazione contemporanea, realizzato tra il 30 luglio e il 14 agosto 2008 ad Hargeisa. Come molti della sua generazione, ai ricordi di un’infanzia con lunghi periodi al pascolo segue il periodo tra gli anni ’70 e ’80 nei Paesi del Golfo e in Arabia Saudita durante il boom petrolifero, quando sino a 375.000 somali sono presenti nell’87 prima della crisi e dei numerosi rimpatri (Ahmed, 2000). Questa è una delle principali traiettorie migratorie somale antecedente alla guerra civile, preceduta, sino agli anni ’70, da quelle verso gli ex Paesi coloniali e seguita, dopo il ’78, da quella tra l’Ogaden Etiope e la Somalia. La guerra per la zona contesa dell’Ogaden mette in fuga inizialmente migliaia di somali “etiopi” principalmente del clan Ogaden (Darod) dall’Etiopia alla Somalia (più del 20% della popolazione secondo Simons, 1995), cui si aggiungeranno rifugiati etiopi di etnia Oromo per cui nel ’91, secondo alcuni autori, più di un persona su sei in Somalia era un rifugiato (Gundel, 2002). Lo scoppio della guerra civile costringerà alla fuga tra uno e due milioni (a seconda delle stime) di Somali<sup>214</sup>, producendo un esodo di rientro vero l’Etiopia cui si aggiungono le traiettorie di fuga verso il Kenya, lo Yemen, gli sfollati interni e, per un numero minore, la fuga verso paesi occidentali (Cfr. tra gli altri UNDP, 2001; Refugee Policy Group, 1994; MMTF, 2008). Il perpetuarsi e l’acuirsi di violenze e calamità naturali in varie parti del Paese, come già diffusamente ricordato nei precedenti capitoli, ha prodotto straordinari flussi migratori in fuga dal paese e di sfollati interni. Si passa dalla “*più grande ondata di sfollati per motivi di guerra*” tra il

---

<sup>214</sup> Alcune stime indicano che il solo conflitto armato tra l’SNM e il governo Militare a partire dal 1998 produrrà nel nord ovest del Paese, alla vigilia della guerra civile, la fuga di circa 400.000 Somali oltre il confine etiope oltre a 400.000 sfollati interni, oltre alla morte di 50-60.000 persone (Africa Watch Committee, 1990). Nel periodo 1991-1992 le stime di perdite umane, per guerra e carestia, variano da 250.000 (World Bank -ESW, 2005) a 500.000 (Gardner et al., 2004).

'91 e il '93 con circa 556-636.000 visibili IDPs (UNDP, 2001) a una “tra le peggiori situazioni legata a sfollati” nel 2007, con circa 1.000.000 di sfollati interni di cui 600.000 “nuovi” sfollati in seguito alle violenze di Mogadiscio iniziate nel dicembre 2006 (IDMC –NRC, 2008). I numeri, già significativi di per sé, vanno letti con le dovute proporzioni. Nello stesso anno il paese con il più alto numero di sfollati interni al mondo è la Repubblica Democratica del Congo – circa 1.4 milioni di persone a fronte di una popolazione di 55.225.478 abitanti – mentre il milione di sfollati somali incide su una popolazione totale, all’epoca, di circa 8.4 milioni (UN DESA,2007). Recentemente, quella che è stata definita “la peggiore catastrofe umanitaria al mondo” (Cfr. Cap II, nota 311) ha portato nel 2011 circa 290.000 persone a scappare dalla Somalia ed entrare in Etiopia e Kenya, andando ad allungare in quest’ultimo Paese le file del “più grande e congestionato campo rifugiati al mondo” (UNHCR, 2011) e, in generale, alzando il numero di sfollati interni nel paese a circa 1.3 milioni (UNHCR,2011a). Se vastissime aree del sud della Somalia continuano a soffrire di una forte instabilità politica (pur con qualche segno incoraggiante negli ultimi mesi del 2012 anche nella pericolosissima capitale Mogadiscio), il nord, soprattutto l’auto-proclamata Repubblica del Somaliland e la regione semi-autonoma del Puntland, hanno conosciuto negli ultimi anni importanti segni di stabilizzazione. Dal 1991 al 2003 pare che quasi 1 milione di somali siano rientrati in Somalia, di questi circa 467.000 assistiti da UNHCR attraverso programmi di rimpatrio volontario assistito, soprattutto dai paesi confinanti (UNHCR,2003) Va detto che questi programmi, necessari principalmente a “svuotare” campi profughi sovraffollati e altre situazioni cronicizzate<sup>215</sup>, testimoniano solo in parte di una ripresa e di un cambiamento nel paese di rientro, essendo rivolte soprattutto a fasce molto vulnerabili della popolazione, come ben evidenziato dalla storia di Sakariye esaminata nel Cap. III. Essi hanno anche subito molti rallentamenti dalle autorità locali, come evidenziato nei rapporti di UNHCR, in parte per la difficoltà d’inserimento post-rientro di singoli e famiglie con poche o nulle risorse in un contesto già impoverito che, al di là dei progressi, ha indici di sviluppo sanitari, economici e sociali tra i più bassi al mondo. Per citare il caso del Somaliland, ovvero l’area che di fatto presenta la maggiore stabilità e sulla carta ha le maggiori potenzialità di investimento, i tassi di

---

<sup>215</sup> Negli anni successivi i “Global report” annuali di UNHCR forniscono le seguenti cifre relative al rimpatrio volontario assistito: 7.700 da Djibouti, 4.100 dall’Etiopia (2004 e 2005), 1.800 da Djibouti, 360-altro (2007), 50 assistiti da UNHCR più 1.300 dall’Uganda e 110-altro non assistiti da UNHCR (2008), 20 (2009 e 2010) e 190 (2011). Come si vede, i valori assoluti non rispecchiano la situazione nel contesto di ritorno piuttosto sono legati ai contesti dei campi fuori del confine del Paese e le disponibilità economiche dell’agenzia, oltre che l’agenda della stessa.

disoccupazione giovanile sono stimati intorno al 75% (dati 2011 del Ministero della Pianificazione e Sviluppo)<sup>216</sup>. Se nel sud del Paese la violenza politica è tuttora motivo di fuga per molti, la mancanza di prospettive nel nord pacificato, come questi dati sottolineano, continua a spingere moltissimi giovani alla fuga che, quando non si riesce a passare attraverso le rotte “legali” già solcate da parenti residenti all’estero, percorre le rotte “illegali”, ad esempio verso lo Yemen e la Libia (MMTF, 2008). Anche per chi vive nei paesi confinanti e, in misura ancora maggiore, in un campo rifugiati, la spinta verso ciò che alcuni autori chiamano il “movimento secondario” è elevatissima (Moret et al., 2006). Il desiderio di migrazione è talmente intenso che in determinate condizioni il ripetuto fallimento di tale aspirazione può evolvere in una caratteristica forma di disagio psichico locale chiamata *Buufis*, di cui si è solo accennato in questo testo e scritto diffusamente altrove (Reggi, 2006, 2011)<sup>217</sup>. Per usare le parole di un rinomato medico somalo: “*migrare è come il vento... e il vento della migrazione spira molto forte in questo momento*” (Dr. Ahmed Askar, durante l’evento culturale “Dhoof baa I Galay”, Hargeisa, 30/07/2008).

In effetti durante la permanenza sul campo mi colpì la naturalezza (quando non è ossessione) con cui una conversazione con persone di origine somala contenga al proprio interno narrazioni di luoghi lontani, a volte inaspettati. Pareva che vi fosse un grande movimento collettivo che le storie individuali andavano a ricamare. Che fossimo al Mall of America di Minneapolis, nel blocco C del campo rifugiati di Ifo a Dadaab, ad Xafuun, su un taxi a Londra oppure a Bosaso, poco importa: ognuno raccontava di storie in movimento dentro e fuori dal paese. Oggi, in seguito alla dispersione dei Somali dopo la guerra civile, le destinazioni sono ancora aumentate ed è possibile incontrare comunità somale ovunque nei cinque continenti, dalla Nuova Zelanda al Canada, dal Sud Africa sino in Groenlandia. “*Una nazione veramente globalizzata*” (Menkhaus, 2008) di cui è difficile quantificare con precisione la popolazione all’estero per via della dispersione, delle naturalizzazioni, di categorie del censimento diverse da paese a paese, della migrazione “illegale” e dei ripetuti spostamenti, che tuttavia si

---

<sup>216</sup> <http://www.irinnews.org/Report/94285/SOMALIA-Unemployment-fuels-youth-exodus-from-Somaliland> (ultimo accesso Novembre 2012).

<sup>217</sup> Si rimanda in particolare a Reggi (2011) per un approfondimento del tema che, con prospettive e profondità di analisi differenti, è stato trattato o citato anche da altri autori, tra cui Horst (2006), Kroner (2007) e Al-Sharmani (2004). È significativo qui ricordare che *Buufis*, nelle pur mutevoli forme in cui è conosciuto in Somalia e nella Diaspora, prende forma solo successivamente allo scoppio della guerra nel '91 e si diffonde, in bilico tra aspirazione alla mobilità e forma di sofferenza psichica, quasi ad accompagnare l’importante processo di trasformazione che, prima ancora degli individui, la Somalia intera attraversa.

stima ammonti a più di un milione di persone (Sheikh et al., 2009, Gundel, 2002).

Anche in questo caso siamo di fronte a una percentuale importante rispetto al totale della popolazione stimata nel Paese e lo è ancora di più per i forti legami che la “diaspora” intrattiene con la Somalia, come sottolinea un importante studioso della realtà somala: *“pochi paesi al mondo possiedono diaspora con così tanta importanza economica e politica verso il paese d’origine come nel caso della Somalia”* (Ken Menkahus, cit. in Sheikh et al., 2009, p.18)<sup>218</sup>. Sia dalle “terre dell’abbondanza” (Pérouse de Montclos, M.-A., 2003) sia dai meno “abbondanti” paesi di confine, i legami con il paese di origine sono straordinariamente intensi sotto il profilo affettivo, psicologico, familiare, economico e politico. Come abbiamo visto nel caso della salute mentale, da qualche anno si stanno moltiplicando gli investimenti nel settore da parte di somali residenti all’estero con impegni sia continuativi sia temporanei, specchio di una maggiore fiducia negli investimenti e nelle possibilità di rientro.

Se in termini di “migrazione forzata” è dallo scoppio della guerra civile, tra il 1988 e il 1991, che si registra il maggior numero di persone in fuga, assistendo ai compositi flussi migratori che abbiamo ricordato emerge che, per i Somali, il valore che la “migrazione” riveste precede e trascende le conseguenze del conflitto. Riteniamo infatti che l’amplificazione che questi fenomeni hanno registrato negli ultimi anni siano in continuità, pur in mutevoli forme, con processi storicamente precedenti. La Somalia ha una lunga storia di migrazione (Gundel, 2002; Piguet, 1994) fatta di attraversamenti sia “esterni” sia “interni”. La posizione geografica stessa la rende luogo privilegiato di comunicazione e passaggio tra Asia e Africa, e non a caso le coste somale sono state battute da commercianti sin dall’antichità. L’origine stessa delle famiglie claniche principali (nomadi) è fatta discendere da un antenato comune per quella rotta che permette di arrivare sino al Profeta e la popolazione è stata, sino a pochi decenni orsono, quasi esclusivamente dedita alla pastorizia, che è tutt’oggi la fonte dei principali guadagni legati all’export.

A tale proposito è utile qui ricordare il concetto di *“cultura/e della migrazione”*, che

---

<sup>218</sup> L’impatto della Diaspora nella trasformazione dei luoghi di origine è trattato in Ciabbari (2011), nello stesso volume Reggi (2011) affronta le dinamiche emozionali e psicologiche legate al rapporto con la migrazione fallita. Su tematiche affini, dal lato dei luoghi di “rifugio”, si veda anche Tiilikainen (2011). Particolarmente investigati sono il settore economico e il ruolo politico della Diaspora nei processi di peace-building e sviluppo, tra gli altri Ahmed (2000); Horst et al. (2002), Horst (2006), Farah et al. (2007), Hammond et al. (2011), Abdile, M.A. (2010), Hoehne (2010), Ibrahim, (2010), Sheikh et al., (2009). In ambito sanitario si veda Weiss (2009), mentre sulla vita nel contesto di “approdo” e i rapporti con la Somalia da un punto di vista più intimo e relazionale si vedano tra gli altri Kusow et al., (2007), Pérouse de Montclos, M.-A. (2003), Farah (2003).

mi servirà per avvicinarci al tema del *daqhancalin*, riprendendo parzialmente alcune considerazioni affrontate altrove (Reggi, 2011). Manca nella letteratura di settore una teorizzazione chiara del concetto di *cultura della migrazione* che, in linea generale, possiamo sintetizzare come quella pervasiva influenza che il migrare esercita su ampi strati della popolazione in determinati contesti geografici, fino a rappresentare un tratto caratteristico, in un determinato momento storico, di un paese, di un'area regionale o di una comunità. Alcuni autori hanno enfatizzato il ruolo socio-economico delle “catene migratorie” (Massey et al, 1998), altri insistono sul ruolo dell’immaginazione (Teo, 2003), altri ancora sottolineano i processi per cui “*idee, pratiche e artefatti culturali che rafforzano la celebrazione del migrante e delle migrazioni*” facciano sì che la migrazione diventi un “*comportamento sociale appreso: le persone imparano a migrare e a desiderare di migrare*” (Ali, 2007, p.39).<sup>219</sup> Sul piano metodologico accogliamo l’invito di Hahn et al. (2007) a utilizzare il concetto di *culture della migrazione* in modo aperto, fluido, frutto di discussioni e negoziazioni, anche conflittuali, tra diversi attori sociali che implicano cambiamento sociale nei luoghi di partenza, transito e arrivo<sup>220</sup>. Si tratta anche di uscire da una prospettiva rigidamente “sedentarista” (de Bruijn et al., 2001), per meglio comprendere modalità di socializzazione e visioni dell’uomo più vicine alla popolazione che si vuole oggetto di studio. Riteniamo che il contesto sociale somalo contemporaneo si presenti non solo in quanto prodotto di ripetute migrazioni nel tempo e consolidamento delle reti familiari che le sostengono, quanto piuttosto come uno spazio simbolico e di interazione sociale che intorno al tema della migrazione costruisce un discorso collettivo in grado di orientare comportamenti e rappresentazioni del sé. Questo ha radici antiche e si palesa in desideri, miti della partenza, rappresentazioni del migrante, contrapposizione tra il successo personale di chi emigra, manda rimesse o costruisce case a più piani e chi rimane in patria e vive delle rimesse, magari passando i pomeriggi seduto a masticare qaat. L’accresciuto status sociale, la capacità “contrattuale” dell'emigrato sul mercato matrimoniale locale<sup>221</sup>, il consumo di

---

<sup>219</sup> Oltre ai testi citati, altri autori hanno utilizzato il concetto di “cultura della migrazione” in ambiti territoriali e con prospettive differenti: sono, tra gli altri, Cohen (2004), Heering et al. (2004), Connell (2008). Si veda inoltre Hanh et al. (2007), citato più avanti nel testo, che raccoglie una serie di interessanti saggi sul tema relativi al contesto africano.

<sup>220</sup> Questo riteniamo debba anche riflettersi anche nel lavoro di campo che deve quantomeno essere multisituato per cercare di cogliere le molteplici voci di un processo che abbraccia contesti e relazioni sparse per il mondo.

<sup>221</sup> Come ben rappresentato nel quarto cortometraggio prodotto dal laboratorio di “*Dhoof baa I galay*” che esemplifica, con tono realistico e sarcastico, il “vantaggio” contrattuale dei *giovani della Diaspora* in tema di matrimonio e la frustrazione dei giovani residenti in Somalia che vedono svanire durante l’estate le loro aspirazioni matrimoniali.

beni d'importazione, l'attenzione dei media, oltre al ruolo tradizionalmente attribuito al viaggio come esperienza fondamentale, che assurge a rito di passaggio per i giovani nomadi, sono tutti fattori che fanno pendere la bilancia a favore dell'emigrazione, qualora questa non avesse già dimostrato di essere una necessità, considerata la crisi cronica in cui versa il territorio somalo dal 1991.

Dall'interno dei campi rifugiati dove il senso di oppressione, sfiducia e mancanza di controllo sulla propria vita raggiunge intensità straordinarie (Reggi, 2010), è particolarmente impellente il desiderio di migrazione verso l'estero. In questo contesto Cindy Horst (2001) utilizza con grande enfasi l'espressione "cultura della migrazione" per definire il contesto socio-culturale su cui poggiano le reti familiari transnazionali, che facilitano la trasmissione delle rimesse oppure quell'universo simbolico da cui si originano potenti di speranze di migrazione che, pare, proprio da qui abbiano dato vita sociale all'espressione *Buufis* (Horst, 2006).

Come ricorda Cécile Rousseau (1998), facendo riferimento alla Somalia settentrionale:

indipendentemente dai suoi motivi e ragioni, il viaggio è considerato un processo di apprendimento e una fonte di saggezza in sé. Un uomo che ha viaggiato, wayo' arag, è colui che conosce, ha visto cose, ha vissuto. Più lunghi e diversificati i viaggi che ha compiuto una persona che ha affrontato il non conosciuto, maggiore è il rispetto e la considerazione sociale conferitagli nel linguaggio. D'altra parte il termine *mardhoof*, usato per descrivere il viaggiatore di primo pelo, connota una generale mancanza di esperienza (Rousseau, 1998, p.386)

Espressioni come *doof ba haysta* (è impossessato dal viaggio, non è più libero) e *sarkii dhoof ka haysta* (è impossessato dallo spirito del viaggio), usate principalmente da persone anziane, che proprio Rousseau (1998, p.386) ha registrato, si accompagnano ad altri modi di dire più recenti come *dhoof baa i galay* (il viaggio gli è entrato nella testa, o lo tormenta) oppure *ma buufis baad qabtaa mise waad soo wadaa?* (sei buufis, o lo stai diventando?). Quest'ultimo modo di dire è usato per rivolgersi a qualcuno che sta parlando delle sue ipotesi di partenza, magari ritenute bizzarre oppure accompagnate da strani atteggiamenti.

A volte la migrazione pare non finisca mai: il caso Somalo è esemplare in questo, come ricordava Suad nell'apertura del presente paragrafo e come molti interlocutori di Minneapolis hanno confermato parlando del loro arrivo negli Stati Uniti. Era abbastanza



comune, infatti, avere cambiato città più volte prima di arrivare a Minneapolis, destinazione forse solo “temporaneamente” finale. Alcune ricerche si sono concentrate sul cosiddetto “movimento secondario”, inteso come lo spostamento in uno o più paesi dopo la prima destinazione fuori dal Paese, a partire dai campi rifugiati (MMTF,2008) e al fenomeno sempre più diffuso di migrazione infra-occidentale, che in Europa ha un polo di attrazione importante nel Regno Unito (cfr. Bang Nielsen (2004) dalla Danimarca e Van den Reek et al. (2003) dall’Olanda)<sup>222</sup>. Se basta un giorno a Dadaab per capire il desiderio di essere rilocati, alcuni osservatori fanno più fatica a comprendere la spinta a lasciare un Paese con un discreto se non buon sistema di welfare (come la Danimarca e l’Olanda, ad esempio), successivamente al riconoscimento dello status di rifugiati ottenuto magari a costo di lunghe attese e sacrifici. Il conseguimento di uno status legale che conferisca protezione e sussistenza socio-economica è sicuramente un motore importante dei continui spostamenti tra paesi al di fuori della Somalia alla ricerca della migliore soluzione<sup>223</sup>, ma sappiamo anche che il conseguimento formale non sempre equivale ad un conseguimento sostanziale di diritti e che il conseguimento di uno status legale favorevole può essere usato per progettare future migrazioni con maggiore “libertà” (Pinelli, 2009). Non è infrequente ricevere spiegazioni da parte di Somali per questi continui spostamenti, che rimandano alla tradizione pastorale, ad una sorta di ontologica predisposizione verso la migrazione che sin dall’infanzia è parte della formazione alla vita di uomini e donne ed è amplificata e idealizzata attraverso la poesia. Di converso, si possono frequentemente ascoltare considerazioni da non-somali, circa la disinvoltura con cui vengono attraversate frontiere in occidente in spregio alle regole formali, che alcuni riportano alle pratiche di transumanza, ad esempio tra Etiopia e Somalia, dove il confine è spesso superato in entrambe le direzioni e senza alcuna restrizione da parte dei nomadi. Seppure riconosciamo, come è evidente nei passaggi precedenti, l’importanza della migrazione nella vita dei somali, non si possono ridurre i molteplici fattori che spingono alla migrazione continua esclusivamente entro spiegazioni culturali che non tengano in considerazione, tra gli altri fattori, delle politiche di accesso ai Paesi occidentali, della

---

<sup>222</sup> Altri autori preferiscono utilizzare l’espressione “movimento continuo” ad indicare il fatto che la migrazione verso “l’occidente non era probabilmente il primo movimento in assoluto: può invece essere stato un passaggio in più in una vita di continui viaggi, volontari o non che fossero” (Kleist, 2004, p.11).

<sup>223</sup> Il cosiddetto *'asylum shopping'* ovvero l'attraversamento di uno o più 'paesi sicuri' prima di presentare domanda di asilo nel paese che si ritiene offra le migliori garanzie in termini di sicurezza sociale, oppure il fenomeno per cui la domanda di asilo viene presentata in più paesi simultaneamente. Spesso tale termine è usato in relazione al concetto di “movimento secondario”.

presenza di reti familiari di supporto, del costo degli spostamenti, del livello di discriminazione e delle possibilità di integrazione in un contesto, delle “voci” che circolano circa le migliori destinazioni dove fare crescere i propri figli garantendo una educazione “somala” fuori dalla Somalia, delle possibilità di lavoro e così via. Evitando dunque di essenzializzare il discorso sulla mobilità pastorale dei somali, rimane tuttavia importante cogliere l'evoluzione eterogenea di un percorso che nelle sue varie forme – commercio, ricerca di nuovi terreni per il pascolo, avventura, fuga forzata dalla guerra e dalla carestia, solo per citarne alcune – è da secoli parte dell'esperienza quotidiana (Kleist, 2004). Con modalità differenti il tema del viaggio è rimasto centrale, sia nella costruzione identitaria della tradizione nomade che nelle sue versioni “urbanizzate”, permeando aspetti trasversali del contesto sociale contemporaneo. Di questa dimensione gli studi d'area sono acutamente consapevoli. Ioan M. Lewis (1994) sottolinea come la cultura somala e il discorso e le retoriche sulla “somalità” siano *impregnate di mobilità* e non solo in relazione al nomadismo o al commercio.

