

Maria Curia

## Viaggio nelle dune: esperienza nelle aree rurali

---

### Riassunto

*L'autrice, a lungo cooperante in Somalia in un progetto di salute mentale, racconta il suo incontro con la cultura, in via di disgregazione ma ancora viva in alcune aree remote del Paese, dei pastori nomadi del nord della Somalia e il suo tentativo di reinterpretare, con uno sguardo etno-antropologico, il significato della malattia mentale. In tal modo, comportamenti sintomatici, altrimenti incomprensibili nell'ottica occidentale, trovano una spiegazione pienamente coerente con il contesto di appartenenza.*

### Abstract

*The author, who has been working as aid-worker in a mental health project in Somalia for a long time, relates her meeting with north Somalia nomadic shepherds' culture – which is disintegrating but is still alive in some remote areas of the country – and her attempt to reinterpret the meaning of mental health from an ethnological-anthropological standpoint. In this way, symptomatic behaviors, which otherwise would be unexplainable from the western perspective, have an explanation thoroughly coherent with the original context.*

---

La Somalia è un luogo con cui sto familiarizzando da diversi anni; di fatto ci andai la prima volta nel 2001 e da allora mantenni sempre vivo in me il desiderio di tornare, tale è l'attrazione che l'asperità dell'ambiente e l'alterigia dei suoi abitanti hanno suscitato in me

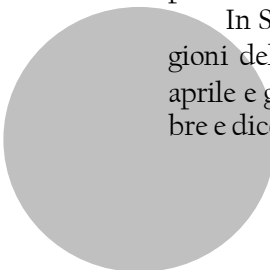
Così nel marzo 2005 partii di nuovo alla volta del Corno d'Africa con l'obiettivo di condurre