### **6.2.2 Daqhancalin e i ritorni “rigenerativi”**

I canali transnazionali che permettono le migrazioni e che facilitano gli scambi commerciali sono anche gli stessi lungo i quali si intrattengono relazioni affettive, legami, sfide, aspettative. Questo tipo di connessioni – esperienza quotidiana per la maggior parte dei migranti (Vertovec, 2004) – nel caso somalo rappresentano un'estensione che può abbracciare contemporaneamente i cinque continenti e una salda centralità nelle relazioni tra familiari, in virtù delle caratteristiche intrinseche della storia contemporanea che abbiamo discusso. Lungo questi stessi canali/relazioni, chi ne ha la possibilità può cercare strategie di trattamento e cura transnazionale. Questo aspetto messo in luce da Koehn et al.(2007) sembra essere particolarmente significativo per le ricerche di cure nell'ambito della salute mentale (Murphy et al., 2004).

All'incirca dal 2008, mi è capitato di incontrare un numero sempre maggiore di persone con disturbi mentali rientrate in Somalia, a volte di passaggio per un breve periodo a volte per rimanervi di più. Già dal 2003 avevo osservato tale fenomeno che mi pareva limitato a pochi casi. Inizialmente pensavo che questi passaggi fossero parte di un processo naturale di rientro, simile a quanto può avvenire a persone senza disturbi particolari, in seguito al fallimento del “progetto” migratorio, alle difficoltà di integrazione nel territorio di approdo o perché espulsi. Più tardi iniziai a comprendere

che alcuni di essi erano invece stati fatti rientrare espressamente per finalità terapeutiche o, meglio, con un chiaro tentativo correttivo di fronte a specifici comportamenti inadeguati. Il Dr. Ahmed Askar, medico somalo residente in Finlandia con la famiglia, da qualche anno è referente sanitario per una ONG italiana in Somaliland, ha una conoscenza accurata delle pratiche dei propri connazionali che coinvolgono territori di migrazione e il paese d'origine. Discutendo nel suo ufficio ad Hargeisa della diffusione di *Buufis*, mi raccontò:

In cliniche private [in Hargeisa] ci sono alcuni pazienti che erano all'estero e sono hanno avuto problemi mentali là e li hanno mandati qui... quale è lo scopo lo ignoro ma, a volte, li mandano indietro qui quando i ragazzi sono molto disturbati... li mandano qui, c'è una parola... daqhanchalin... tipo riculturalizzazione... li portano indietro e... sai [sorride] magari... [pensano che le cose possano andare meglio] (Dr. Ahmed Askar, Hargeisa, 14/04/09)

Il nostro interlocutore non è particolarmente convinto dell'utilità di alcune forme di cura tradizionali rispetto a problemi psichiatrici gravi né del fatto che questi si possano curare meglio in Somaliland rispetto alla Finlandia o a qualsiasi altro Paese europeo. In effetti, come ricorda un altro medico somalo con passaporto finlandese incontrato ad Hargeisa nello stesso periodo, mandarli indietro serve per poterli fare visitare "tradizionalmente", ma non solo:

a volte le persone le mandano indietro per una sorta di ri-culturalizzazione... i trattamenti tradizionali non sono disponibili in Finlandia, il Corano in particolare... questo è il più importante e così... non è disponibile nelle comunità all'estero... tornano per stare con gli altri... una ri-socializzazione... con tutti i legami, la famiglia (Dr. Guled, TB Center di Hargeisa, 20/4/2009).

Questo fenomeno interessa principalmente i giovani e non è esclusivamente limitato alla sfera della salute mentale: si può essere rimandati "indietro" anche per correggere comportamenti e attitudini sviluppati all'estero e ritenuti inappropriati e immorali per la cultura somala (i.e. eccessiva mancanza di rispetto verso i genitori e aggressività verso gli stessi, abuso di alcool o marijuana, comportamenti illeciti e promiscui). Tali motivazioni non rientrano necessariamente nell'ambito psichiatrico ma abbiamo visto quanto la sfera comportamentale sia importante, e ripetute manifestazioni considerate

culturalmente inadeguate possano fare attivare, da parte dei familiari, azioni e reazioni identiche a quelle adottate per fare fronte a emergenze “psichiatriche”. Considerata da un’altra prospettiva, l’enfasi sui comportamenti e gli atteggiamenti può essere una leva per avvicinarsi con discrezione ai problemi psicologici che possono essere evidenti ma esclusi dall’orizzonte interpretativo dei familiari. Durante un periodo di ricerca a Minneapolis, l’allora direttore del servizio di Salute Mentale di un’importante organizzazione, “Volunteer of America Minnesota”, mi spiegava come il nome che usavano per il servizio “Immigrant and Refugee Behavioral Health” fu scelto proprio perché l’idea di salute mentale era troppo stigmatizzata dalle famiglie, mentre attraverso il “comportamento” l’aggancio era più facile.

Bisogna inoltre ricordare che il confine tra cosa sia considerato disturbo mentale e cosa non lo sia può essere sfumato, e dietro comportamenti altamente aggressivi auto o etero-diretti, come dietro l’abuso di sostanze, possono celarsi forme di sofferenza sociale che trovano sfogo nella droga, nell’isolamento o nell’aggressività. Si può ritenere o escludere di essere di fronte a un disagio psicologico “formale”, “diagnosticabile”, ma probabilmente esiste un livello di sofferenza della persona che vale la pena di indagare caso per caso. Ad esempio, come abbiamo ricordato nel Capitolo 1 e osservato durante il periodo di ricerca in Minneapolis, esiste una forte questione transgenerazionale che mette di fronte forme di socializzazione differenti che confliggono (il figlio che cresce negli Stati Uniti e il padre cresciuto nella Somalia pre-guerra), di norme comportamentali e modelli ideali dell’umanità differenti. Inoltre i genitori hanno paura di non riuscire a trasmettere la giusta educazione ai propri figli, anche dal punto di vista religioso, preoccupazione questa che è stata riscontrata anche in altri contesti della Diaspora somala (McGowan,1999). Come ricordava l’ex direttore del servizio “Immigrant and Refugee Behavioral Health” in Minneapolis, David McGraw Schuchman, incontrato nel 2009:

I genitori somali si preoccupano quando i figli variano da quello che considerano il normale comportamento di un figlio somalo... vai a scuola, fai bene a scuola. Dopo la scuola torni a casa, giochi intorno a casa, se sei più grande ti prendi cura di tuo fratello minore, dei nipotini... preghi cinque volte al giorno, vai in moschea... ogni volta che i figli variano da questo si preoccupano (presso la sede di Volunteers of America, Minneapolis,13/9/2009).

Se poi oltre a tenere i pantaloni troppo bassi a scoprire le mutande<sup>224</sup>, i ragazzi incappano in qualche problema con la legge (furto, aggressione, presenza in strada oltre l'orario consentito, alcolismo in pubblico) si mette in moto il circuito di sicurezza e giudiziale e i problemi aumentano. Si aggiunga che in questi casi i familiari si sentono ancora più impotenti, in parte perché il sistema dei servizi prende il sopravvento, esternalizzando di fatto alcune forme di controllo parentale che i genitori somali sono abituati a considerare loro prerogativa, e in parte per la frustrazione di non riuscire a fare abbastanza per riportare il proprio figlio sui giusti binari. In questo caso un modo per riprendere il controllo sul proprio figlio e, soprattutto, per cercare di “guarirlo” è quello di mandarlo in Somalia per fare venire meno quelle condizioni che l'hanno portato, ad esempio, a delinquere o a drogarsi, per re-introdurlo alla giusta costruzione di sé attraverso l'immersione nella cultura somala, cosa che all'estero non può fare.

Il ritorno in Somalia (ma per alcuni adolescenti è in assoluto il primo viaggio) rappresenta dunque un passaggio verso quel cantiere di umanità considerato non corrotto dalle droghe e dalle influenze malevole dell'estero, dove potere respirare la cultura locale, praticare la religione e comportarsi secondo i suoi precetti in un contesto che da questi ultimi è guidato e la cui deviazione è sanzionata, non solo da un ufficiale di polizia, ma dalla comunità tutta che fa sentire la sua forza normativa con la sola presenza. La funzione “correttiva” e quella “curativa” di un rientro in Somalia si fondono.

Per le persone con dichiarati problemi di salute mentale (e riconosciuti tali anche dalla famiglia) il ritorno in Somalia avviene con le stesse motivazioni di fondo, con l'aggiunta significativa della possibilità di andare da uno Sheikh che possa guarire la persona con il Corano, cosa spesso non praticabile all'estero. David McGraw Schucman ci descrive situazioni di questo tipo, con i piedi in America:

quando ero alla CUHCC<sup>225</sup> c'era un somalo adulto con diagnosi psichiatrica, la famiglia voleva spedirlo in Somalia, perché questa persona non era malata quando era in Somalia... sappiamo che la schizofrenia arriva a 18-20-25 anni, sarebbe potuto diventare schizofrenico in Somalia se fosse rimasto ma la famiglia pensa che stava bene in Somalia e invece ora è matto... quindi vogliono spedirlo giù, c'è una logica in tutto questo... a

---

<sup>224</sup> È stato l'argomento principale dibattuto tra genitori somali ed etiopi in un focus group sulla salute degli immigrati cui ho assistito al Brian Coyle Community Center, Minneapolis, il 11/11/2009. Ho successivamente partecipato ad alcuni colloqui clinici con genitori e figli somali e questo tipo di atteggiamenti tenevano quasi sempre, aspramente, banco.

<sup>225</sup> *Community-University Health Care Center* in Minneapolis (University of Minnesota).

volte lo fanno, non so se funziona... la schizofrenia organica o psicosi... non posso credere che questo [ritornare in Somalia] la possa curare... (...) inoltre c'erano alcuni bambini che hanno mandato giù... suo padre l'ha portato giù per tre mesi, gli ho chiesto 'ti è piaciuto?' e lui disse 'sì' e ero un po' sorpreso dalla cosa...' c'era sole sempre, ero con la mia famiglia, i nonni... non li avevo mai incontrati'. Per lui c'era tutto questo amore che ha ricevuto... ma altri no, conosco una donna che ha mandato giù il figlio... aveva i capelli lunghi, si muoveva e atteggiava come un tipico ragazzo americano, il modo in cui parlava, rispondeva alla madre... così l'hanno spedito in Somalia per un anno... e l'ha odiata... sai era cresciuto qui, abituato a una certa libertà, faceva quello che voleva, non gli è proprio piaciuto (Minneapolis, 13/09/2009).

In questo caso, sostiene David, la diagnosi di schizofrenia organica lascia pochi spazi alla fantasia, ma in generale in casi di disturbi psichiatrici anche gravi sorti all'estero non si può certo confutare il fatto che la persona *prima* stesse bene (in Somalia) e *dopo* (all'estero) si sia ammalata. Le motivazioni possono essere svariate e dipende dalla specifica biografia dell'ammalato e della sua famiglia, dal paese in cui è approdato e dalla combinazione di molti altri fattori. Sicuramente da un lato ci sono problemi d'integrazione (Cfr. anche Cap.I) che oltre a non permettere lo sviluppo delle proprie aspirazioni e progetti di vita non consentono di assolvere quegli obblighi familiari transnazionali verso chi è in Somalia, che sono così importanti e verso cui ricevono forti pressioni (Lindley, 2009; Reggi, 2010). All'estero, sostiene il Dr.Guled, le cause della diffusione di disagio psichico sono “ *lo stress... la disoccupazione, il sentirsi nessuno nella comunità... non puoi aiutare gli altri... non puoi tante cose e c'è un'accumulazione di tutto questo*”, che, raggiunto il limite di sopportazione, può evolvere in forme anche gravi di sofferenza mentale. Che il ritorno in Somalia possa sanare queste ferite è difficile dirlo, anche perché rientrare in queste condizioni significa rientrare sconfitti. In quest'ottica Marija Tiilikainen, nel suo recente articolo sui giovani ‘*dhaqan celis*’<sup>226</sup>, parla di esperienze di “*diaspora fallimentare*” (Tiilikainen, 2011). Oltre ai problemi psicologici, comportamentali e di mancanza di rispetto verso i genitori, un altro motivo per cui uno ritorna con l'appellativo “*dhaqan celis*” è quando è “deportato”. Questa situazione può essere doppiamente stigmatizzante in quanto al fallimento della migrazione o all'eventuale presenza di disturbo psichiatrico (entrambe condizioni causa di stigmatizzazione) si aggiunge la speculazione circa i motivi che

---

<sup>226</sup> *Dhaqan* = cultura, tradizione, eredità, ma anche comportamento, maniere, carattere. *Celi* (v.)= mandare indietro, ritornare.

hanno portato al rimpatrio (terrorismo in primis). In Somaliland in particolare il governo *“ha dichiarato di non avere risorse per farsi carico di criminali deportati dall'estero”* e pare abbia rispedito al mittente, direttamente sullo stesso aereo con cui erano venuti, deportati dall'Europa (Tiilikainin, 2011, p. 82). L'autrice, rifacendosi al lavoro di Natalie Peutz su somali deportati dagli Stati Uniti e dal Canada verso il Somaliland (2006), estende l'uso del termine *“deportato”* alle situazioni in cui il giovane non è rimpatriato con decreto d'espulsione bensì dalla famiglia. La logica è quella *“correttiva”* di cui si è parlato, applicata nei casi in cui il giovane o la giovane all'estero abusa di droghe o mette in scena altri comportamenti illeciti, per cui una volta in Somalia la famiglia letteralmente gli sequestra il passaporto per impedire il rientro fino a quando quest'ultima lo riterrà opportuno. Secondo la Peutz i giovani *“deportati”* (dal governo o dalla famiglia) sono accolti con circospezione in patria perché, *“nonostante siano inviati per assorbire la cultura sono considerati pericolosi per gli altri giovani somali”* (2006, p.227). Infatti atteggiamenti non consoni *“importati”* dall'estero, che questi giovani possono mettere in mostra:

come indossare abiti aderenti o darsi la mano in pubblici a ragazzi (per le ragazze) o avere i capelli lunghi o rasati a zero (per i maschi) sono tra i primi segni di qualcosa che può *“corrompere”* la cultura diffondendo abitudini occidentali (David McGraw Schucman, 13/11/2009, Minneapolis).

Questo tipo di retro-pensiero verso chi rientra dall'estero è abbastanza comune, anche verso chi si ferma solo il tempo del periodo estivo, dalla *“semplice”* canzonatura all'ostracismo, a seconda dei casi. Va detto però che tra i giovani somali rimasti in Somalia scatta più spesso, di converso, l'ammirazione, la curiosità, la fascinazione verso i loro coetanei che rientrano. Sono più i loro genitori o nonni, eventualmente, a temere la *“contaminazione”*.

Nella mia esperienza di campo con persone appositamente mandate in Somalia per riculturalizzarsi o guarire, non ho notato modalità stigmatizzanti direttamente riconducibili alla questione del rientro. Questo, forse, può essere dovuto al fatto che siamo entrati in relazione principalmente con persone che avevano avuto o avevano problemi di salute mentale, condizione che, come sappiamo, riempie abbondantemente da sola il campo della stigmatizzazione per cui altre eventuali forme rimangono in ombra.

Nel luglio 2008 mentre camminavo con alcuni operatori nel centro di Salute

## Mentale di Hargeisa si avvicina Fadhya:

È un fiume in piena, parla ininterrottamente senza sosta, se per un attimo cerchi di prendere una tregua del suo inarrestabile incedere spostando lo sguardo altrove ti prende leggermente il mento e riporta l'attenzione e lo sguardo al loro posto. Parla inglese, che alterna a parole in somalo, e questo rende la comprensione da parte mia più semplice anche se i suoi discorsi non hanno un filo conduttore "logico". Per interromperla devo ripetere piccole frasi più volte, inserendomi tra le sue rare pause tenendo un tono di voce più alto del suo e, a volte, prendendole le mani e stringendogliela come a tranquillizzarla e chiederle di ascoltarmi catturando la sua attenzione con gli occhi sbarrati. Ti segue per un attimo ma poi parte per i suoi deliri. Ha un eloquio che tecnicamente si direbbe maniacale con frequenti *fligh of ideas*, bisogna contenerla, andrebbe avanti all'infinito. Mi mostra la sua stanza dove ha disegnato sul muro una croce cristiana e una mezza luna, ma mi dice di essere cristiana. Dopo che mi ripete di essere innamorata del principe Carlo, capisco che abitava a Londra e che vi vorrebbe tornare. Mi fa vedere le lettere che scrive, con caratteri minuscoli e fittissimi, in un'incomprensibile inglese, somalo e arabo. Per congedarmi quel giorno accetto di custodire una delle sue lettere, che mi chiede di portare alla regina Elisabetta per consegnarla a Carlo. Le spiego che non devo andare in Inghilterra a breve ma mi chiede comunque di conservare la lettera perché in ospedale potrebbe andare persa, qualcuno potrebbe prenderla. Poi d'un tratto inizia a dire di amarmi, che mi vuole sposare e che la devo portare a Londra. I suoi argomenti fissi sono la regina Elisabetta, l'Inghilterra e la religione (dal diario, Hargeisa, 03/07/08)

La incontrai più volte passando dal reparto, senza appuntamenti prefissati, ma era difficile, dato lo stato in cui si trovava, riuscire a ricostruire la sua biografia, inoltre non riuscii mai ad incontrare i suoi familiari durante quell'anno. Mi lasciava spesso dei pezzi di carta con le sue frasi sconnesse e in un'occasione mi regalò un pacchettino fatto con fogli di diario contenenti un pezzo di *halwa* rinsecchito, tenuto assieme da un nastro di plastica. Conservo gelosamente tutti questi suoi doni. La sua storia m'incuriosì e ne parlai con gli infermieri del reparto, poi l'anno successivo, per un puro caso, mi trovai di fronte suo fratello. Lei non era più nel reparto di salute mentale bensì in un *cilaaj* in città, io mi trovavo dentro la stanza degli infermieri quando lui arrivò e si sedette a parlare con una di loro. Quando capii chi fosse, gli chiesi notizie della sorella e iniziai a mettere insieme i tasselli.

Nasce e vive ad Hargeisa sino al 1988, quando inizia la guerra, si rifugia in Etiopia con la famiglia e vi rimane due anni sino a quando lei e la famiglia ottengono un visto



per il Regno Unito. Riesce a riprendere le scuole secondarie che aveva interrotto per via della guerra e si iscrive all'Università nel 1994, studia informatica. A Londra la famiglia è composta, almeno agli inizi, da 11 persone, che poi gradualmente hanno preso strade diverse, negli Stati Uniti, in Australia, in Canada, e ad Hargeisa, come il fratello che intervisto che vi fa ritorno nel 1994. Nel 1996 rimangono a Londra solo Fadhya e una sorella, quest'ultima è l'unica che si trova a Londra al momento. Ha avuto un primo episodio psichiatrico nel 1996, *“parlava da sola, si sentiva annoiata, isolata”*<sup>227</sup> e pare abbia anche provato il suicidio buttandosi dal terzo piano di un palazzo, riportando fratture ma senza conseguenze fisiche durature. Dal 1996 al 1999 è rimasta in carico ai servizi psichiatrici, in particolare presso un ospedale in West London dove è tuttora seguita come paziente ambulatoriale. “Andava e veniva”, dice il fratello, che non ricorda la diagnosi dei medici ma ripete con convinzione “era waalan”, oltre al nome del farmaco che usava, un neurolettico. Successivamente scopro che entrambi i genitori sono morti, la madre mentre si trovava a Londra con la famiglia e il padre ad Hargeisa, da dove non era mai uscito.

Chiedo com'era prima dell'inizio della malattia e il fratello dice che “è sempre stata una ragazza un po' aggressiva, non violenta, però con un certo carattere, un temperamento... una volta ha anche bruciato i vestiti... stava in giro, a volte le dicevo ‘perché non torni a casa?’ soprattutto agli inizi quando era minorenni, ma poi è diventata lei responsabile, maggiorenne...”. Fadhya aveva raccontato in modo confuso di un fratello che la picchiava a Londra, ma non abbiamo mai capito di cosa si trattasse e quale fratello fosse.

La sua migrazione “terapeutica” inizia nel 1999, anno in cui la mandano per la prima volta ad Hargeisa. Vi rimane sei mesi, e non è mai incatenata, *“dava una mano in casa, era più tranquilla”*. Poi rientra a Londra, ma i problemi iniziano di nuovo e torna all'ospedale psichiatrico. Rimane due anni a Londra un po' da sola un po' con le sorelle, ma continua a stare male, così due anni dopo *“una sorella che viveva negli Stati Uniti è andata a prenderla in UK e l'ha portata in Canada, dove c'erano altri parenti”*. Chiedo le motivazioni dello spostamento in Canada e il fratello dice che *“in Canada è più freddo che in UK... per la testa è meglio... poi stava arrivando l'estate in UK”*.

Mi ritorna in mente subito l'estate di Bosaso, che spesso raggiungeva per lunghi periodi i 50 gradi e la città che si svuotava. In particolare i parenti delle persone con

---

<sup>227</sup> Tutti i virgolettati che seguono, salvo diversa indicazione, si riferiscono all'intervista effettuata con il fratello di Fadhya presso il reparto di salute mentale di Hargeisa il 18/4/09.

problemi mentali che avevano familiari o una casa dalle parti di Qardho, circa duecento chilometri più a sud, li inviavano lì per il periodo estivo, perché era una zona più tranquilla, più fresca, dove, secondo le loro parole “la testa poteva meglio riposare” (Cfr. Cap.IV). Il fratello di Fadhya racconta con una tale naturalezza di questi spostamenti transoceanici che le distanze tra gli Stati Uniti, Londra e il Canada mi sembrano le stesse tra Bosaso e Qardho.

Una seconda motivazione per lo spostamento in Canada, non meno importante, era il fatto che “la sorella a Londra fosse stanca”. Rimarrà in Canada per un anno e mezzo, dopo verrà mandata nuovamente in Inghilterra, questa volta da sola.

Non dura molto a Londra e nel 2003 viene mandata nuovamente ad Hargeisa. Le motivazioni principali sono il volerla allontanare dalla droga. Pare fumi soprattutto marijuana (come mi confermerà a margine dell’intervista l’infermiera dell’ospedale) e le è capitato di passare la notte fuori a vagabondare, in metropolitana, senza cura di sé. “A Hargeisa non ci sono droghe”, così la rimandano in Somaliland, visto anche che la prima volta quando era rimasta per sei mesi pare che le cose fossero migliorate. Passerà quattro anni a casa, spesso incatenata. “*All’inizio lavora un po’ a casa, aiuta, è un po’ malata ma non particolarmente aggressiva, però ogni anno che passa monta l’aggressività, gradualmente ogni anno sempre di più*”. Va e viene dal reparto di salute mentale, dove assume ansiolitici e neurolettici; l’unico miglioramento pare verificarsi quando in una clinica privata<sup>228</sup> sostituiscono le medicine con un altro neurolettico (Aloperidolo Long Acting) che prende ogni quindici giorni tramite iniezioni: “*la situazione migliora. Inizia a mangiare di più e a prendere peso... prima era un po’ dimagrita. Questo però comporta altri problemi perché diventa aggressiva, ed essendo più in carne è più difficile da controllare*”. A questo punto viene portata in un centro di guarigione coranica, *cilaaj*, dove rimane per circa un anno, pagando circa 200\$ al mese dove, pare, rifiuti i trattamenti del centro, “sputa quello che le medicine che le preparano”. A margine di questi commenti subentra una discussione tra l’infermiera dell’ospedale e il fratello sulla questione religiosa:

**Mariam:** Quando è andata via dal reparto pregava molto, anche quando era ammessa pregava molto...

**Io:** pregava regolarmente, in modo appropriato, 5 volte...?

---

<sup>228</sup> Quella del Dr. Bulhan, psicologo dottorato negli Stati Uniti, all’epoca Rettore dell’Università di Hargeisa, che intervisterò il maggio di quell’anno anche se per motivi di tempo non siamo riusciti a parlare del suo caso.

**Mariam:** sì, pregava normale, tanto... molto credente, le era anche venuto il segno sulla fronte<sup>229</sup> dalle tante preghiere che faceva

**Fratello:** Sì, ma dice cose senza senso... spesso prega un po' così... bisbiglia qualcosa.. a volte Allah, a volte altro... Parla di... come si chiama.... il figlio della regina... Carlo. Ecco... sì, dice sempre di essere innamorata del principe Carlo (dal diario, Reparto di salute mentale di Hargeisa,18/04/09)

A volte quando diventa troppo aggressiva la portano al reparto di salute mentale di Hargeisa. In pratica il reparto di salute mentale viene usato come luogo dove contenere l'aggressività eccessiva poi viene portata altrove.

Qualche settimana più tardi visito il centro *cilaaj* dove è presente Fadhya. È un centro ~~sole~~ femminile, all'apparenza una normale casa di una zona residenziale (Cfr. Cap.5). Lo sheikh presente ci permette di entrare nel cortile, visto che la stanza di Fadhya dà sull'esterno e ci può vedere dalla grata della finestra. Ci fermiamo sotto il sole cocente delle 11.30 a cercare di parlarle, ma appena si affaccia dall'oscurità della stanza, Fadhya mi riconosce, almeno mi pare di capire, e inizia a parlare a raffica, peggio dell'anno precedente. È ancora più incontrollabile e la presenza di grate tra di noi non facilita la conversazione. Lei inizia a parlare di matrimonio, chiede di sposarla e di portarla a Londra, dice che se ne vuole andare. Le sue richieste diventano pressanti, parla ancora del principe Carlo, ma poi vuole a tutti i costi che la porti fuori di lì. Sento un profondo disagio per quell'incontro che mi sembra abbia portato solo maggiore sofferenza, sono anche costretto a prendere una catenina che si toglie di dosso chiedendomi di prenderla e portarla a Carlo. Conveniamo con i presenti che è meglio accettarla visto l'alto stato di agitazione in cui si trova; la daremo successivamente allo Sheikh, chiedendo di restituirla in un momento di tranquillità.

Il fratello aveva detto che al centro *cillaj* era tranquilla ma che non stava bene: “in questo periodo non ci sono miglioramenti mentalmente. Se penso a quando era in UK e ha iniziato ad avere problemi era molto meglio, ora la situazione è peggiore... un crescendo”. Ciononostante dice che “*ora stiamo cercando qualcuno da sposare... un uomo da sposare, uno bravo... È difficile... [sorridente] si è difficile, ma ci proviamo...?*”. Opinione condivisa dallo Sheikh, a cui diamo un passaggio in macchina dopo avere

---

<sup>229</sup> Fa riferimento al segno che molte persone hanno sulla fronte che si crea in seguito a numerose preghiere, al momento della preghiera in cui seduti sulle ginocchia si porta il viso a terra. C'è chi volutamente porta il viso sino a toccare terra in segno di devozione: un marchio ben evidente per dimostrare la propria fede. Per alcuni è segno di fondamentalismo.

salutato Fadhya e con il quale riusciamo a scambiare qualche battuta mentre rientriamo verso il centro di Hargeisa. Secondo lui ora sta bene:

Al mental hospital stava peggio, ora si riposa, le leggiamo il Corano, e lei capisce il Corano... a volte parla di cristianità di Carlo (...) mangia 3 volte al giorno, ha la sua stanza... fuma... se viene qualcuno della famiglia può camminare fuori con loro, riconosce tutto... (Sheikh, per le strade di Hargeisa, 09/05/2009)

Rispetto ai possibili sviluppi commenta *“se trovasse un uomo per sposarsi credo starebbe meglio”*. Scopriamo che, oltre ai trattamenti con le erbe tradizionali e la lettura del Corano, le somministrano anche degli psicofarmaci: *“non ricordo il nome delle medicine, ci ha dato il nome il fratello, le prendiamo in farmacia”*. Scopriremo essere pastiglie di Cloropromazina, un neurolettico di prima generazione dal forte potere sedativo e calmante. Intanto loro continuano a tenerla al centro in attesa che la famiglia la sposti altrove.

In effetti il fratello ci spiegava che, al di là del matrimonio, la vogliono rimandare a Londra, anche se pare che la sorella sia stanca, infatti:

**fratello:** Questa estate, verso Luglio-Agosto, viene una sorella dal Canada, qua ad Hargeisa... poi la porta in UK e la lascia lì.

**io:** la sorella è quella che abita a Londra ?

**fratello:** no vive in Canada, fa scalo a Londra e non si ferma, lei va in Canada. La lasciamo al governo, poi ci pensano loro... dicendo che è matta, poi la portano all'ospedale che è lì dietro Heathrow, dopo è responsabilità del governo. Ti chiedono solo un indirizzo, numero di telefono e poi la tengono lì, dopo un po' ti chiamano, chiamano la famiglia... (dal diario, Reparto di salute mentale di Hargeisa, 18/04/09)

Non mi sono chiare le dinamiche e il piano che hanno in mente, così come non conosco il sistema sanitario inglese; anche cercando di approfondire non riesco a capire molto di più, ma mi pare che fosse un piano già sperimentato da altri e in pratica cercano di fare in modo che rimanga in carico ai servizi i più possibile prima che la sorella che sta a Londra venga contattata.

Gli chiedo la sua opinione circa le cause che hanno creato i problemi di sua sorella:

Mah... prima eravamo uniti, tutti assieme... poi sai i somali... siamo tutti assieme... poi la

famiglia si è separata... Canada, Australia... all over the world... poi all'università è diventata isolata... stava da sola... diventa separata dalla famiglia... non poteva stare con altre persone... una cultura differente, western... non c'è più la famiglia unita come una volta... (Fratello di Fadhya, Reparto di salute mentale di Hargeisa, 18/04/09)

Prima di congedarci gli chiedo come pensa sarà il futuro, se pensa ci possano essere delle soluzioni:

Non ci sono soluzioni... solo viaggiare... viaggiare dappertutto... tra i vari fratelli... un po' di qua poi un po' di là... fino a quando se la prende Allah...(ibid.).

Questa migrazione terapeutica, che continua da più di dieci anni, pare non possa fermarsi. Esaurita forse la valenza della migrazione in sé (cambio di temperatura, farla stare con la famiglia, provare strade alternative, guarigione coranica) questa continuerà perché è l'unico modo per non abbandonarla definitivamente alle catene in una stanza e per non affaticare i famigliari, dividendo il peso della sua gestione tra tutti. A questo si aggiunga il ruolo esterno del "governo" cui la si lascerà proprio perché, in quanto governo, se ne "deve" occupare, con la stessa logica per cui alcuni pretendono accoglienza al reparto di Salute Mentale di Hargeisa, come ci ha ricordato Maryam nel Capitolo 5 (Cfr. anche §. 2.3.4).

Le modalità di spostamento tra continenti paiono in continuità con quelle tra città limitrofe all'interno della Somalia, per trovare maggiore refrigerio per la testa e i pensieri. D'altronde per chi è abituato a vivere il viaggio e la migrazione come la norma, il passaggio da uno spostamento di poche centinaia di chilometri a qualche decina di migliaia, al netto delle possibilità economiche, è un salto in una scala più ampia che è già avvenuto con la dispersione della famiglia su cinque continenti. Percorrere queste traiettorie potrebbe permettere di ri-avvicinare fisicamente pezzi della propria storia che un giorno sono esplosi in frammenti sparsi per il mondo, potrebbe forse permettere di riportare con sé un pezzo di ciascuno e provare a ricomporre un quadro interiore che comunque non potrà mai completarsi. Questo però non sembra funzionare nel caso di Fadhya, e forse è troppo pretendere che faccia questo passaggio da sola. La sua permanenza prolungata in Hargeisa, d'altro canto, non pare abbia dato altri risultati se non la presenza in posti diversi (casa, reparto dell'Ospedale, *Cilaaj*) ove cercare di controllare le forme di rabbia più forti e aspettare. Il suo desiderio di ritornare a Londra sarà esaudito, a quanto pare, nel 2011, ma non è chiaro cosa l'aspetterà e con

quali prospettive. Forse un'ospedalizzazione forzata, o un servizio pubblico in grado di accogliere temporaneamente il suo disagio per poi lavorare con la famiglia, come si usa fare nei servizi psichiatrici territoriali di cui gli inglesi sono maestri. Ma il problema ritorna al punto di partenza: quale famiglia? I vantaggi di una famiglia transnazionale non sembrano potere aiutare a ridurre la sofferenza e la fragilità di una giovane che pare già disintegrata, senza punti di riferimento, per cui la frammentazione ulteriore non aiuta, soprattutto se non c'è nessuno che, in modo focalizzato, continuativo e, probabilmente, localizzato, riesca ad aiutarla a ricomporre il disordine.

Anche all'interno della stessa famiglia i risultati del processo di riculturalizzazione possono essere differenti. Yassin, durante uno degli incontri intrattenuti presso la struttura che gestisce a Minneapolis commenta in questo modo la pratica del *daqhancalin*:

Si, è una pratica diffusa, molte famiglie lo fanno per qualsiasi problema di salute mentale... forse hanno visto un caso che è funzionato e da questo esempio hanno allargato a molti altri... chissà dove è nato. Per esempio conosco una coppia di fratelli che sono stati entrambi mandati giù per riculturalizzazione... però solo per uno di questi ha funzionato. Lui ha problemi di droga e così quando è giù non fuma marijuana e non tira cocaina perché non ne trova e non si mette a masticare perché è un ragazzo americano cresciuto in ambiente occidentale, non gli piace il Qaat... così quando lo portano giù sta bene non si droga e poi torna qua ed è diverso, è cambiato. L'altro invece non ha funzionato, aveva una depressione e non è cambiato nulla (Yassin's Home, Minneapolis, 10/11/2009).

In questo caso, quanto meno, si ha l'impressione che ci sia una famiglia nuovamente pronta ad accogliere i ragazzi di rientro, almeno così è stato. Dopo quasi un anno la situazione è rimasta come al loro rientro e il ragazzo che è tornato "migliorato" pare non abbia ripreso a fare uso di sostanze, mentre l'altro fratello è ancora in crisi.<sup>230</sup>

L'infermiere del centro Raywan ad Hargeisa, intervistato una prima volta il 8/4/09, pare confermare in base alla sua esperienza che quanti vengono mandati dall'estero in Somalia per problemi di droga è più facile che guariscano. Visito solo una parte del centro dove sono presenti una quindicina di persone, in stanze che sembrano delle celle,

---

<sup>230</sup> Non ci è stato possibile incontrarli anche perché pochi giorni prima della conversazione con Yassin la loro madre era morta, appena atterrata all'aeroporto di Minneapolis, per un malore.

sebbene prive di grate, dove le persone dormono in tre o quattro, a meno che qualcuno diventi aggressivo, nel qual caso lo mettono a dormire da solo. Parlando e salutando le persone che sono dentro, noto che ben tre sul totale vengono da fuori:

**io:** due dagli Stati Uniti, uno dalla Svezia?

**infermiere:** sì, vengono da tutte le parti del mondo

**io:** il ragazzo dalla Svezia era malato prima o lo è diventato qua?

**infermiere:** era già malato. Lo hanno portato anche in Etiopia per trovare delle medicine, per stare meglio, ma non è cambiato e lo hanno riportato qua.

**io:** e il ragazzo dall'America che stava sdraiato per terra?

**infermiere:** anche lui era malato prima, di solito quelli che vengono dall'estero si riprendono in fretta, il problema sono le droghe... se vengono dall'estero portano con sé il problema delle droghe. Le famiglie li spediscono qua, preferiscono mandarli in Somaliland dai familiari per un po' prima di portarli indietro... (infermiere, Raywan center, Hargeisa, 8/4/09).

Le droghe sono un problema ricorrente come abbiamo visto, e spesso nascondono qualcosa di più profondo o sono solo uno degli elementi che fanno scattare l'allarme nelle famiglie, forse non quello che creerebbe maggiore disagio se non fosse il più evidente e sanzionabile culturalmente. Per esperienza non sono molto convinto dell'ottimismo dell'infermiere di Raywan, sul fatto che tali problemi si risolvano in quei centri con una certa facilità. Ci è capitato di vedere ragazzi incatenati per mesi all'interno di tali centri, e sicuramente la loro permanenza in quelle condizioni non era dettata dalla necessità terapeutica di smaltire gli effetti di qualche spinello in New Jersey.

La storia di Ismail è un intricato tracciato di relazioni familiari, uso di droghe, sofferenza psichica e fallimento del piano migratorio. Lo incontro il 7 Aprile 2009, è seduto dentro il reparto di salute mentale, incatenato. La sua figura si staglia sullo sfondo, in parte per la stazza ma, soprattutto, perché noto che c'è qualcosa di diverso che lo distingue dagli altri ospiti dell'ospedale: il tipo di camicia, come non se ne vedono, la pelle mi sembra molto più curata ed effettivamente sembra un corpo estraneo. Appena parla capisco il perché dal suo accento. Da quando aveva cinque anni ha vissuto a Londra, dove viveva con una sorella maggiore. Non ha mai avuto grossi problemi fino a quando è diventato maggiorenne; non siamo riusciti a capire

esattamente che tipo di problemi avesse avuto salvo che, come conseguenza, iniziò a prendere un antipsicotico, il Lorazepam. Il giorno dopo incontriamo la madre che era fuori dal reparto con il fratello, lei era seduta a terra vicino alla nostra macchina. Quel giorno era andata a portargli la colazione ma lui aveva rifiutato di parlarle e di fare colazione con lei. Era diventato aggressivo e la madre se ne era dovuta andare. Quando racconta dell'episodio si mette a piangere, al che il fratello la sgrida: "*perché piangi sempre... lascialo lì o portalo a casa*", al che lei asciugandosi le lacrime risponde: "... è mio figlio". Il problema era sorto perché a casa, il giorno dopo il suo arrivo ad Hargeisa, Ismail aveva avuto un momento di rabbia e alcuni parenti lo avevano immobilizzato in malo modo e incatenato. Dopo qualche giorno decidono di portarlo al reparto di salute mentale, dove si trovava da circa due mesi. L'infermiera del reparto ci racconta di avere parlato in precedenza con la madre, la quale diceva di non sapere molto della vita di Ismail a Londra perché era molto lontano; inoltre pare ci fosse una parente che ostacolasse la relazione tra di loro. La madre, una venditrice di Qaat, un giorno venne approcciata da una signora al mercato. Quest'ultima ha iniziato a dire cose tipo "se ami tuo figlio portalo a casa, fallo tornare... non sta bene". La signora era una vicina di casa di Ismail a Londra, di passaggio ad Hargeisa.

Ismail ci racconta che prende regolarmente il trattamento e a quanto pare lavora qualche ora alla settimana in un negozio di alimentari. Un giorno (a quel punto ha circa 22-23 anni) perde il lavoro e da lì in avanti passa il tempo a dormire e la sera esce con gli amici, fuma marijuana. La sorella, spostata, ad un certo punto inizia a fare pressione a Ismail dicendo che si deve trovare una casa altrove perché la casa è piccola e non possono più stare tutti assieme. Lui le fa notare che ha appena perso il lavoro e non ha soldi e litiga spesso con la sorella per questo motivo. La sorella parla con la madre ad Hargeisa raccontando della droga e dopo qualche tempo decidono di farlo rientrare ad Hargeisa per farlo stare un po' in famiglia e cercare di fargli smettere di drogarsi, motivo per cui, secondo la famiglia, si è ammalato mentalmente e passa le giornate a fare nulla.

L'arrivo di Ismail però, come abbiamo visto, è particolarmente traumatico: il suo primo ritorno (in realtà manca da quando ha tre anni, quindi è come se fosse la prima volta in assoluto) si risolve nel giro di quarantotto ore in un incatenamento a casa ad opera della sua stessa famiglia, che ha usato le modalità classiche con cui si reagisce ad una persona che si sa avere problemi mentali e che manifesta aggressività. Per di più Ismail ha "problemi" di droga, è grosso e inveisce contro la madre, verso cui ha una



rabbia fortissima per quello che è successo, per cui le catene sono la soluzione più immediata che viene trovata, salvo poi mandarlo al reparto di salute mentale. In pochi giorni Ismail è catapultato da Londra in un ospedale dalle condizioni igieniche riprovevoli, incatenato, in un luogo non familiare dove i parenti stessi, unico suo legame, l'hanno costretto in quella condizione in mezzo a uomini che vanno in giro con la loro ferraglia urlando al cielo.

L'impatto con la storia di Ismail è ancora più forte perché il suo modo di parlare, quando aveva voglia di mettersi in relazione, non pareva alterato da una forma patologica grave, tutt'altro. Il tempo che ho passato con lui è stato troppo poco per potere efficacemente dare corpo alle prime impressioni con delle osservazioni composite, ma la sua presenza in quel contesto creava un contrasto immediatamente percepibile.

Un mese dopo, questa volta all'interno del Centro privato Sahan (Cfr. Cap.5), incontro Abdulkadir, giovane somalo fatto rientrare dalla Francia, che quel giorno era in compagnia della sorella venuta a fargli visita.

È il 18 Maggio 2009 e lui si trova da quasi un anno all'interno del centro, incatenato. Non troviamo molte informazioni sulla sua cartella; un operatore dice che è schizofrenico, e notiamo che prende degli antipsicotici. Il suo racconto è confuso, a tratti delirante, salta da un'immagine all'altra per cui è difficile ricostruire un percorso, tuttavia ha dei momenti di lucidità. Nonostante la confusione infatti capiamo, anche grazie all'aiuto della sorella a margine dell'incontro, che nel suo racconto ha inserito immagini reali, magari spostate su piani temporali e geografici non coerenti, ma sono lucide istantanee della sua storia, cariche di emozione.

Nasce e vive a Djibouti, il lato materno della famiglia è Hawiye, originario del sud della Somalia. Vi rimane sino al 1993 (all'epoca aveva 17 anni) quando si trasferisce a Parigi, dove resterà sino al 2008, anno del rientro ad Hargeisa deciso dalla famiglia per via della sua condizione deteriorata. A Parigi, dove vive con una sorella, studia per un periodo in una scuola tecnica ma non riuscirà mai a finire gli studi, ed è durante questo periodo che la sua condizione inizia a peggiorare. Ha anche lavorato per circa un anno in uno "studio" pare facendo pulizie, ma poi perde il lavoro. Non riuscirà più a trovarne; continuerà ad andare a scuola ancora per un periodo ma senza riuscire a studiare, si isola dal resto del mondo, diventa apatico e inizia ad avere pensieri deliranti, la confusione prende il sopravvento, la testa si fa pesante, non assume droghe. Sarà

ospedalizzato quattro anni o, meglio, entrerà e uscirà dall'ospedale psichiatrico e rimarrà in cura con psicofarmaci. La famiglia deciderà quindi di portarlo ad Hargeisa, dove vive una sorella trasferitasi da Djibouti. Saltuariamente parla dell'India e scopriamo che, in effetti, vi ha vissuto prima di andare a Parigi, un'esperienza negativa di cui non riusciamo a carpire i dettagli, neanche dalla sorella che non aveva partecipato a quel viaggio. Di seguito alcuni passaggi della conversazione:

**A:** vengo dall'India il mio clan è Hawiya.

**Io:** Non sei indiano, parli francese?

**A:** Sì, sono hawiya, India, Isaak, giordano... vengo dal luogo dove la gente è sgozzata ed è uccisa, ma ora sono in posto migliore. Vengo dal luogo dove le persone sono uccise, proprio ora, e dicono... non lasciare che lui scompaia...

**Io:** Dov'è il luogo dove le persone sono sgozzate?

**A:** Se qualcuno ti detiene senza ordini... ti diranno sei stanco! non puoi uscire... non hai più il tuo lavoro (Centro Sahan, Hargeisa, 18/05/09).

In questo drammatico passaggio fa riferimento, contrariamente a quanto si possa ipotizzare di primo acchito, al periodo in Francia. Le persone ammazzate sono quelle in Somalia durante la guerra, parte della famiglia era al Sud durante la guerra, ma quelle immagini provengono dai suoi pensieri a Parigi, erano uno dei "blocchi" d'immagini e parole che ripeteva in continuazione, mentre l'espressione "non lasciare che lui scompaia" riteniamo si riferisca alle discussioni della famiglia rispetto il suo stato e il rischio di perderlo per sempre a Parigi.

Ricostruire tali narrazioni non è facile; gli stralci dell'intervista audio-registrata che qui riportiamo sono inseriti seguendo l'ordine logico descritto nelle note anticipatorie scritte prima del virgolettato. Questo lo abbiamo potuto fare anche grazie al faticoso lavoro di riordino della storia fatta con la sorella, in parte con un operatore del centro Sahan, e attraverso le note che avevo preso durante il colloquio. La conversazione ondeggia e solo col passare dei minuti si capisce, o si ritiene di capire, il significato di alcune espressioni e il loro collegamento con la biografia della persona; spesso è il linguaggio non verbale a segnalare dei cambi di passo, la necessità di fermarsi, voltare pagina per non turbare la persona, oppure usare l'ironia o seguire percorsi che paiono finire in un'inestricabile selva di pensieri. Il rischio speculativo è alto e abbiamo riportato solo passaggi di cui, grazie al fine lavoro di assemblaggio di cui abbiamo detto, riteniamo abbastanza chiara la coerenza.

Così descrive il momento dell'ospedalizzazione che, a differenza di quanto ci dice, è avvenuta forzatamente:

**A:** quando ero studente ero stanco sono diventato molto stanco...

**Io:** cosa ti rendeva stanco lo studio?

**A:** pensavo troppo, stavo pensando...

**Io:** a cosa pensavi...

**A:** volevo fare un'operazione alla testa, una chirurgia al cervello

**Io:** tu pensavi alla chirurgia o ti ha mandato qualcuno?

**A:** sono andato da solo

**Io:** perché sei andato a cercare la chirurgia?

**A:** perché ero senza lavoro e pensavo troppo

**Io:** ci sei andato una volta sola?

**A:** quattro anni

**Io:** era una casa o un ospedale?

**A:** un ospedale

**Io:** come chiameresti il problema che avevi a quel tempo a Parigi?

**A:** mancanza di sonno.

La famiglia decide di mandarlo in Somaliland, la madre nel frattempo è a Parigi, saranno i parenti di Hargeisa ad accoglierlo. Lui si rende conto che è rientrato per provare a guarire e anche per potersi sposare. Non solo una sua aspirazione ma anche una possibilità che la famiglia ha messo in cantiere. Seppure abbastanza calmo, da un anno continua ad essere incatenato, perché hanno paura che scappi e che possa perdersi, lui vorrebbe andare a Parigi con sua moglie e vorrebbe avere la madre vicino.

**Io:** Quindi dopo quattro anni hai lasciato quel posto?

**A:** Penso che è stato quando mi hanno detto... andrai al tuo paese, hanno detto: ti aiuteranno a finire l'università e mia madre mi ha detto: reciteremo il Corano e devi andare a casa.

(...)

**A:** mi hanno portato i miei cugini [al centro Sahan]

**Io:** perché ti hanno portato qui?

**A:** perché dicono che qui è dove l'Africa prende una boccata d'aria fresca (...)

**Io:** cosa intendi per aria fresca?

**A:** perché questo è un buon posto... quando le persone stanno assieme, e il "parlare" è

finito [il suo rimuginare, “pensare troppo”]. Lascia che Dio rimuova le cose cattive da te... ti possiamo fare un essere umano... quello che l’amore di tua madre non potrà darti, tuo padre non prova pietà per te, coloro che hanno perso i genitori... coloro che non hanno nulla... coloro che non sappiamo cosa hanno fatto... Dio li punirà

**Io:** quindi i tuoi cugini ti hanno portato qua per prendere aria fresca...

**A:** sì, mio cugino mi ha portato qua... questo è un centro di cura, le persone sono malate... è un posto di cura... ci sono già stato in passato. (...)

**Io:** Sei stato in altri posti?

**A:** sono stato da Bashir

**Io:** È un cilaaj?

**A:** è un posto di medici... era come una prigione  
(...)

**A:** Sono tornato ad Hargeisa per sposarmi

**Io:** Sei sposato?

**A:** No

**Io:** Ti vorresti sposare?

**A:** Sì, mi sposerò presto

**Sorella:** Stiamo cercando di farlo sposare.

**Io:** Hai una fidanzata?

**A:** Sì, Fadumo

**Io:** quando ti aspetti di sposarti?

**A:** l’ultimo anno sono stato incatenato

**Io:** perché sei incatenato?

**A:** per non scappare...

**Io:** Vuoi scappare?

**A:** sì, *voglio andare via venerdì* [parla in francese] (...) mia madre verrà.

**Io:** viene qua di venerdì?

**A:** sì

**Sorella:** La madre non è qua, è a Parigi

**A:** È a Djibouti (...) Andrò a Parigi con Anisa.

Nelle storie che abbiamo riportato, il tema del matrimonio è spesso presente, come ambizione personale, come strategia familiare o come possibilità terapeutica in senso ampio (Cfr. Cap. 2). Francamente le persone che abbiamo incontrato in questo capitolo ci parvero molto lontane dalla possibilità concreta di sposarsi, nel breve periodo, quanto meno dal punto di vista emotivo-psicologico il loro stato ci sembrava proprio non poterlo permettere. È vero che, dato il contesto somalo e l’alta stigmatizzazione delle

persone con gravi problemi mentali, ci era parso difficile anche che il “guarito” Colaad potesse coronare questo suo sogno, cosa che in realtà gli riuscì di fare prima di morire.

C’è un’altra storia che forse può dare fiato alla fiducia nelle nozze, ed è quella di Mahadi, che abbiamo brevemente anticipato nel secondo capitolo. Ciò che non avevamo scritto a p. XX è che anche lui rientrava nella categoria *daqhan celis* ed era stato fatto ritornare dagli Stati Uniti dopo un forte scoppio anche se, a onor di biografia, le sue fallite migrazioni erano state due, prima degli Stati Uniti furono gli Emirati Arabi.

Lo incontro la prima volta il 16 ottobre del 2003: quarantenne sposato con due figli, vive a Bosaso con la famiglia e nello stesso compound vivono la madre e un fratello. La famiglia è originaria di un villaggio in Sanaag (regione contesa tra Puntland e Somaliland) dove Mahadi ha ultimato le secondarie. Il medico del reparto di Bosaso emette una diagnosi di psicosi cronica, l’inizio della malattia risale a dieci anni prima. È un gigante buono, quasi due metri d’altezza, grossa stazza, cammina in giro per la città da solo, veloce, lo sguardo assente, un po’ rigido nei movimenti. Si ferma spesso a comprare *sambuus* in un bar in strada, la gente lo conosce, sorride spesso al suo passaggio; qualcuno commenta la sua stranezza ridendo con gli amici, ma non lo trattano male, lui va per la sua strada. È senza denti e questo desta in chi lo conosce un misto di ilarità e tenerezza. È sotto psicofarmaci da più di dieci anni, non dà segni di aggressività anche se in passato aggressivo ne ha dati. La sua prima migrazione fuori dal paese risale a prima della guerra civile: all’età di circa 17 anni va ad Abu Dabhi dove, come molti somali del periodo, lavora grazie alle offerte del boom petrolifero. Qualcosa però va storto e finisce direttamente in un ospedale psichiatrico dove rimane per sei mesi. Non è chiaro se passerà del tempo in carcere o solo in ospedale (non sappiamo molto di quel periodo), sta di fatto che per mettere un freno alle sua aggressività (o per punizione?) gli vengono tolti tutti i denti!

Successivamente viene rimpatriato e si trova a Mogadiscio poco prima che la guerra deflagri in città. Riesce a scappare con alcuni parenti e a rifugiarsi in Kenya. Da qui qualche anno dopo riesce ad andare negli Stati Uniti. Vivacchia un po’ e poi riesce a lavorare come *taxi driver* privato. Le cose vanno male però anche in *Maraykan* [America] e perde il lavoro. Fuma hashish e ha scatti di rabbia alternati a lunghi periodi di isolamento e silenzio. È in uno di questi momenti di rabbia che viene “incatenato”, solo per un giorno, mentre si trova negli Stati Uniti. Anche qui finisce sotto osservazione e gli viene diagnosticata una *agoraphobia* e *cultural shock*, espressione che ripete in continuazione tutte le volte che parla di quel periodo. La famiglia decide di

riportarlo in Somalia, a Bosaso, dove nel frattempo la madre e alcuni parenti risiedono. In più di un'occasione è visto da uno Sheikh ma non viene mai mandato in qualche campo o centro di guarigione, si fa mandare le medicine prescritte dagli Stati Uniti, che arrivano molto saltuariamente, ed effettua una visita con un neurologo a Galkayo (800 km a sud di Bosaso), unico professionista esistente in zona nella sfera psi-. Riesce a condurre una vita abbastanza compensata tanto che ad un certo punto la famiglia riesce a farlo sposare. Come già visto nel Capitolo 2, il divario economico tra la sua famiglia e quella della sposa facilita l'unione. Va detto però che, nonostante la sua evidente malattia, quando è a casa (✶ siamo andati a trovarlo più volte) è molto affettuoso con i suoi figli, forse anche più di tanti padri "sani". Ha dei periodi in cui si scompensa in concomitanza con cambiamenti sostanziali, come quando agli inizi del 2004 cambiano casa a Bosaso. Quel giorno arriva di corsa al reparto: è tutto sudato, vuole parlare con qualcuno ma è troppo agitato, sputa addosso ad un operatore dell'ospedale, io me lo trovo di fronte proprio mentre stavo portando un pesante tronchese di metallo in una stanza ad una famiglia che aveva perso le chiavi delle catene. Appena lo vedo, nascondo subito il tronchese dietro la schiena, temendo che possa prenderlo e usarlo contro qualcuno, dopodiché riesco a farlo tranquillizzare con l'aiuto di una guardia arrivata nel frattempo, senza necessità d'iniezioni o altro. L'ultima volta che lo vedo è assieme alla madre, al fratello, alla moglie e ai due figli. Vengono in reparto, dove mi trovo assieme a degli operatori, perché hanno ricevuto il nullaosta per trasferirsi in Nuova Zelanda: hanno i visti pronti, o quasi, e vogliono a breve intraprendere il viaggio con un primo scalo ad Addis Abeba. Sono preoccupati che qualcosa possa andare storto, che Mahadi si possa scompensare strada facendo, che il viaggio possa essere interrotto in itinere. Tra l'altro questa volta si trasferiscono tutti, anche la madre, quindi non possono permettersi di lasciarlo per strada. Così, con l'equipe dell'ospedale si svolge un lavoro preparatorio insieme a lui, si redigono lettere da consegnare in caso di emergenza e si preparano le ultime prescrizioni di farmaci. Dopo un mese circa la famiglia parte. Ne perdo traccia sino a quando mi arriva un e-mail da un indirizzo sconosciuto con uno sfondo pieno di rose e cuori rossi: Mahadi è arrivato in Nuova Zelanda con la famiglia, ha messo piede sul quarto continente.

Speriamo questa sia la volta buona. *Insha'Allah.*

## CONCLUSIONI

Verso la fine del 2004 io e gli operatori del reparto di salute mentale di Bosaso riceviamo una visita da una delegazione della Commissione Europea. Dovevano visitare altri progetti in città ma il delegato che risiedeva a Bosaso e conosceva bene il lavoro in essere gli propose una deviazione (le prime pietre del reparto furono poste grazie al finanziamento della Commissione Europea). Una delle partecipanti, psicoterapeuta nordamericana, persona appassionata e competente, aveva grande curiosità di visitare il primo centro pubblico di salute mentale di quella parte di Somalia. Eravamo lieti della visita e pronti e introdurli ai pazienti, ai luoghi, alle storie e alle sfide che in quel luogo affrontavamo. Appena entrati, dopo un po' di titubanza nel camminare in mezzo a sguardi particolarmente pressanti dei pazienti e comportamenti quantomeno bizzarri, lei mi venne incontro: *“Quanti casi di PTSD ci sono?”*

Ricordo la delusione che provocò in me quella domanda. Ma come? Avevamo passato mesi a girovagare tra case, storie e relazioni, erano state tolte catene senza usare uno psicofarmaco, ne erano state tolte molte di più usandoli, c'erano uomini e donne che soffrivano pene d'amore, altri che volevano diventare piccoli imprenditori e continuavano a fallire, donne in campi sfollati che dovevano farsi carico della famiglia e le difficoltà erano più forti di loro, ragazzi a respirare il buio di una stanza vuota, altri che guardavano fissi il mare. Inoltre c'erano operatori locali senza formazione che nonostante la paura, anche loro, di avvicinarsi a un “matto”, facevano un lavoro di territorio assieme alle famiglie che neanche esperti educatori europei erano più in grado di fare. Certo, molti dei pazienti avevano alle spalle la fuga dalla guerra, metà dei parenti morti ammazzati, l'esperienza del campo rifugiati ma non era questo il punto, almeno non pienamente. All'epoca non era forse stata emessa dal medico locale neanche una diagnosi di PTSD, forse solo una, un po' per formazione ricevuta, un po' perché i disagi dicevano altro o avevano preso altre forme, un po' perché quella diagnosi non era utile in quel momento. Altre erano le sofferenze provate, altre erano le ambizioni frustrate, altri i progetti e le richieste dei sofferenti, che quella diagnosi – e quella domanda- non erano in grado di catturare.

La riduzione applicata dall'ospite, senza tanti preamboli e senza conoscere il contesto, ad una etichetta così fortemente caratterizzata, andava a chiudersi in un *cul de sac* non poteva aiutare né a comprendere né a lavorare ad un cambiamento, che è quello che le persone che arrivano al reparto chiedevano. Per qualche sciocca ragione provai

quasi un senso di colpa nel dovere spiegare l'assenza di tale diagnosi, che pure mi sembrava la più normale delle cose. Questo, unito alla delusione per la domanda, si trasformò in rabbia che, pur celata, rese le mie risposte brusche e forse anche un po' arroganti. La visita non durò più di dieci minuti. Il delegato locale, che mi conosceva, si voltò verso di me alzando le spalle in segno di resa e salutò i presenti con un sorriso.

\*\*\*

Oltre il problema delle tassonomie, di cui abbiamo già parlato, le violenze subite e le eventuali reazioni traumatiche costituiscono solo una parte del quadro complessivo e spesso, pur limitatamente alla nostra esperienza di campo nel nord del paese, queste non bastano a spiegare l'insorgere di una situazione patologica. Contestualmente, una loro risoluzione, in molti casi, non pareva avrebbe potuto portare a dei benefici decisivi e neppure significativi ovvero si aveva l'impressione che altre fossero le questioni disturbanti che dovevano essere affrontate, più impellenti dell'elaborazione dell'eventuale trauma. Con questo non si vuole misconoscerne l'importanza, va da sé che persone traumatizzate possano essere incapaci di gestire il quotidiano e che questo possa portare a ritiro sociale, o scatenare forme di alienazione sino alla produzione di deliri e stati allucinatori. Non basta però, crediamo, percorrere solo in verticale le vie interne che portano alla costruzione di questi steccati della mente, mentre è necessario abituarsi a lavorare in maniera integrata in orizzontale, nel terreno sociale dove quegli steccati prendono forma, con cui cercano di dialogare e dal quale vengono messi sotto attacco. Per farlo positivamente, come ho cercato di mostrare in questa tesi, bisogna addentrarsi nelle maglie degli impliciti sociali, tra i numerosi attori che affollano la scena e quelli che non si vedono, ancor più insidiosi, così da produrre interventi che siano antropologicamente (in)formati. E' un lavoraccio, certo, ma è *la complessità bellezza!*

Ho avuto il privilegio di coordinare le attività di qualche edizione del corso di perfezionamento in antropologia delle migrazioni attivo dal 2007 presso l'Università Bicocca di Milano. Lo *Spoon River* di attori che partecipano al corso (insegnanti, preti, educatori, assistenti sociali, giudici, psicologi) è la rappresentazione di un pezzo di società interessata innanzitutto a capire i fenomeni, a studiare e a lavorare concretamente, con i migranti in questo caso, per i diritti civili e per la dignità della persona. Questi operatori interessati pongono sempre la stessa questione: ma come facciamo a prendere in considerazione tutto quanto voi antropologi ci proponete se



dobbiamo vedere una persona dopo l'altra, se dobbiamo alzare la cornetta per svolgere mansioni che non ci competono per barcamenarci in assenza di politiche che si facciano carico della situazione o in presenza di politiche che mirano invece all'esclusione di certe soggettività? Come facciamo se il nostro contratto è a termine e dobbiamo negoziare quotidianamente il nostro operato, se vengono tagliati i servizi base?

Le difficoltà rimangono, ma alla fine del corso sono entusiasti. Dopo la crisi iniziale che patiscono per la decostruzione di tante retoriche e logiche consolidate del lavoro e del pensiero, i cocci vengono ricomposti in forma diversa, si aprono nuove strade, si prova a spostare lo sguardo, a cambiare angolazione. Nasce una riflessione nuova in equipe, la voglia di porre una domanda in più all'"utente" o di porla in modo diverso, sono piccoli cambiamenti sperimentati nel quotidiano che migliorano il lavoro dell'operatore e del fruitore del servizio. I nodi non sono sciolti e la frustrazione spesso rimane, ma sono primi passi significativi che possono amplificarsi. *"Sofferenza sociale e malattia"*, come rileva Arthur Kleinman, *"si sovrappongono non interamente, ma sostanzialmente"* (2012, p.182). La depressione economica e l'alienazione delle società alimentano il ritiro sociale e l'abuso di sostanze così come *"processi politici e morali sostengono la stigmatizzazione della psicosi e della disabilità intellettuale, e forniscono il terreno per traumi familiari e psicologici"*(ibid.,p.182).

Il lento lavoro etnografico che permette di portare alla luce processi che arrugginiscono gli ingranaggi della società fino a farne inceppare i meccanismi, può trarre giovamento dallo studio dei contesti familiari dove vengono mietute le prime vittime. Pochi sono più vulnerabili ed esclusi dei sofferenti mentali, soprattutto in quei contesti dove la stigmatizzazione è talmente potente da relegarli a vivere un'altra umanità (Patel et al.,2006), a sperimentare un *essere-nel-mondo* ontologicamente distante e per questo necessariamente da investigare. Esistono delle fragilità individuali che influiscono sulla possibilità di ammalarsi anche all'interno dello stesso contesto familiare, ma le storie di coloro che si prendono il peso della sofferenza e dell'alienazione dalla società, dell'esclusione dal circuito di responsabilità e –per certi versi- di appartenenza al gruppo, ci dicono molto di quanto sta loro intorno, nella famiglia e nella società.

Mariam è alternativamente incatenata a un gancio cementato al pavimento di una stanza senza finestre o nell'aia vicino al palo dove le capre si grattano il capo a vicenda. Trentottenne, incatenata da tredici anni quando la incontro la prima volta a Berbera nel 2003, lavorava come collaboratrice domestica in Arabia Saudita assieme alla sorella.

Durante uno dei “tanti normali litigi fra sorelle” questa le strappa il passaporto in mille pezzi, da quel momento Mariam si scaglia contro tutti e inizia a delirare e vedere ovunque pezzi di carne da macellaio grondane sangue. Sono anni in cui i governi dell’area stanno espellendo molti lavoratori somali, in parte per questioni economiche in parte per rompere quelle catene migratorie che avrebbero potuto portare un afflusso non desiderato di somali considerato che la guerra era alle porte. Successivamente al litigio e la perdita del passaporto, accompagnato con tutta probabilità da una delazione, Mariam, e non la sorella, si trova arrestata e poi rispedita a Mogadiscio, dove la guerra è appena scoppiata. Seguiranno la fuga, il campo profughi, violenze, l’abbandono di un marito, la nascita di una figlia che non si sa dove sia, l’incatenamento. Il suo è uno dei casi più gravi. Nel 2011 quando la incontro l’ultima volta, dopo il lungo lavoro degli operatori locali riusciva quanto meno a uscire di casa e andare, assieme alla madre, in ospedale per le terapie e aiutare ogni tanto quest’ultima nelle faccende domestiche. Questo è forse l’obiettivo massimo che potranno alla fine raggiungere, è già qualcosa.

Come per la maggior parte delle persone incontrate, gli interventi da parte della famiglia (quali che siano) arrivano tardivi, quando la situazione si sta già cronicizzando. Anche questa incapacità (economica, emotiva, intellettuale) della famiglia di fare fronte prima, e intervenire dopo, è un segno dell’indebolimento che la società attraversa per via di fattori destabilizzanti che dalla guerra ha generato, o alimentato, andandosi a connettere con aspetti dell’organizzazione sociale che ne hanno favorito l’evoluzione negativa che si è fatta strutturale. Le sempre più radicali forme di esclusione sociale subite dalle persone con problemi di salute mentale ne sono un esempio.

\*\*\*

La pervasività delle conseguenze indirette della guerra e della violenza sociale che si genera si estende ad ambiti anche all’apparenza slegati da essa. L’elevato numero di casi di bambini o adulti epilettici che si registra nel reparto di salute mentale di Bosaso, che rappresenta con tutta probabilità una minima parte dei casi reali, non è anch’essa una conseguenza di questo stato di cose?

L’epilessia ha tra le cause sintomatiche traumi, sofferenze peri- e pre-natali, complicazioni legate al parto. Queste condizioni hanno una prevalenza significativa e incidono verosimilmente in maniera alta in un contesto come quello somalo rispetto a paesi con un sistema sanitario mediamente funzionante. Ciò è determinato da fattori quali la devastazione del sistema sanitario, la scarsità di risorse ed equipaggiamento

medico, ma anche dovuto alla necessità di fuga e spostamento continuo che aumenta le possibilità di traumi (fisici) e le complicazioni non “prese per tempo” sia per la deterritorializzazione, sia per la frammentazione delle reti di supporto sia per la difficoltà, non solo per i professionisti medici ma anche per le figure “tradizionali”, di operare con tranquillità. Molti casi di epilessia sono curabili efficacemente con un minimo controllo medico e i farmaci necessari sono disponibili localmente. Non tutti però vi accedono, non tutti hanno i mezzi per farlo non tutti hanno la speranza di pensare che qualcuno li ascolti, anche quanto il servizio è gratuito. La conseguenza è un deterioramento che può diventare definitivo o può portare, come mi è capitato di osservare, a considerare assolutamente normale da parte dei genitori incatenare il proprio figlio di 1 anno, malato di epilessia. Gli esempi sono numerosi, un altro indice indiretto sono i tassi mortalità infantile e materna, elevatissimi, anche nella fascia 0-5 anni (Unicef, 2010), a testimonianza di condizioni di cronica sofferenza.

Su un altro versante le possibilità di studio all'estero così come quelle di migrazione, sono caricate di significati amplificati in contesti dove la prospettiva locale è insoddisfacente, inesistente, limitata, non attraente. Abbiamo visto quanto il vento della migrazione soffi forte e che il tema è così sentito che fallimenti ripetuti possono produrre una nuova, autoctona, forma di disagio mentale, il *Buufis* (Reggi, 2006, 2012, Horst, 2006; e nel presente testo, in particolare, Cap.6). Non a caso chi soffia sul fuoco dell'instabilità va a colpire proprio lì dove si annida la speranza di riscossa. Le uccisioni dei giovani neolaureati in medicina del 2009 durante la cerimonia di premiazione, il secondo giro di laureati dopo ventuno anni di assenza di una facoltà di medicina nel paese, sono forse ancora più violente delle bombe ai palazzi presidenziali. Allo stesso modo la bomba che nell'ottobre 2011 dilaniò 139 persone, giovani e loro familiari in coda per conoscere gli esiti di una borsa di studio per la Turchia, è un atto di guerra alla speranza, all'intimità più profonda di un desiderio tanto agognato e condiviso dalle giovani generazioni.

Significativo da questo punto di vista è che il *Buufis*, sostengono secondo alcuni autori (Horst, 2006 in particolare), pare essersi diffuso a partire dal campo rifugiati di Dadaab. In quel luogo non c'è la violenza della guerra, da cui molti continuano a scappare e da cui molti, troppi, sono scappati più di venti anni fa e da allora non hanno conosciuto altro che il campo profughi. E' però il contesto di altra violenza, silenziosa e logorante, quella dell'anomia, luogo in cui le regole di convivenza sono forzatamente dettate esternamente, dove la speranza di uscire è imponderabile e fuori della portata del

rifugiato, dove le condizioni di sovraffollamento sono insostenibili. E' proprio l'impossibilità di essere padroni della propria vita, l'aspetto che più degrada la condizione umana a Dadaab. Proprio dal campo, e non stupisce, arrivano le statistiche più inquietanti in termini di esclusione sociale di persone con salute mentale: il 96% delle ragazze tra 6 a 14 anni e il 74% di quelle sopra i 14 anni non ha alcun accesso all'educazione formale, percentuale che si abbassa rispettivamente all' 84% e al 50% per i maschi delle medesime fasce d'età<sup>231</sup>. Mediamente, un terzo della vita è convissuto con la disabilità e quasi il 50% delle persone con problemi mentali sono stati incatenati almeno una volta. Di questi, più del 50% è stato incatenato per almeno un ano consecutivo. Non va dimenticato che nel campo rifugiati, a ben vedere, esiste la possibilità di accedere gratuitamente agli ospedali, è presente un servizio di salute mentale gratuito e scuole pubbliche equiparate a quelle del sistema scolastico keniano. Questo evidentemente non basta perché nonostante la disponibilità di servizi di base –pur con una serie di barriere all'accesso (Reggi, 2010)- e la protezione dalla guerra, le condizioni deprivanti del campo e le modalità di organizzazione che generano una sorta di sindrome da dipendenza (Papadopoulos e Ljubinkovic, 2007), unite all'assenza di prospettive e all'impossibilità di padroneggiare la propria vita strutturano una duratura mancanza di speranza. Il sistema campo dunque amplifica quelle che sono le aspettative di partenza, di fuga, di progettazione del proprio sé in funzione della condizione di dipendenza e di limbo che si vive, impossibilitati ad andare avanti, a tornare indietro, costretti all'attesa.

\*\*\*

Mi sono recentemente trovato a visitare alcuni centri di detenzione per migranti in Libia. In quello di Gharyan ho parlato con un gruppo di somali ed eritrei imprigionati. Una conversazione che ben presto ho trovato sconveniente, faticosa, frustrante e che, nonostante la mia curiosità, ho cercato di limitare il più possibile, senza mancare di rispetto a chi mi voleva parlare ma anche cercando di non creare aspettative: un italiano di passaggio, libero di arrivare e appoggiarsi alla grata esterna della cella e un gruppo di giovani incarcerati mentre in fuga, attraversato il deserto, cercano di raggiungere l'Italia.

---

<sup>231</sup> Tutti i dati statistici qui riportati per il campo di Dadaab sono elaborazioni personali da un database creato appositamente in loco e pubblicati in Reggi (2010).

A un certo punto mi chiesero: perché siamo qui? cosa ci succederà? dove andiamo? Siamo somali, siamo registrati, cosa abbiamo fatto di male? Siamo essere umani anche noi come te, come te (indicando l'altra persona in fianco a me, una sorta di commerciante/guardia libica). Evidentemente non avevo risposte alle loro domande, sapendo che una volta catturati in uno di quei centri di detenzione per migranti "illegali" può succedere di tutto. Puoi riuscire a scappare, magari approfittando del vento caldo del *Ghibli* che alza polvere e nasconde le tracce, puoi essere trasferito in un campo peggiore, ad esempio quello di Sabah o di Kufrah dove si è completamente alla mercé delle guardie locali e si può essere venduti ad altre guardie oltre confine o lasciati andare dietro pagamento di denaro da farsi mandare dalle famiglie. Oppure si può trovare qualcuno che offre un lavoro sottopagato per qualche periodo, racimolare qualche soldo sperando poi di raggiungere il mare. La cosa più intelligente che mi riesce di suggerire in risposta alle loro richieste, e la più cinica e spietata allo stesso tempo, è: *appena potete scappate!*

Il trattato di amicizia tra Italia e Libia del 2008 prevede, tra le altre cose, la collaborazione in materia di lotta all'immigrazione clandestina. Vengono aperti tre centri di detenzione che devono servire al contenimento dei migranti, ad esempio di quelli eventualmente intercettati/respinti nel mediterraneo. Non ci sono regole ufficiali seguite dai gestori dei centri nel post-Gheddafi, la Libia non ha sottoscritto accordi di protezione internazionale come la Convenzione di Ginevra sullo status di Rifugiato del 1951, per cui i respingimenti in mare discriminano di fatto tutti coloro avrebbero diritto ad accedere alla domanda d'asilo. Inoltre sono bene documentati gli abusi che i migranti subiscono dalle guardie carcerarie o mercanti (Human Rights Watch, 2009), indirettamente grazie anche a questi accordi pagati dal nostro governo e dalla Comunità Europea nell'ottica di esternalizzare sempre più il controllo alle frontiere. Se si ha la sfortuna di essere fermati ed entrare nel circuito del controllo di polizia e dei centri di detenzione non si sa quanto questo potrà durare e di fronte a quali situazioni, e abusi, ci si potrà trovare. Questa è ancora un'altra forma di violenza che si aggiunge alla biografia personale.

I ragazzi incontrati all'interno di questi centri sono per lo più giovani, gli stessi con i quali ti puoi trovare a parlare in Somalia durante una sessione di Qaat e ascoltarli mentre dettano con enfasi e carichi di aspettative le mosse per il loro viaggio, che è anche avventuroso, lungo la rotta che porta in Italia.

Nel viaggio c'è anche il rischio della morte, sempre più tristemente frequente nel Mediterraneo dove nel solo 2011 sono scomparse 1.500 persone (Pinelli, 2013), un rischio di cui sono ben consapevoli i giovani in Somalia dove l'argomento è ampiamente dibattuto pubblicamente. Molti comunque partono e la maggioranza riesce ad arrivare, prima o poi, a destinazione. Hassan è uno di questi.

Lo incontrai la prima volta nel 2011 assieme a una conoscente somala che era stata chiamata come mediatrice culturale e volle farmelo conoscere. Era alloggiato da circa tre mesi in una casa protetta a Milano con altri utenti psichiatrici e ritenuto un caso molto difficile da gestire soprattutto per difficoltà di comunicazione. Stava spesso da solo, girava per la casa parlando da solo con ampi movimenti delle braccia, ogni tanto aveva degli scatti di incomprensibile stizza e veniva assalito da agitazione. Raramente comunicava con altri ma appena si parlava di Somalia cambiava registro e pareva più lucido, seppure con un eloquio affannoso quasi a volere raggiungere quel luogo più velocemente delle parole. Partito da Bosaso aveva impiegato due anni per arrivare in Italia, attraversando Puntland, Somaliland, Djibouti, Eritrea, Sudan, e Libia. Non si sapeva molto di quella parte di storia. Un fratello che vive a Bosaso, recentemente, tramite un operatore sociale del reparto di salute mentale della città, ha riferito che prima del viaggio era perfettamente sano e qualcosa è successo nel mezzo. Anche la famiglia non ha chiare informazioni, sanno che è stato malmenato brutalmente da qualche parte in Libia, e un braccio, prima fratturato e poi dislocato, ne porta visibili le conseguenze. Da circa un anno è arrivato in Italia via Lampedusa. Pare che passasse da un ospedale a un altro, da una residenza protetta a un'altra, sempre per brevi periodi, senza mai che un percorso individualizzato, un piano terapeutico-sociale fosse mai realizzato. Alcuni amici somali dicono che le barriere linguistico-culturali sono sempre state insormontabili nel confronto con i servizi, in un sistema che soffre, come mi confermano invece gli operatori dei servizi, di mancanza di fondi cronica. La questione del posto letto è stata, oltre a periodiche somministrazioni di psicofarmaci, quella maggiormente affrontata, per evitare di farlo dormire in strada, cosa peraltro occorsa in più occasioni. E' capitato anche a me di assistere alla telefonata di una psicologa, e vederla armata di buona volontà (non sarebbe quello il suo compito) prendere l'elenco delle strutture di accoglienza e cercare di trovargli una sistemazione giusto il giorno prima che avrebbe dovuto lasciare l'altra dimora temporanea in cui era alloggiato.

Hassan non ha reti a Milano a parte un fratello che si trovava nelle difficoltà di molti richiedenti asilo, alla ricerca di un posto dove dormire ed era, all'epoca, in un

dormitorio temporaneo a pagamento dove dormono migranti, senza fissa dimora e, a volte, persone con problemi di abusi di sostanze inviati dalla polizia. L'equipe psichiatrica dell'ospedale che lo aveva in cura stava valutando la possibilità di rimandarlo a casa, in Somalia. Per questo mi avevano contattato, assieme a un educatore e cooperante del GRT, esperto del settore, per cercare di capire quale contesto familiare lo aspettasse a Bosaso e quali possibilità di cura fossero presenti nel localmente. Dall'Italia era stata chiesta una pensione d'invalidità di cui si aspettavano gli esiti e che i medici pensavano di usare come carta da giocare con la famiglia per favorire l'accettazione del rientro. In Somalia oltre a un fratello che non abita più a Bosaso viveva l'anziana madre che al telefono esprimeva l'ambiguità della sua situazione: da un lato si diceva pronta a riprendere suo figlio tra le braccia, dall'altra era una donna anziana con qualche difficoltà di deambulazione che avrebbe potuto fare fatica a gestire la nuova situazione senza l'aiuto di parenti o vicini, sulla cui disponibilità non si poteva scommettere in anticipo. A Bosaso esiste quantomeno un reparto di salute mentale che a tratti funziona abbastanza bene e gli operatori potrebbero supportare l'arrivo e la continuazione di una terapia. Detto questo il rischio che Hassan dopo poco tempo finisca in catene è elevato. Sarebbe la triste e paradossale parabola di un ragazzo partito entusiasta, 'masticato' poco a poco da politiche internazionali del rifiuto e poi una volta definitivamente svuotato rimandato indietro fino ad essere definitivamente bloccato (esternalizzazione delle frontiere?) nella mobilità e nelle aspirazioni.

Partito dalla Somalia con il carico di aspettative e pressioni che molti giovani portano con loro, ora non ha più il tempo di diventare *buufis* e sperare che il suo grido di sofferenza venga ascoltato, lui è già considerato *walaan*, l'ultimo stadio. Le poche informazioni contenute nel suo dossier sono le stesse recuperabili con una telefonata di cinque minuti (come c'è capitato di fare) alla farmacista somala che è stata eletta come tutrice e tramite con la sua famiglia. L'unico dato che emerge chiaro dalla cartella è la diagnosi di schizofrenia e la terapia farmacologica in uso negli ultimi mesi. Per il resto sappiamo che Hasan ha fatto domanda d'asilo appena giunto a Lampedusa e ottenuto un permesso di soggiorno umanitario temporaneo come molti Somali ottengono, dopo di che è stato lasciato pressoché a cavarsela da solo. Questo processo in Italia è sostanziato dalla mancanza di leggi organiche in materia d'asilo, dalla gestione assente e spesso emergenziale di tali condizioni, da una gestione paternalistica e d'infantilizzazione del richiedente asilo, come molte ricerche hanno mostrato (Cfr. tra gli altri, Delle Donne, 1995; Dal Lago, 1999; Reggi, 2002; Moiraghi, 2004; Caldarozzi, 2010; Pinelli, 2013).

La migrazione immaginata all'inizio da Hassan, le aspettative della famiglia, il supporto ricevuto per partire, si concretizzano ora con un ex-giovane in salute che è ora pronto per rientrare, dopo due anni, con un nuovo status, quello di *walaan*, un malato che non ce l'ha fatta. E' come se a ogni passaggio fosse stato lentamente annullato. L'unico conforto sarà la pensione d'invalidità, se mai la riceverà, e i soldi che saranno spediti alla sua famiglia.

Quello di Hassan rappresenta sicuramente un caso limite, non l'unico. L'aggravante, più evidente nella sua storia rispetto ad altre, è la responsabilità delle nostre politiche sull'immigrazione e sull'accoglienza. Già dalla Libia la mano lunga di queste ha sortito i primi effetti, intercettandolo, bloccandolo, rendendolo fragile.

Una volta giunto in Italia si è messo in atto anche su di lui quel processo ben documentato in letteratura di anomizzazione e depoliticizzazione del rifugiato (Malkki, 1996; Fassin, 2005; Pinelli, 2013). La sofferenza che si trasforma in patologia rende solo più evidente questo processo che nasconde il soggetto facendo emergere dall'ombra il corpo malato e certificato, spesso l'unica garanzia di "riconoscimento" del rifugiato.

Grazie al lavoro paziente della ricerca etnografica possiamo rendere visibili biografie nascoste, schiacciate dalla violenza e perse ai margini delle società. Gli esempi illustrati in questa tesi mostrano apertamente la necessità di aprire il campo transnazionalmente alle forze e relazioni che vi entrano e dialogano anche a distanze siderali. Riuscire a connettere questi livelli con le politiche locali e internazionali e gli impliciti culturali che costituiscono l'ossatura delle società è compito assai arduo e mai dato, così come le soggettività che si costruiscono che non sono mai compiute. L'interruzione forzata della prospettiva di vita che certi processi storici impongono a soggetti resi vulnerabili deve essere studiata per potere contribuire al cambiamento. Quando il soggetto viene sostituito dall'oggettivazione di una categoria diagnostica *acchiappatutto*, i.e. il PTSD, oppure da un'etichetta di status giuridico, i.e. il rifugiato, e le società filtrano la relazione con la persona solo attraverso queste categorie, il soggetto semplicemente scompare, svanisce. Ruolo dell'antropologia credo sia quello di riportare i soggetti e le loro esperienze al centro, soprattutto coloro che strutturalmente ne sono esclusi. D'altronde, parafrasando Marco Aime, a incontrarsi non sono "etichette" culturali e sociali ma persone in carne ed ossa. Il lavoro critico e di lunga durata che ho cercato di condurre in un angolo della Somalia può servire anche a illuminare di luce nuova i soggetti che vengono messi in ombra nei territori dell'arrivo. La doppia assenza



(Sayad, 2002) è anche doppia, molteplice, presenza che il migrante dinamicamente mantiene con il paese di origine e con altri contesti sociali in altrove geografici. Lo stesso vale al contrario, problematizzando quanto dei processi che avvengono a “casa nostra”, possano essere portati dentro il campo, anticipando temi e relazioni di cui i soggetti, oggetto delle nostre attenzioni di ricercatori sul campo, faranno esperienza una volta a destinazione.

Sarà interessante inoltre continuare ad analizzare come la circolarità della migrazione modificherà la geografia delle relazioni umane nel tempo. Attori fondamentali come i somali della diaspora sono sempre più partecipi della vita politica, economica e culturale entro i confini della Somalia, processo che ha subito un’accelerazione negli ultimi anni. Anche in questo caso il punto d’osservazione sulla salute mentale offre uno spaccato interessante, come dimostrano le pratiche di rientro per guarigione e la fioritura di sempre più numerosi centri privati di salute mentale o di collaborazioni pubblico-privato. Queste si stanno, infatti, realizzando in direzioni non scontate con traiettorie innovative, non necessariamente positive per le persone con sofferenza mentale, e dagli esiti imprevedibili. Compito della ricerca antropologica, infine, è anche quello di mostrare che dando voce a soggetti resi muti si possano attivare nuovi processi, cui nessuno degli attori coinvolti avrebbe mai pensato di partecipare, che permettono di dare nuova dignità al soggetto marginalizzato. Le forze in campo sono parecchie e spesso conflittuali, perché la rete relazionale è fittamente intrecciata e tirare un filo, può far sciogliere un nodo ma può anche rendere la struttura della rete ancora più fragile. Qua sta la complessità del cambiamento che l’antropologia può aiutare e promuovere, avendo chiaro il proprio ruolo e posizionamento.

La storia di Colaad, che ho presentato nel terzo capitolo, è interessante anche per questo motivo. Il cronista della radio che lo cerca per parlare di sé e del suo cambiamento, ha una straordinaria valenza politica in un contesto dove storicamente, senza discussione, un *walaan* non ha voce. Quello che ha reso possibile tale primo, parziale, successo è stato che il cambiamento non ha interessato solo la sua intima biografia ma è un cambiamento che ha investito tutti gli altri più significativi intorno a lui e poi, mano a mano, ha allargato l’influenza sempre più lontano. I vari livelli interessati non sono dei meri recettori, hanno dovuto a loro volta cambiare perché altrimenti la rete si sarebbe nuovamente sfaldata e non è sempre detto che ci sia questa disponibilità al cambiamento. Questa è la sfida più grande, che Colaad ha vinto.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., 2006, The immanent past. *ETHOS*, Special Issue, 34(2), pp. 169-341.
- AA.VV. 2009. *Health Systems Strengthening in Fragile Contexts: A Report on Good Practices & New Approaches*. Commissioned by the Health and Fragile States Network  
[\[http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com\\_docman&task=catview&gid=13&&Itemid=38 \]](http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com_docman&task=catview&gid=13&&Itemid=38)
- Abdile, M.A. 2010. Diasporas and their Role in the Homeland Conflicts and Peacebuilding: The Case of Somali Diaspora. *DIASPEACE*, Working Paper No. 7.
- Abramowitz, S., A., 2005. The poor have become rich, and the rich have become poor: Collective trauma in the Guinean Languette, *Social Science and Medicine*, 61, pp. 2106-2118.
- Ahern, M., 2008. *Mental Health needs assessment of the Somali population of Tower Hamlets. Final report and action plan*. London: Tower Hamlets NHS Primary Care Trust.
- Aden, K.M., 2010. *Fraintendimenti*. Roma: Nottetempo.
- Africa Watch Committee, 1990. *Somalia: A Government at War with its Own People*. New York: AFC.
- Afrol News, 3/6/2002. [ [www.afrol.com/news2002/som011\\_refugees\\_soml.htm](http://www.afrol.com/news2002/som011_refugees_soml.htm) ];  
Ultimo accesso effettuato il 12/05/2012].
- Agier, M., 2011[2008]. *Managing the undesirables. Refugee camps and humanitarian government*. Cambridge: Polity Press
- Ahmed, I. I., 2000. Remittances and their economic impact in postwar Somaliland. *Disasters*, 24(4), pp. 380-389
- Ajimer, G. e Abbink, J. (eds.), 2000. *Meanings of Violence. A Cross-Cultural Perspective*. Oxford: Berg.
- Aime, M., 2004. *Eccessi di culture*. Torino: Einaudi.
- Ali S., 2007. Go West Young Man: The Culture of Migration among Muslims in Hyderabad, India. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 33 (1), pp. 37- 58.
- Almedom, A. e Summerfield, D., 2004. Mental well-being in settings of complex emergency: an overview. *Journal of Biosocial Science*, 36, pp. 381–388.
- Al-Shahi,A.,1984. Spirit Possession and Healing: The ZAR among the Shaygiyya of the

- Northern Sudan. *Bulletin of the British Society for Middle Eastern Studies*, Vol. 11 (1), pp. 28-44
- Al-Sharmani M., 2004. *Refugee livelihood and diasporic identity constructions of Somali refugees in Cairo*, Multi Forced Migration and Refugee Studies Program (FMRS). Cairo: The American University.
- [Anderson](#), D., [Beckerleg](#), S., [Hailu](#), D. e [Klein](#), A., 2007. *The Khat Controversy: Stimulating the Debate on Drugs*.Oxford: Berg Pub Ltd
- Andrzejewski, B.,W. e Andrzejewski, S., 1993. *An anthology of Somali Poetry*. Bloomington: Indiana University Press
- Andrzejewski, B.,W, e Lewis, I.,M.,1964. *Somali Poetry, an Introduction*. Oxford: Clarendon Press.
- Antze, P. e Lambek, M. (eds.), 1996. *Tense Past. Cultural essays in trauma and memory*. New York: Routledge.
- APA (American Psychiatric Association), 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association), 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association), 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text revision. Washington D.C.: American Psychiatric Association; trad.it. 2007(ristampa). *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Text revision.Milano: Elsevier Masson.
- APD e Interpeace, 2008. *Peace in Somaliland: an indigenous approach to state-building*. The search for Peace series. Hargeisa
- Aretxaga, B., 1997. *Shattering Silence: Women, Nationalism and Political Subjectivity in Northern Ireland*, Princeton: Princeton University Press.
- Augè M., 1986. Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento, in Augè M. e Herzlich C. (a cura di), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore.
- Augé,M.,1997. Vies de rêve des Indiens Mohave. *Critique*, 53 (603-604), p.590 (recensione di Devereux, G., *Ethnopsychiatrie des Indiens*, Paris: Ed. Synthélabo).
- Bailes, M., 2005. *Mental Illness Perceptions in the Somali Community in Melbourne*,

- presentazione Master al Centre for International Mental Health- University of Melbourne.
- Bang Nielsen K., 2004. Next Stop Britain: The Influence of Transnational Networks on the Secondary Movement of Danish Somalis. *Sussex Migration Working Paper*, no. 22.
- Battera, F., 2002. The Collapse of the State and the Resurgence of Customary Law in Northern Somalia, in Dostal,W. (ed.), *Customary Law in Muslim Societies: Aspects of Legal Practice between Local Tradition, Shari'a and State Law*, Vienna.
- Benedict, R., 1935. Culture and the abnormal. *Journal of genetic psychology*,1,pp.60-64.
- Beneduce, R. e Collignon, R. (a cura di), 1995. Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa. Napoli: Liguori.
- Beneduce, R. e Martelli, P., 2005. Politics of Healing and Politics of Culture: Ethnopsychiatry, Identities and Migration. *Transcultural Psychiatry*, 42(3),pp.367-393.
- Beneduce, R., 1998. Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo. Milano: Franco Angeli.
- Beneduce, R., 1998a Etnopsichiatria: modelli di ricerca ed esperienze cliniche, in Lanternari, V. e Ciminelli, M.L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori- Volume II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*. Napoli: Liguori editore.Cap.III
- Beneduce, R.,1999. *Dia-tige* ("ombra recisa"). Strutture antropologiche della depressione e metamorfosi del legame sociale in Africa, in Galzigna, M. (a cura di), *La sfida dell'altro. Le scienze psichiche in una società multiculturale*, Venezia: Marsilio. Accessibile anche on line: <http://www.pol-it.org/ital/beneduce5.htm#5>
- Beneduce, R.,2001. La tela del ragno. Politiche della cultura e dell'identità in etnopsichiatria. Atti dal I Convegno Internazionale di Etnopsichiatria, Milano : Associazione NAGA.
- Beneduce, R. (a cura di.), 2008. *Violenza*. Numero 9/10 di Annuario Antropologia. Roma: Meltemi.
- Beneduce, R., 2010. Archeologia del trauma. Un'antropologia del sottosuolo. Bari: Editori Laterza.
- Benevelli, L., 2010. *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero (1936-1941)*. Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute. Biblioteca di

- Antropologia medica/7. Lecce: Argo.
- Bentley, J.A. e Owens, C.W., 2008. Somali Refugee Mental Health Cultural Profile
- Berns McGrown, R., 2004. Transformative Islam & Shifting Gender roles in the Somalia Diaspora, in Kusow, A.M. (a cura di), *Putting the cart before the horse. Contested nationalism and the crisis of the nation-state in Somalia*. Trenton: The Red Sea Press inc.
- Berry, J.W, Poortinga, M.H. e Dasen, P.R. (a cura di), 1994. *Psicologia Transculturale. Teoria, ricerca, applicazioni*. Milano: Guerini Studio.
- Berry, J.W., Poortinga, Y. H., Segall, M.H. e Dasen, P. R., 2002 [1992], [Cross-cultural psychology: Research and applications](#). 2° ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Besteman, C., Cassanelli, V.L. (eds.), 1996. *The Struggle for Land in Southern Somalia. The War behind the War*. Boulder: Westview Press.
- Besteman, C., 1999. *Unraveling Somalia: Race, Violence, and the Legacy of Slavery*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bibeau, G., 1998. Come denominare le relazioni tra antropologia e psichiatria? Breve nota sull'ambiguità semantica dei termini proposti, in Lanternari, V. e Ciminelli, M.L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori- Volume II. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*. Napoli: Liguori editore.
- Bidima, J.-G., 2000. Ethnopsychiatry and its Reverses: Telling the Fragility of the Other. *Diogenes*, 189(48), pp.68-82.
- Biehl, J., Good, B. e Kleinman, A. (eds.), 2007. *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkley: University of California Press.
- Bourdieu, P., 1995 [1994]. *Ragioni pratiche*. Bologna: Il Mulino [ed.orig. Bourdieu, P., 1994. *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris: Édition du Seuil]
- Boyden, J. e Berry, J. (eds.), 2005. *Children and Youth on the Front Line: Ethnography, Armed Conflict and Displacement*. Oxford: Berghahn.
- Bracken, P.J., Giller, J.E. e Summerfield, D., 1995. Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. [Social Science & Medicine](#), 40(8), pp.1073-1082 .
- Breslau, J., 2004. Cultures of trauma: anthropological views of posttraumatic stress disorder in international health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, pp.113–1264.

- Brons, M., 2001. Society, security, sovereignty and the state in Somalia: from statelessness to Statelessness? Utrecht: International Books.
- Burale, A.S.A., 2008 [1976]. *The somali customary laws*. Trad.ing. Mohamed Mohamed Sheikh. Addis Abeba: Somali Community Literacy Center.
- Buydens-Branchey, L., Noumair, D., e Branchey, M., 1990. Duration and intensity of combat exposure and posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(9), pp.582-587.
- Caldarozzi, A. (a cura di), 2010. Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi e strategie di intervento. Roma: Fondazione Cittalia ANCI Ricerche e SPRAR.
- Campbell, D., 2010. Anthropology's Contribution to Public Health Policy Development. *MJM* 13(1), pp.76-83.
- Capobianco, E. e Naidu, V., 2008. A Review of Health Sector Aid Financing to Somalia. *World Bank working paper n.142*. Washington DC: The world bank.
- Capobianco, E. e Naidu, V., 2011. *A decade of aid to the health sector in Somalia: 2000-2009*. Washington DC: The World Bank.
- Carab, S. X., 2004. *Qaamuus*. Djibouti: Machadka Affafka ee Xaruuta Cilmibaadhista Jabuuti
- Carothers, J.C., 1953. The african mind in health and disease. A study in ethnopsychiatry. Geneva: World Health Organization.
- Carroll, J.K., 2004. Murug, Waali and Gini: Expressions of distress in refugees from Somalia. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), pp.119-125.
- Caruth, C., 1997. Traumatic awakenings, in de Vries, H. e Weber, S.(a cura di), *Violence, Identity and self-determination*. Stanford: Stanford University Press, pp.208-229
- Cazanove, F., 1927. Memento de psychiatrie coloniale africaine. *Bullettin du Comité d'Etudes Historiques et Scientifiques de l'A.O.F.*, X,pp.133-77
- Cerulli, E., 1957-59. *Somalia: scritti vari editi e inediti, I-III*. Roma: Istituto Poligrafico dello Stato.
- Cerulli, E., 1959. *Somalia. Scritti vari editi ed inediti. Volume II*. Roma: Istituto poligrafico dello Stato P.V.
- Christensen, E., 2010. *Caafimadka Maskaxda: A Community Perspective of Mental*

- Health Needs in the Twin Cities*, Research Paper – Master of Social Work, Ausburg College (MN-USA).
- Ciabbarri, L., 2003. Ordine/disordine: politiche della ricomposizione sociale nella regione di Borama – Somaliland, 1993-2003. Tesi di Dottorato, Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Ciabbarri, L., 2011. Estroversione della società e produzione di un paesaggio diasporico: la trasformazione dei luoghi di partenza nella migrazione somala, in Bellagamba, A. (a cura di), *Migrazioni. Dal lato dell’Africa*. Pavia: Edizioni Altravista.
- Christensen, E., 2010. *Caafimadka Maskaxda: A Community Perspective of Mental Health Needs in the Twin Cities*, Research Paper – Master of Social Work, Ausburg College (MN-USA).
- Cinnirella, M., e Loewenthal, K., M., 1999. Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A qualitative interview study. *British Journal of Medical Psychology*, 72, pp. 505-524.
- Cohen J. , 2004. *The Culture of Migration in Southern Mexico*. Austin: University of Texas Press.
- Colucci, M., 1924. Principi di diritto consuetudinario della Somalia Italiana Meridionale. Firenze: Editrice La Voce.
- Colvin, C. J., 2007. “Political Violence”, in Casey, C. e Edgerton, R.B. (a cura di), *A Companion to Psychological Anthropology: Modernity and Psychocultural Change*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Connell J., 2008. Niue: Embracing a Culture of Migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. Vol. 34(6), pp.1021- 1040.
- Coppo, P., Pisani, L. e Wallet, O.,F., 2000. Gli itinerari terapeutici nel distretto di Bandiagara in Mali, pp. 113-154, in Schirippa, P. e Vulpiani, P. (a cura di), *L’ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*. Lecce: Argo.
- Coppo, P., 1984. Syndrome dépressifs et retard mental dans une communauté rurale africaine: enquête épidémiologique. *Psychologie Médicale*, XVI (7),pp.1273-76.
- Coppo, P., 2000. Politiche e derive dell’etnopsichiatria. Note a margine di una polemica francese. *I fogli di ORISS*,13-14,pp.119-40.
- Coppo, P., 2003. Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria. Torino: Bollati Boringhieri.
- Coppo, P., 2005. Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione. Torino: Bollati

Boringhieri.

- Coulter, C., 2008. Female fighters in the Sierra Leone war: challenging the assumptions? *Feminist review*, 88(1), pp.54-73.
- Csordas, T., J., 1990. Embodiment as paradigm of anthropology. *Ethos. Journal of the society for Psychological Anthropology*, Vol. 8(1), pp.5-47.
- Dal Lago, A., 1999. *Non Persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*. Milano: Feltrinelli.
- da Silva Catela, L., 2000. De eso no se hable. Cuestiones metodológicas sobre los límites y el silencio en entrevistas a familiares de desaparecidos políticos. *Historia, Antropología y fuentes orales*, n.24, pp.69-75
- Das, V., Kleinman, A., Ramphele e M., Reynolds, P. (a cura di), 2000. *Violence and Subjectivity*. Berkeley: University of California Press.
- Das, V., Kleinman, A., Lock, M., Ramphele, M. e Reynolds, P. (a cura di), 2001. *Remaking a World*. Berkeley: University of California Press.
- de Bruijn, M., van Dijk, H., e van Dijk, R., 2001. Cultures of travel : Fulbe pastoralists in central Mali and Pentecostalism in Ghana, in de Bruijn, M., van Dijk, R., e Foeken, D., (a cura di), *Mobile Africa : changing patterns of movement in Africa and beyond*. Leiden: Brill.
- Declaration of Alma-Ata, 1978*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September.  
[[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf) ]
- Declich, F., 2000. Sufi experience in rural Somali. A focus on women. *Social Anthropology*, 8 (3), pp. 295–318.
- Dei, F. (ed.), 2005. *Antropologia della violenza*. Roma: Meltemi.
- Dein, S., 2003. Against belief: The usefulness of explanatory model research in medical anthropology. *Social theory & health*, 1, pp. 149-162.
- Dein, S., Alexander, M., e Napier, D., 2008. *Jinn*, Psychiatry and Contested Notions of Misfortune among East London Bangladeshis. *Transcultural Psychiatry*, 45(1), pp. 31–55.
- Delle Donne, M., 1995. *La strada dell'oblio. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia*. Roma: Sensibili alle foglie.
- Del Vecchio Good, M-J., Hyde, S.T., Pinto, S., e Good, B. (a cura di), 2007. *Postcolonial Disorders*. Berkeley: University of California Press.
- De Martino, E., 1948. *Il mondo magico*. Torino: Bollati Boringhieri.



- De Martino, E., 1959 [2002]. *Sud e magia*, Milano: [Feltrinelli](#).
- De Martino, E., 1977. *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di C. Galliani. Torino: Einaudi.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. e Kleinman, A., 1995. *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University press.
- Dessalegn, B., 2004. *FMO Country Guide: Ethiopia*. Oxford: Refugee Studies Center.
- Devereux, G., 1978. *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma: Armando editore.
- Devoto, G., Oli, G.C., 2007. *Il Devotino. Vocabolario della lingua italiana*. Milano: Le Monnier
- Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria, 1978. Adottata alla Conferenza Internazionale sull'[assistenza sanitaria](#) primaria, 6-12/09/1978 in [Alma Ata](#) (U.R.S.S.)
- DRC-Danish Refugee Council, 2009. IDP Population Data, June 2009.
- DRC-Danish Refugee Council, 2009. IDP Population Data, June 2009.
- Duale, A.Y., ?. *Somali proverbs and idioms*. Manoscritto.
- Edgerton, R. B., 1966. Conceptions of psychosis in four East African societies. *American Anthropologist*, 68, pp.408–425
- Elmi, A., 1999. *A study on the mental health needs of the Somali community in Toronto*. Toronto: York Community Services & Rexdale Community Health Centre.
- Ehrenreich, J., H., 2001. *Coping with disaster. A guidebook to psychosocial intervention*. New York: Mental Health Workers without Borders.
- Elbert, T., 2002. *War-trauma, Khat Abuse and Psychosis: Mental Health in the Demobilization and Reintegration Program Somaliland Final Report of the vivo mission 2*, within the EC/GTZ Demobilization and Reintegration Program in Somaliland September-November 2002
- Ellis, B. H., MacDonald, H. Z., Lincoln, A. K., e Cabral, H. J., 2008. Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, pp.184–193.
- Ellis B.H., MacDonald H.Z., Klunk-Gillis J., Lincoln A., Strunin L. e Cabral H.J., 2010. Discrimination and Mental Health Among Somali Refugee Adolescents: The Role of Acculturation and Gender. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (4), pp.564–575.

- Elsass, P., 2001. Individual and collective traumatic memories: A qualitative study of post-traumatic stress disorder symptoms in two Latin American localities. *Transcultural Psychiatry*, 38, pp.306-316.
- Elmi, A., 1999. *A study on the mental health needs of the Somali community in Toronto*. Toronto: York Community Services & Rexdale Community Health Centre
- Elmi, Afyare, A., 2010. *Understanding the Somalia conflagration. identity, political Islam and peacebuilding*. Oxford: Pambazuka press.
- Ensink, K., e Robertson, B., 1999. Patient and family experiences of psychiatric services and African indigenous healers. *Transcultural Psychiatry*, 36, pp. 23-43.
- Evans-Pritchard, E., E., 1937. *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*, Oxford: Clarendon Press.
- Fabian, J., 2000 [1983]. *Il tempo e gli altri. La politica del tempo in antropologia*. Napoli: L'ancora del Mediterraneo.
- Fanon, F., 1965. *Il negro e l'altro*. Milano: Il saggiatore.
- Fanon, F., 1971. *Opere scelte*, a cura di Giovanni Pirelli, I: Acculturazione e cultura nazionale. Medicina, colonialismo, guerra di liberazione. Sociologia di una rivoluzione. Torino: Einaudi.
- Farah, N., 2003. *Rifugiati. Voci della diaspora somala*. Roma: Meltemi.
- Farah, O., Muchie, M., e Gundel, J. (a cura di), 2007. *Somalia: Diaspora and State Reconstitution in the Horn of Africa*. London: Adonis & Abbey Publishers.
- Farmer, P., 2004. An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), pp. 305-325.
- Fassin, D., 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris : P.U.F.
- Fassin, D., 1999. L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit. *Genèses*, 35, pp.146-171.
- Fassin, D., 2000. Les politiques de l'ethnopsychiatrie: La psyché africaine des colonies britanniques aux banlieues parisiennes. *L'Homme*, 153, pp.231-250.
- Fassin, D., 2001. The biopolitics of otherness. Undocumented foreigners and racial discrimination, in French public debate. *Anthropology Today*, 15(1), pp.3-7.
- Fassin, D., 2005. Compassion and repression: the moral economy of immigration policies in France, *Cultural Anthropology*, XX, pp. 362-387.
- Fassin, D., 2006. The politics of life: Beyond the anthropology of health, in Saillant, F. e

- Genest, S. (eds.), *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*. Oxford: Backwell publishing.
- Fassin, D. e Rechtman, R., 2009. *The empire of trauma: An inquiry into the condition of victimhood*. Princeton: Princeton University Press.
- Ferro, A., 2010. Migrazione, ritorni e politiche di supporto. Analisi del fenomeno della migrazione di ritorno e rassegna di programmi di sostegno al rientro. *Cepi Working Paper, n.14*.
- Fieldman, A., 1991. Formations of violence: the narrative of the body and Political Terror in Northern Ireland. Chicago: University of Chicago Press.
- Finnstrom, S., 2008. Living with Bad Surroundings: war, history and everyday moments in northern Uganda. Durham NC: Duke University Press.
- Flannelly, L., T., e Inouye, J., 2001. Relationships of religion, health status and socio-economic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. *Issues in Mental Health Nursing*, 22,pp. 253-272
- Fortes, M., 1969. Kinship and the social order: the legacy of Lewis Henry Morgan. London: Routledge.
- Foucault, M., 1976. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi.
- Frankerberg, R., 1908. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science and Medicine*, 14,pp.197-207.
- Gaibazzi, P., 2010. I'm nerves! Struggling with Immobility in a Soninke village (The Gambia)', in Grätz, T. (a cura di), *Mobility, transnationalism and contemporary African societies*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Galimberti, U., 2006 [1979]. *Psichiatria e fenomenologia*. Opere-Vol.4. Milano:Feltrinelli.
- Heidegger, M., 1978 [1927]. *Essere e tempo*. Torino:Utet.
- Gardner, J., e El Bushra, J., 2004. Somalia. The untold story. The war through the eyes of Somali women. London: Pluto Press.
- Gardner, K., 2001 [1995]. *Global migrants, local lives: Migration and transformation in rural Bangladesh*. Oxford: Oxford University Press.
- GAVO, 2004. Baseline Survey on Mental Health Situation in Somaliland. Hargeisa.
- GAVO, 2007. *Community Mental Health program*. Annual progress report. Hargeisa.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., van der Ploeg, H.M., 2006. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), pp.18-26.

- GAVO, 2004. *Baseline Survey on Mental Health Situation in Somaliland*.
- GAVO, 2005. *Burao field report*.
- GAVO, 2006. *Annual report*.
- GAVO, 2007. *Community Mental Health Annual Report*.
- GAVO, 2009. *Community Mental Health Annual Report*.
- GAVO, 2009. *A worrisome growing habits of Qat abuse among Somaliland Youth*".
- Gebissa, E., 2004. *Leaf Of Allah: Khat & Agricultural Transformation In Harerge Ethiopia 1875-1991*. Ohio University Press.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., van der Ploeg, H.M., 2006. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), pp.18-26.
- Good, B.J., 1977. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture , Medicine and Psychiatry*, 1, pp.25-58.
- Greed, C., 1990. The Professional and the Personal: A Study of Women Quantitative Surveyors, in Stanley, L. (a cura di), *Feminist Praxis: Research, Theory and Epistemology in Feminist Sociology*. London: Routledge.
- Green, L., 2004. Living in a state of fear, in Scheper-Hughes, N. e Bourgois, P. (a cura di), *Violence in War and Peace: An Anthology*. Oxford: Blackwell.
- GRT, 2004. Mental Health assessment in Merka.
- GRT, 2005. *Mental Health Intervention in Bosaso, Puntland-NE Somalia. Final Report*.
- GRT, 2011. First Narrative Report, 'Improving capacity and advocacy skills of NSA's and Public Sector Authorities in Somalia in the area of Human Resource issues related to Mental Health', Project Code: DCI-SANTE/2010/229-969; funded by the European Commission.
- GRT, 2011a. *Mental Health Situation - Baseline Assessment Report 2011*, Annex 2 of GRT 2011 – First Narrative Report.
- GRT, 2012. Rapid assessment in mental health – Somaliland 2012.
- GRT, 2011. *Second Interim Narrative Report*. Hargeisa [documento interno visionato in bozza, relativo al progetto "Improving capacity and advocacy skills of NSA's and Public Sector Authorities in Somalia in the area of Human Resource issues related to Mental Health", finanziato dall'Unione Europea].
- Guerin, B., Guerin P., Diiriye, O.R. e Yates, S., 2004a. Somali conceptions and

- expectations about mental health: some guidelines for mental health professionals. *New Zealand Journal of Psychology*, 33 (2), pp. 59-67
- Guerin P., 2005. *Cultural Issues in Mental Health: A Somali Case Study*, presentazione alla Temple University. about mental health: some guidelines for mental health professionals. *New Zealand Journal of Psychology*, 33 (2), pp. 59-67
- Gueirn, P., Diiriye, R.O. e Guerin, B., 2004b. *Why 'Mental Health'is not working: A case study of Somali refugees in New Zealand*, presentazione alla Health Promotion Conference-Melbourne
- Guerin P., 2005a. *Cultural Issues in Mental Health: A Somali Case Study*, presentazione alla Temple University
- Guerin, P., 2005b. *Mental Health Care of Somali in New Zealand: Implications for Behaviour Analysis*, presentazione alla Delaware Valley Association for Behaviour Analysis
- Guerin, P., Elmi, F.H. e Guerin, B., 2006. Weddings and parties: Cultural healing in one community of Somali women. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5 (2), pp.1-8.
- Guerra, R., 1992. Dieci anni di politica sanitaria in Somalia (1979-1989), in Branca, F. e D'Arca, R. (a cura di), *Salute per tutti? Esperienze e valutazioni da un'area rurale della Somalia*. Milano: Franco Angeli.
- Gundel, J., 2002. The Migration-Development Nexus: Somalia Case Study. *International Migration*, 40(5).
- Gundel, J., 2006. The predicament of the Oday. The role of traditional structures in security, rights, law and development in Somalia. Nairobi: DRC e Novib/Oxfam.
- Häfner H., Rockstroh B., 2005. Khat use as risk factor for psychotic disorders: A crosssectional and case-control study in Somalia. *BMC Medicine*, 3:5.
- Hammond, L., Awad, M., Dagane, A.I., Hansen, P., Horst, C., Menkhous, K. e Obare, L., 2011. *Cash and Compassion: The Role of the Somali Diaspora in Relief, Development and Peace-building*. Report of a Study Commissioned by UNDP Somalia.
- Hahn, H.P., e Klute, G. (a cura di), 2007. *Cultures of Migration: African Perspectives*. Berlin: LIT Verlag.
- Harding, C.M., Zubin, J. e Strauss, J.S., 1987. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, 38, pp.477-486.
- Harrell-Bond, B., E., 1986. *Imposing Aid: Emergency assistance to refugees*. New York:

Oxford University Press

- Harris, H., 2004. *The Somali community in the UK: What we know and how we know it*. Commissioned and published by The Information Centre about Asylum and Refugees in the UK (ICAR): 79.
- Hashi, A., et al., 1993. *Essential English Somali Dictionary- First Edition*. Ontario-Canada: Fiqi Publishers Ltd.
- Hashi, A.A., 1995. *Somali English Dictionary*, Fiqi's Publisher and Distributers. Addis Abeba: Ethiopia.
- Hashi, A., et al., 2004. *Essential English Somali Dictionary- Second Edition*. Ontario-Canada: Fiqi Publishers Ltd
- Heering L., Van der Erf, R. e Van Wissen, L., 2004. The role of family networks and migration culture in the continuation of Moroccan emigration: a gender perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(2), pp. 323-338.
- Hersi, A., A., 1977. *The Arab factor in Somali history: the origins and the development of the Arab enterprise and cultural influences in the Somali peninsula*. Los Angeles: University of California Press.
- Hoehne, M., V., 2009. *Counter-terrorism in Somalia: How external interference helped to produce militant Islamism*. Disponibile <http://hornofafrica.ssrc.org/somalia/> [ultimo accesso 19/08/2012].
- Hoehne, M.V. 2010. Diasporic Engagement in the Educational Sector in Post-Conflict Somaliland: A Contribution to Peacebuilding? *DIASPEACE*, Working Paper No. 5.
- Hoene M., 2010a. *All victims, no perpetrators? Challenging the dominant trauma narrative in post-conflict Somaliland* [bozza visionata]
- Horst, C., 2006. *Buufis amongst Somalis in Dadaab: the Transnational and Historical Logics behind Resettlement Dreams*. *Journal of Refugee Studies*, 19(2), pp.143-157.
- Holzer, G.-S., 2008 Political Islam in Somalia. A fertile ground for radical Islamic groups? *Geopolitics of the middle-east*, 1(1), pp. 23-42.
- Horst, C., e Van Hear, N., 2002. Counting the cost: refugees, remittances and the "war against terrorism". *Forced Migration Review*, 14.
- Horst C., 2001. Vital links in social security: Somali refugees in the Dadaab Camps, in Kenya. *New Issues in refugee research -Working paper*, n.38. Geneva: UNHCR, EPAU.
- Horst, C., 2006. Transnational nomads: how Somalis cope with refugee life in the

- Dadaab camps of Kenya. New York: Berghahan Books.
- Human Rights Watch, 2009. Italia/Libia. Scacciati e schiacciati L'Italia e il respingimento di migranti e richiedenti asilo, La Libia e il maltrattamento di migranti e richiedenti asilo
- Ibrahim, M.H. 2010. Somaliland's Investment in Peace: Analysing the Diaspora's Economic Engagement in Peace Building. *DIASPEACE*, Working paper No. 4.
- IDMC-NRC, 2008. Internal Displacement. Global Overview of trends and developments in 2007. Geneve: NRC (Norwegian Refugee Council).
- Illich, I., 1976. Nemesi Medica. L'espropriazione della salute. Boroli Editore.
- Inghilleri, P. (a cura di), 2009. *Psicologia Culturale*. Milano: Raffaello Cortina.
- International Crisis Group, 2010. *Somalia's Divided Islamists*. Africa Briefing N.74 (18<sup>th</sup> May 2010).
- Iroegbu, P., 2010. Healing insanity. A study of Igbo medicine in contemporary Nigeria. Xlibris Corporation.
- Jackson, M., 1996. Things as they are: new directions in phenomenological anthropology. Bloomington: Indiana University Press.
- Jackson, M., 1998. Minima Ethnographica: Intersubjectivity and the Anthropological Project. Chicago: University of Chicago Press.
- Jama, Z., M., 1994. Silent Voices: The Role of Somali Women's Poetry in Social and Political Life. *Oral Tradition* 9(1), pp. 185-202.
- Jenkins, J.H. e Barrett, R.J., 2004. *Schizophrenia, culture and subjectivity. The edge of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jama, M.J. (a cura di), 2012. [We lost a friend, a hero. A tribute to a true patriot. Dhaxalreeb series 1/2012.](#) [Numero tematico dedicato alla morte del Dr. Abdishakur Sheikh Ali Jowar, accessibile on-line presso il sito dell'editore <http://redsea-online.com>].
- Jaranson, J.M., Butcher, J., Halcon, L., Johnson, D.R., Robertson, C., Savik, K., Spring, M., e Westermeyer, J., 2004. Somali and Oromo Refugees: Correlates of Torture and Trauma History, *American Journal of Public Health*, 94, pp.591-598.
- Jeene, H., 2010. *The health system in Karkaar Region, Puntland, Somalia*. March 2010. Rapporto di Save the Children UK.
- Jenkins, R., Jessen, H. e Steffen, V. (a cura di), 2005. *Managing uncertainty. Ethnographic studies of illness, risk and the struggle for control*. Copenhagen: Museum Tusulanum Press.

- Jimale, M., Ahmed, B., Hamud, M., Leinonen, S., Mohamed, H., e Hughes, J., 2002. *Cultural awareness: The Somali culture*. Paper presented at the Mayo Clinic Foundation Education, Mayo Clinic Foundation, Rochester, MN.
- Jorden, S., Matheson, K. e Anisman, H., 2009. Supportive and Unsupportive Social Interactions in Relation to Cultural Adaptation and Psychological Distress Among Somali Refugees Exposed to Collective or Personal Traumas. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(5), pp. 853-874.
- Kabir, M., Iliyasu, Z., Abubakar, I. S. e Aliyu, M. H., 2004. Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi village, northern Nigeria. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 4 (3).
- Kalix P., 1990. Pharmacological properties of the stimulant khat. *Pharmacology & Therapeutics*, 48, pp.397-416.
- Karim, S., Saeed, K., Rana, M. H., Musbbashar, M. H. e Jenkins, R., 2004. Pakistan mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 16 (1-2), pp. 83-92.
- Khowaja, Z., H., 2001. Practice of psychiatry in the developing countries in new millennium. *Journal of College of Physicians and Surgeons, Pakistan*, 11 (4),pp. 206-207.
- Kienzler, H., 2008. Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena. *Social Science & Medicine*, 67, pp. 218–227.
- Kirmayer, L., 1988. Mind and body as metaphors: hidden values as metaphors, in Lock, M. e Gordon, D. (a cura di), *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Kleinman, A., e Good, B. (a cura di),1985. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press
- Kleinman, A. e Kleinman, J., 1991. Suffering and its professional transformation: toward and ethnography of interpersonal experience. *Culture, medicine and psychiatry*, 15, pp. 275-301.
- Kleinman, A., Das, V. e Lock, M. (eds.), 1997. *Social Suffering*. Berkley: University of California Press.
- Kleinman, A., 1977. Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social science and medicine*, 11,pp.3-10.
- Kleinman, A., 1980. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the



- borderline between anthropology, medicine and psychiatry. Berkley: University of California Press.
- Kleinman, A., 1988. Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience. New York: The free press.
- Kleinman, A., 1988. The illness narratives : suffering, healing, and the human condition, New York: Basic Books. CAPIV; CAPV
- Kleinman, A., 1995. Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine. Berkley: University of California Press.
- Kleinman, A., 2009. Caregiving: The odyssey of becoming more human. *The Lancet* 373 (9660), pp. 292-293.
- Kleinman, A., 2006 [1978]. Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali”, pp. 5-29. in Quaranta, I. (a cura di), *Antropologia medica – I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore [ed.orig. Kleinman, A., 1978. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12, pp. 85–93]. CAPV
- Kleinman, A., 2006. What really matters. Living a moral life amidst uncertainty and danger. New York: Oxford University Press.
- Kleinman, A., 2007. The experiential basis of subjectivity. How individuals change in the context of social transformation, in Biehl, J., Good, B. e Kleinman, A. (eds.), *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkley: University of California Press.
- Kleinman, A., 2012. Medical Anthropology and Mental Health: Five Questions for the Next Fifty Years, in Inhorn, M.C. e Wentzell, A. (a cura di), *Medical Anthropology at the Intersections*. Histories, activisms, and futures. Duke University Press.
- Kleist N., 2004. Nomads, sailors and refugees. A century of Somali migration. *Sussex Migration Working Paper*, no. 23.
- Koehn, P., Tiilikainen, M., 2007. Migration and Transnational Health Care: Connecting Finland and Somaliland. *Migration*, n.1, pp. 2-9, The Institute of Migration, Turku Finland.
- Koenig, H., G., McCullough, M. e Larson, D., B., 2001. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Kortmann, F., 1987. Popular, traditional, and professional mental health care in Ethiopia. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24(4), pp.255–274.
- Kraepelin, E., 1904. Psichiatria comparativa, *i Fogli di ORISS* (1996), 6, pp.193-98.
- Kroner, G.-K., 2007. Transit or dead end? The Somali Diaspora in Egypt, in Kusow,

- A.,M. e Bjork, S.,R. (a cura di), *From Mogadishu to Dixon. The Somali Diaspora in a global context*. Trenton: The Red Sea Press.
- Kusow, A.,M. e Bjork, S., R. (a cura di),2007. *From Mogadishu to Dixon. The Somali Diaspora in a Global Context*. Trenton: The Red Sea Press.
- La Sage, A., 2001. Prospects for Al Itihad & Islamist Radicalism in Somalia. *Review of African Political Economy*, 28(89), pp. 472-477.
- Leff, J., 1981. *Psychiatry Around the Globe. A Transcultural View*. London: Dekker.
- Lennon, E., 2000. *Strengthening lives, rebuilding communities: Somalis recover from war*. Minneapolis, MN: Center for Victims of Torture.
- Lewis, I. M., 1983 [1961]. Una democrazia pastorale. Modo di produzione pastorale e relazioni politiche fra i Somali settentrionali. Milano, Franco Angeli.
- Lewis, I.M., 1994. *Blood and Bone. The Call of Kinship in Somali Society*. Lawrenceville, NJ: The Red Sea Press.
- Lewis, I.M., 1998. Saints and Somalis. Popular Islam in a clan-based society. London: The read sea press inc.
- Lewis, I.M., 2002. *A Modern History of the Somali*, 4th Edition. Oxford: James Currey.
- Lindley, A. 2009. The Early-Morning Phonecall: Remittances from a Refugee Diaspora Perspective. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 35(8),pp. 1315– 1334.
- Little, P.D., 2003. *Somalia: economy without state*. Oxford: James Currey.
- Littlewood, R. e Lipsedge, M., 1997. Aliens and Alienists. Ethnic Minorities and Psychiatry. 3<sup>rd</sup> Edition. London: Routledge.
- Lock, M., 1990. On being ethnic: the politics of identity breaking and making in Canada, or Nevra on Sunday. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, pp.237-54.
- Lo Iacono, A. e Troiano, M. (a cura di), 2002. *Psicologia dell'emergenza*. Roma: Editori Riuniti.
- Low., S., M., 1988. Medical practice in response to a folk illness: the treatment of nervios in Costa Rica, in Lock., M. e Gordon, D., R. (a cura di), *Biomedicine examined*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Mair, L., 1969. *Anthropology and social change*. London: The athlone press.
- Malkki, L., 1995. Purity and exile: violence, memory, and national cosmology among hutu refugees in Tanzania. Chicago: Chicago University Press.
- Mansuur, A.C., Cabdullaahi, A.A., 1985. *Qaamuus Af Talyaani – Soomaali Iyo (Naxwaha af-Talyaaniga oo kooban)*. Mogadiscio: Daabicidda Koowaad
- Marchal, R., 2004. Islamic political dynamics in the Somali civil war, in de Waal, A. (a

- cura di), *Islamism and its Enemies in the Horn of Africa*. London: Hurst and Co.
- Marchal, R., 2011. The rise of a Jihadi movement in a country at war. Harakat al-Shabaab al Mujaheddin in Somalia. Independent Report.
- Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T., e Scurfield, R. M., 1996. *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Issue, Research, and Clinical Applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Martin-Baro, I., 1989. La violencia en Centroamerica: una vision psicosocial. *Revista de psicologia de el Salvador*. 9(35), pp.123-146.
- Massey D., Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A. e Taylor, J.E.,1998. *Worlds in Motion: International Migration at the End of the Millennium*. Oxford: Oxford University Press.
- Matheson, K., Jordan, S. e Anisman, H., 2008. Relations Between Trauma Experiences and Psychological, Physical and Neuroendocrine Functioning Among Somali Refugees: Mediating Role of Coping with Acculturation Stressors. *Journal of Immigrant Minority Health*, 10, pp. 291–304.
- Mazzilli, C., Ahmed, R., e Davis, A., 2009. The private sector and health: a survey of Somaliland private pharmacies. UNICEF.
- McGowan, R.B., 1999. Muslims in the diaspora: The Somali communities of London and Toronto. Toronto: University of Toronto Press.
- McCrone, P., Bhui. K., Craig. T., Mohamud, S., Warfa, N., Stansfeld, S.A., Thornicroft, G e, Curtis, S. 2005. *Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, pp. 351–357.
- McGraw Schuchman, D. e McDonald, C., 2004. Somali Mental Health, *Bildhaan – An International Journal of Somali Studie*, Vol.4(8)
- McHugh, P., e Slaveny, A., 1986. *The perspectives of Psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- McKinney, K., 2007. “Breaking the Conspiracy of Silence”: Testimony, Traumatic Memory, and Psychotherapy with Survivors of Political Violence. *Ethos*, 35(3), pp. 265–299.
- Menkhaus, K., 1998. Somalia: Political order in a Stateless society. *Current History*, 97(619), pp. 220-229.
- Menkhaus, K., 2002. Political Islam in Somalia. *Middle East Policy*, IX (1),pp.109-123.
- Menkhaus, K., 2004. Somalia: State collapse and the threat of terrorism. (Adelphi Paper), Oxford: Routledge.

- Menkhaus, K., 2008. Somalia A Country in Peril, a Policy Nightmare. Enough Strategy paper.
- Menkhaus, K., 2008. The role and impact of Somalia Diaspora in peace building, governance and development, in Bardouille et al. (a cura di), *Africa's Finances: the contribution of the Diaspora*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing. CAPVI
- Menkhaus, K., 2008. The role and impact of Somalia Diaspora in peace building, governance and development, in Bardouille, M., Grieco, Ndulo, M., (Eds.), *Africa's Finances: the Contribution of Remittances*. Newcastle Upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Migliore, S., 2001. From illness narratives to social commentary: a Pirandellian approach to "nerves". *Medical Anthropology quarterly*, 15(1):100-125.
- Mile, M.B., e Huberman, A.M., 1984. *Qualitative Data Analysis. A source-book of new methods*. London: SAGE.
- Ministry of Planning and Statistics, 2003. *Puntland Facts and Figures*. Garowe: Ministry of Planning and Statistics
- MMTF, 2008. *Mixed Migration through Somalia and across the Gulf of Aden*. Rapporto de Mixed Migration Task Force.
- Mohamed A., 2000. Refugee and immigrant health: The growing diversity facing Minnesota's public health and health care services. *Health Minnesotans Update*, 1(5).
- Moiraghi, F. (a cura di), 2004. *Silenziose storie. Percorsi con i richiedenti asilo e vittime di tortura*. Torino: L'Harmattan
- Montia, L., 2004. *Somaliland: visit report*. Basic Needs, Basic Rights.
- Moret, J., Baglioni, S., e Efiionayi-Mäder, D., 2006. *The Path of Somali Refugees into Exile. A Comparative Analysis of Secondary Movements and Policy Responses*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Murph, E.J., Mahalingam, R., 2004. Transnational Ties and Mental Health of Caribbean Immigrants. *Journal of Immigrant Health*, Vol. 6(4), pp.167-177.
- Murphy, J., 1976. Psychiatric labelling in cross-cultural perspective. *Science*, 191, pp.1019-28.
- Murphy, J., 1982. Cultural shaping and mental disorders, in Goe W.R. (a cura di), *Deviance and mental illness*. Beverly Hills: Sage, pp.49-82.
- Nagamia, H., 2003. Islamic medicine history and current practice. *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine*, 2, pp. 19-30.

- Nathan, T., 1994. *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacobb
- Nathan, T., 1996. *Principi di etnopsicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nathan, T., 2003. *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nathan, T. e Stengers, I., 1996. *Medici e stregoni*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Neuner, F., Onyut, L. P., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. e Elbert, T., 2008 ,  
*Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (4), pp. 686 -694.
- Nichter, M. e Kendall, C. (a cura di), 1991. Contemporary issues of anthropology and international health. *Special issue of Medical Anthropology Quarterly*, 5(3).
- Nilsson J.E., Brown C., Russell E.B. e Khamphakdy-Brown S., 2008. Acculturation, Partner Violence, and Psychological Distress in Refugee Women From Somalia. *Journal of Interpersonal Violence*. 23(11), pp.1654:1663.
- Nordstrom, C. e Robben, A.C.G.M. (a cura di), 1995. *Fieldwork under Fire: Contemporary Studies of Violence and Survival*. Berkeley: University of California Press.
- Nunow, A., 2000. Pastoralists and Markets. Livestock commercialization and food security on North-eastern Kenya. Leiden: African Studies Centre
- Odenwald M., Neuner F., Schauer M., Elbert T., Catani C., Lingenfelder B., Hinkel H., Häfner H. e Rockstroh B., 2005. *Khat use as risk factor for psychotic disorders: A cross-sectional and case-control study in Somalia*, *BMC Medicine* 3:5; <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/5>
- Odenwald M., Hinkel H., Schauer E., Schauer M., Elbert T., Neuner F. e Rockstroh B., 2009. *Use of khat and posttraumatic stress disorder as risk factors for psychotic symptoms: A study of Somali combatants*, *Social Science & Medicine*, 69, pp.1040–1048.
- Ong, A., 1987. *Spirits of resistance and capitalist discipline: factory women in Malaysia*. Albany: State University of New York press.
- Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., 2004. *The Nakivale camp mental health project: Building local competency for psychological assistance to traumatised refugees*. *Intervention*, 2(2), pp. 90–107.
- Onyut, L.P., Neuner, F., Ertl, V., Schauer, E., Odenwald, M., e Elbert, T., 2009. *Trauma, poverty and mental health among Somali and Rwandese refugees living in an African refugee settlement. An epidemiological study*. *Conflict and Health*, 3:6.

<http://www.conflictandhealth.com/content/3/1/6>

- Operti, P., Van den Boogaart, P. e Adan, A.I., 2010. Hospital Efficiency and Performance (final report). Evaluation Study on Health Sector Support, Strengthening and Consolidation and Hospital Performance in Somalia. Contract Nr. 2009/221428. European Commission – SOGES
- Osman, N. e Petterson, J., 2004, *Promoting the Mental Health of Somali Refugee Women and Their Children*, Power point presentation a MCH Summer Institute Building Healthy Families and Communities June 21<sup>st</sup>
- Palinkas, L. A., Pickwell, S. M., Brandstein, K., Clark, T. J., Hill, L. L. e Moser, R. J., 2003. The journey to wellness: stages of refugee health promotion and disease prevention, *Journal of Immigrant Health*, 5(1), pp.19-28.
- Papadopoulos, R. e Ljubinkovic, A., 2007. Report on assessment of psychosocial needs at the Dadaab refugee camps.
- Parkin, D., 2007. In touch without touching: Islam and healing, in Littlewood, R.(a cura di), *On knowing and not knowing in the anthropology of medicine*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Patel, V., Mutambirwa, J., e Nhiwatiwa, S., 1995. Stressed, depressed, or bewitched? *Development in Practice*, 5, pp. 216–224.
- Patel, V., Kleinman, A. e Saraceno, B. 2006. Beyond evidence: the moral case for international mental health. *American Journal of Psychiatry*, 163,pp.1312–15.
- Patel, V., 1993. Traditional medicine has much to offer [letter]. *British Medical Journal*, 307, p. 387.
- Patel, V., 1995. Explanatory models of mental illness in Sub-Saharan Africa. *Social Science & Medicine*, 40, pp.1291–1298.
- Pavignani, E., 2012. *The Somali healthcare arena. A (still incomplete) mosaic*. Rapporto realizzato per il programma di ricerca ‘Providing Health Care in Severely Disrupted Environments: A Multi-country Study’, University of Queensland - School of Population Health.
- Pearson, N., e Muschell, J., 2009. Essential Package of Health Services. Somalia 2009. UNICEF-EC.
- Pedersen, D., 2002. Political violence, ethnic conflict and contemporary wars: Broad implications for health and social well-being. *Social Science & Medicine*, 55(2), 175–190.
- Pelizzari, E., 1997. *Possession et thérapie dans la corne de l’Afrique*. Paris :

L'Harmattan.

- Perez C., 2006. *Somali depression profile*. Documento recuperabile in 3 sezioni nel blog della "Somali Medical Association" (<http://somalidoc.com/smf/index.php?topic=968.0>).
- Pérouse de Montclos, M.-A., 2003. A Refugee Diaspora: When the Somali Go West, in Koser, K. (a cura di), *New African Diasporas*. London: Routledge.
- Pestalozza, L., 1974. *Chronique de la révolution somalienne*. France: Editions Afrique ASie Amérique Latine.
- Petrogalli, F., Reggi, M., de Cordova, F., e Inghilleri, P. , 2003. Psicologia dell'emergenza e variabili culturali. *Passaggi. Rivista Italiana di Scienze Transculturali*. 05/03/03, Roma: Carrocci Ed.
- Pike, I.L., Straight, B., Oesterle, M., Hilton, C. e Lanyasunya, A., 2010. Documenting the health consequences of endemic warfare in three pastoralist communities of northern Kenya: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 70, pp. 45–52
- Piguet, F., 1994. Les filières des migrants et réfugiés du Somaliland, in Bocco et al. (a cura di), *Moyen Orient: migrations, démocratisations, médiations*. Paris: PUF.
- Pinelli, B., 2008. La vita diasporica di Augustina ed Emeka: esclusione e opportunità di vita nelle migrazioni contemporanee, in Bellagamba, A. (a cura di), *Inclusi/Esclusi. Prospettive africane sulla cittadinanza*. Torino: UTET.
- Pinelli, B., 2009. La vita diasporica di Augustina ed Emeka: esclusione e opportunità di vita nelle migrazioni contemporanee, in Bellagamba A. (a cura di ), *Inclusi/esclusi. Prospettive africane sulla cittadinanza*. Novara : UTET.
- Pirani, F.,2009. Therapeutic encounters 'at a Muslim shrine in Pakistan: an ethnographic study of understandings and explanations of ill health and help-seeking among attendees. PhD Thesis, Middlesex University.
- Pizza, G., 2005. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci editore.
- Policar, A. e Taguieff, P.-A., 1997. Eth nopsychiatrie et exotisme: Devereux et les faussaires. *Raison Présente*, 123, pp.115-119.
- Porot, A.,1952. *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pouech, R., 1995. *Actualités de la pratique psychiatrique a Djibouti*. Journées Médicales de la Corne d'Afrique des 13 et 14 mars 1995. Communication du

Médecin en Chef.

- Prince, R., 1968. The changing picture of depressive syndromes in Africa. Is it fact or diagnostic fashion?, *Canadian Journal of African Studies*, II, pp. 177-98.
- Puntland Development Research Center (PDRC), 2004. *Draft Report on Socio-Economic Assessment in Puntland*. Garowe – Puntland State of Somalia.
- Puntland Development Research Center (PDRC), 2008. *The Puntland Experience: A Bottom-up Approach to Peace and State Building*. Peace Initiatives in Puntland 1991-2007. Interpeace & PDRC
- Puntland Government, 2010. *First Anniversary of President Farole's Administration*. Garowe -January 2010.
- Purnell L. e Paulanka B., 1998. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: Davis.
- Qayad, M. G., 2007. Health care services in transitional Somalia: challenges and recommendations. *Bildhaan: an International Journal of Somali Studies*, 7(10), pp. 190-210.
- Reider, N., 1950. The concept of normality. *Psychoanalytic quarterly*, 19(6), pp. 43-51.
- Refugee Policy Group, 1994, *Hope Restored? Humanitarian Aid in Somalia, 1991–1994*, Washington, D.C..
- Reggi, M., 2002. *Il ponte spezzato. Richiedenti asilo politico tra società di arrivo e possibilità di socializzazione*. Tesi di Laurea. Università degli Studi di Padova.
- Reggi M., 2006. *Nominare e pensare i disturbi psichici in Somalia. Modelli a confronto*. Tesi Master in Etnopsichiatria, Università degli Studi di Genova.
- Reggi, M., 2010. *Mental Health survey in Dadaab refugee camps. Final Report*. Realizzato per conto di Handicap International.
- Reggi, M., 2011. *Welcome to Marqaan Station. Falliti tentativi d'emigrazione e disagio mentale nella Somalia contemporanea*, in Bellagamba, A. (a cura di), *Migrazioni. Dal lato dell'Africa*. Pavia: Edizioni Altravista.
- Reimer, J. W., 1977. Varieties of Opportunistic Research. *Urban Life*, 5 (January), pp. 467-477.
- Reitsma K., 2001. *Needs assessment: Somali adolescents in the process of adjustment*. Accesso da: [www.midaynta.com](http://www.midaynta.com), 25/03/2011
- Reynolds Whyte, S., 2002, "Subjectivity and subjunctivity. Hoping for Health in Eastern Uganda", in Webner, R. (eds.), *Postcolonial Subjectivities in Africa*. London: Zed books.



- Robben, A.C.G.M., 1995. "The Politics of Truth and Emotion among Victims", in Nordstrom, C. e Robben, A.C.G.M. (eds.), *Fieldwork under Fire: Contemporary Studies of Violence and Survival*. Berkeley: University of California Press.
- Robben, A.C.G.M. e Suárez-Orozco, M. (eds.), 2000. *Cultures under Siege: Collective Violence and Trauma*. New York: Cambridge University Press
- Rohde, D., 5/10/2007. Army enlists anthropology in war zones, New York Times. [[www.nytimes.com/2007/10/05/world/asia/05afghan.html](http://www.nytimes.com/2007/10/05/world/asia/05afghan.html)]; ultimo accesso 11/05/2012].
- Ronningen, B.J., 2004. *Estimates of Selected Immigrant Populations in Minnesota: 2004*, Minnesota State Demographic center.
- Rosaldo, M., Z., 1997 [1984], Verso un'antropologia del sé e dei sentimenti, in Shweder, R., A., e Levine, R., A. (a cura di), *Mente, Sé, Emozioni. Per una teoria della cultura*. Lecce: Argo.
- Roseneil, S., 1993. Greenham Revisited: Researching Myself and My sisters, in Hobbs, D. e May, T. (a cura di), 1993. *Interpreting the Field: Accounts of Ethnography*. Oxford: Oxford University Press.
- Rousseau C., Said T.M, Gagnè M.J e Bibeau G., 1998 Between myth and madness: the premigration dream of leaving among young somali refugees. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, pp. 385–411.
- Ryan, J., 2007, *Going "walli" and having "jinni". Exploring Somali expressions of psychological distress and approaches to treatment*. Ph.D. The University of Waikato.
- Ryff, C., e Singer, B., 2000. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4, pp.30-44.
- Ryff, C., Singer, B. e Palmersheim, K., 2005. Social inequalities in health and well-being: The role of relational and religious protective factors, in Brim, O., Ryff, C., e Kessler, R. (a cura di), *How Healthy are We? A National Study of Well Being at Midlife*. Chicago: University of Chicago Press.
- Samatar, S.S., 1993. The society and its environment, in Metz., H.C. (a cura di), *Somalia : a country study*, 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Sayad, A., 2002. *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Milano: Raffaello Cortina.
- Scuglik D. H., Alarcón R. D., Lapeyre III A.C., Williams M.D. e Logan K.M., 2007.

- When the Poetry No Longer Rhymes: Mental Health Issues Among Somali Immigrants in the USA; *Transcultural Psychiatry*, 44(4), pp. 581–595.
- Scheper-Hughes, S. e Lock, M.M., 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), pp.6-41.
- Scheper-Hughes, N. e Bourgois, P. (eds.), 2004. *Violence in War and Peace: An Anthology*. Oxford: Blackwell.
- Scheper-Hughes, N., 1979. Saints, scholars and schizophrenics. Mental Illness in rural Ireland. Berkley: University of California Press.
- Sheper-Hughes, N., 1992. *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scheper-Hughes, N., 2000. Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica, in Borofsky, R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*. Roma: Meltemi.
- Schirippa, P. , 2005. Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo. Lecce: Argo.
- Scuglik D. H., Alarcón R. D., Lapeyre III A.C., Williams M.D. e Logan K.M., 2007. When the Poetry No Longer Rhymes: Mental Health Issues Among Somali Immigrants in the USA; *Transcultural Psychiatry*, 44(4), pp. 581–595.
- Sepilli, T., 1996. Antropologia medica: fondamenti per una strategia. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2, pp.7-22.
- Sheikh, H., e Healy, S., 2009. Somalia's missing million: the Somali Diaspora and its role in development. Nairobi: UNDP Somalia.
- Simons, A., 1995. *Networks of dissolution Somalia Undone*. Westview Press, Boulder.
- Skultans, V., 2007. *Hempathy and healing. Essays in medical and narrative anthropology*. New York: Berghahn Books.
- Starkey, M.T., Lee, H.K., Tu, C-C., Netland, J., Goh, M., McGraw Schuchman, D. e Yusuf, A., 2008. "Only Allah Can Heal": A Cultural Formulation of the Psychological, Religious, and Cultural Experiences of a Somali Man. *Journal of Muslim Mental Health*, 3(2), pp. 145 – 153.
- Suarez-Oroco, M., 1990. Speaking of the Unspeakable: toward a Psycho-social understanding of Response to terror. *Ethos*, 18(3), pp.353-383.
- Summerfield, D., 1996. The Impact of War and Atrocity on Civilian Populations: Basic Principles for NGO Interventions and a Critique of Psychosocial Trauma Projects. *Network paper n.14*. London: Relief and Rehabilitation Network.

- Summerfield, D., 1999. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in waraffected areas. *Social Science and Medicine*, 48, pp.144-962.
- Summerfield, D., e Toser, L., 1991. “Low intensity” war and mental health trauma in Nicaragua: a study in a rural community. *Medicine and War*, 7(2), pp.84–99.
- Sussman, L., 2004 . “The role of culture in definitions, interpretations, and management of illness”, in Gielen, U., Fish, J., Draguns, J. (Eds.), *Handbook of Culture, Therapy and Healing*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Syed Sheriff, R. J., Baraco, A., Nour, A., Warsame, A.M., Peachey, K., Haibe, F., Jenkins, R., 2010. Public–academic partnerships: improving human resource provision for mental health in Somaliland. *Psychiatric Services*, 61, pp. 225-227.
- Syed Sheriff, R., J., Reggi, M., Mohamed, A., Haibe, F., Whitwell, S. e Jenkins, R. 2011. Mental health in Somalia. *International Psychiatry*, 8(4), pp.89-91.
- Taussig, M., 1987. Shamanism, terror and the wild man. A study in terror and healing. Chicago: University of Chicago Press.
- Teo S.Y., 2003. Imagining Canada: The Cultural Logics of Migration Amongst PRC Immigrants. *Research on Immigration and Integration in the Metropolis, Working Paper Series*, no. 03-16, Vancouver Centre of excellence.
- Teuton, J., Bentall, R., e Dowrick, C., 2007. Conceptualizing Psychosis in Uganda: The Perspective of Indigenous and Religious healers. *Transcultural Psychiatry*, 44(1), pp. 79–114
- The Constitution of the Republic of Somaliland*, 2001. Approvata con “referendum” il 31/05/2001.
- Tiilikainen, M., 1998. Suffering and symptoms: Aspects of everyday life of Somali refugee women, in M. Lilius (a cura di), *Variations on the Theme of Somaliness*. Turku: Abo Akademi.
- Tiilikainen, M., 2007. Continuity and change: Somali women and everyday Islam in the Diaspora, in Kusow, A., M. e Bjork, S., R. (a cura di), *From Mogadishu to Dixon. The Somali Diaspora in a Global Context*. Trenton: The Red Sea Press.
- Tiilikainen, M., 2011. Failed Diaspora: Experiences of *Dhaqan Celis* and Mentally Ill Returnees in Somaliland. *Nordic Journal of African Studies*, 20(1), pp. 71–89.
- Transitional Constitution of Puntland Regional Government*, 2001. Approvata dalla “House of Representatives” il 5/6/2001.
- Turner, V., 1976[1967]. La foresta dei simboli. Aspetti del rituale Ndembu. Brescia: Morcelliana.

- UN DESA , 2007. World Urbanisation Prospects.
- UNDP, 2001. *Somalia Human Development Report 2001*.
- UNDP, 2009. Somalia's Missing Million: The Somali Diaspora and its Role in Development, UNDP Somalia.
- UNHCR e WFP, 2003. Collaboration Bulletin.
- UNHCR, 2003/2004/2005/2007/2008/2009/2010. *UNHCR Global Report*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR, 2011. *UNHCR in Somalia: fact sheet* [ [www.unhcr.org/refworld/docid/4d3574d42.html](http://www.unhcr.org/refworld/docid/4d3574d42.html) ] (ultimo accesso Dicembre 2011).
- UNHCR, 2011. UNHCR welcomes camp extension at Dadaab, Kenya. Disponibile on-line: <http://www.unhcr.org/4e204b1e9.html> (ultimo accesso effettuato Agosto 2011).CAPVI
- UNHCR,2011b. *UNHCR Global Report*. Geneva: UNHCR.CAPVI
- UNHCR, 21/2/12. “Dadaab- World’s biggest refugee camp 20 years old”. [www.unhcr.org/4f439dbb9.html](http://www.unhcr.org/4f439dbb9.html); Ultimo accesso 12/05/2012.
- UNICEF Somalia, 2010. Reproductive health: National strategy and action plan 2010–2015. Nairobi: Unicef.
- USAID,2009. Bosasso Urban Household Economy Study. A special report by the Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET – Somalia)
- Van den Reek, E., e Hussein, A. I., 2003. Somaliers of doorreis, verhuisgedrag van Nederlandse Somaliers naar Engeland. Tilburg: University of Tilburg.
- Van Lehman, D. e Eno, O., 2003, *The Somali Bantu. Their History and Culture*, Culture Profile n.16, Washington: Center for Applied Linguistics.
- Vertovec, S., 2004. Migrant Transnationalism and Modes of Transformation. *International Migration Review*, 38(3),pp. 970–1001.
- Warfa, N., Bhui, K., Craig, T., Curtis, S., Mohamud, S., Stansfeld, S., McCrone, P. e Thornicroft, G., 2006. Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: A qualitative study. *Health & Place* 12,pp. 503–515
- Weine, S., Vojvoda, D., Hartman, S., e Hyman, L., 1997. A family survives genocide. *Psychiatry*, 60, pp. 24-39.
- Weiss, T.L.(a cura di), 2009. Migration for Development in the Horn of Africa. Health expertise from the Somali Diaspora in Finland. Helsinki: IOM- Regional Office for

- the Nordic and Baltic States and the European Neighbourhood countries.
- Warfa, N., Klein, A., Bhui, K., Leavey, G., Craig, T. e Stansfeld, A. S., 2007. [Khat use and mental illness: a critical review](#). *Social Science & Medicine* 65(2), pp. 309-318.
- Wheeler, T., 2003. *Somalia HIV/AIDS Prevention, Advocacy & Communication Framework*. Report commissioned by The World Bank and UNICEF on behalf of the Communication Task Force of the SACB HIV/AIDS Working Group.
- Whittaker, S., Hardy, G., Lewis, K., Buchan, L., 2005. *An Exploration of psychological Well-being with Young Somali Refugee and Asylum-seeker Women*, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, pp.177-196
- WHO,1946. *Constitution of the World Health Organization*. Adottata durante la “International Health Conference” in New York,19-22/07/1946, entrata in vigore il 7/04/1948.
- WHO,1996. Investing in health research and development: Report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options. Geneva: WHO.
- WHO, 2001. World health report. mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO.CAPV
- WHO,2001. *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO
- WHO-EMRO, 2006. *Health System Profile. Somalia. Regional Health System Observatory*, Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- WHO, 2006, *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Somaliland. A report of the assessment of the mental health system in Somalia Using the World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*
- WHO, 2009. Pharmacological treatments of Mental Disorders in Primary Health Care. Geneve: WHO Press.capIII
- WHO, 2009, *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Mogadishu and South/Central Somalia. A report of the assessment of the mental health system in Somalia Using the World Health Organization – Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*
- WHO, 2009b, *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis*; WHO Geneva
- WHO, 2010. *A situation Analysis of Mental Health in Somalia*. Nairobi: WHO Somalia Liaison office.

- WHO, 2010. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: WHO Press. CAPIII
- Whyte, S.,R.,1997. Questioning misfortune: the pragmatics of uncertainty in eastern Uganda. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Bank -ESW, 2005. *Conflict in Somalia: Drivers and Dynamics*. World Bank Economic and Sector.
- World Bank e UNDP, 2003. Somalia Socio-Economic Survey 2002.Report N.1 Somalia Watching Brief 2003. Washington: World Bank.
- Yates, S., Diiriye, R. O., Guerin, P. B., & Guerin, B. (2003). Refugee Somali women and mental health: Their beliefs and experiences of the mental health system. Unpublished paper, University of Waikato.
- Young, A., 1981. When rational man fall sick: an enquiry into some assumptions by medical anthropologists. *Culture , medicine and Psychiatry*, 5,pp.317-353.
- Young, A., 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, pp.257-285.
- Young, A., 1997. The Harmony of illusions. Inventing Post Traumatic Stress Disorder. Princeton: Princeton Unviersity Press.
- Young, B.H., Ford, J. D., Ruzek, J.I., Friedman, M. J., e Gusman, F.D., 1998. *Disaster mental health services. A guidebook for clinicians and administrators*. Dep. Of Veterans Affairs. The National Center for PTSD. Education & Clinical Laboratory. VA Palo Alto Health Care System.
- Yousaf, F., 1997. Psychiatry in Pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 43 (4),pp. 298-302.
- Zarowsky, C., 1997. Trauma, development, dispossession: “telling the story” of refugees and suffering in Somali Ethiopia. *Refuge*, 6(5),pp.11-17.
- Zarowsky, C., 2000. Trauma Stories: Violence, Emotion and Politics in Somali Ethiopia. *Transcultural Psychiatry*, 37(3), pp.383-402.
- Zarowsky, C., 2004. Writing trauma: Emotion, ethnography, and the politics of suffering among Somali returnees in Ethiopia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28,pp. 189-209.
- Zingarelli, N., 2001. Lo Zingarelli 2001. Vocabolario della lingua italiana.Bologna: Zanichelli editore.

## **APPENDICE**





**BENDER QAASIM GENERAL HOSPITAL  
MENTAL HEALTH WARD  
MEDICAL & SOCIAL FORM**

Serial No .....

Date.....

**BIOGRAPHY**

Full Name..... Age (or date of birth)..... Sex: M  F

Mother's name.....

Responsible (name, address, phone).....

**Marital status:** single  married  divorced  widow/er  abandoned

**School attendance:** none  primary  koranic  intermediate  secondary   
university

**Occupation [Current]**.....

**Occupation (s) [Previous]**.....

**Family:** total members..... residents: M..... F..... workers with income: M..... F.....

**Family income (US\$/month):**..... **Remittances (US\$/month):**.....

**Nomadic**  Current Area.....

**Settled**  IDP camp  Concrete house  Current residence.....

Originally from.....

**Reason of movement:** Civil war  Economic  Temporary (visit)  Other .....

**TREATMENTS**

Dawo-Somali  When..... Where..... How many times..... Cost.....

Koranic  When..... Where..... How many times..... Cost.....

Saar-Mingis  When..... Where..... How many times..... Cost.....

Neurologist  When..... Where..... How many times..... Cost.....

Psychiatric  When..... Where..... How many times..... Cost.....

Other  When..... Where..... How many times..... Cost.....

**SUBSTANCES**

**Khat**  Weekly use 1 time  2 times  3 times  ≥4 times   
Daily use 1 michin  2 michins  3 michins  ≥4 minchis   
Cost per day..... Duration of use.....

**Alcohol** ..... **Hashish** ..... **Other** .....

**CHAINS**

**Chained at present**  How long has s/he been chained .....

**Chained in the past**  How many times ..... For how long (total).....





**MENTAL STATUS EXAMINATION**

**General description**

Appearance .....

.....

.....

Behavior and psychomotor activity .....

.....

.....

Attitude toward the examiner .....

.....

.....

**Speech**

*Rate* (e.g. rapid, slow, halting).....

*Amount* (e.g. taciturn, lacking spontaneity, grandiose).....

*Tone* (e.g. monotone, singsong, slurred).....

*Speech impairment*.....

**Thought process** (Loose associations, Tangential thinking, Blocking, Perseveration, , Flight of ideas)

.....

.....

**Contents of thought** (Delusion, Obsessions)

.....

.....

**Mood and Affect, Appropriateness** (e.g. Depression, Elation, Irritability, Sadness, Anxiety)

.....

.....

**Perceptual disturbance** (Illusion, Hallucination).....

.....

.....

**Sensorium and Cognition** (alertness and level of consciousness, orientation, memory, concentration, abstract thinking, intelligence).....

.....

.....

**Impulse control** .....

.....

**Insight** about the presence of illness.....

.....

**Diagnostic Description**.....

.....

.....





## **FOTOGRAFIE**

*Salvo diversa indicazione tutte le fotografie che seguono sono dell'autore.*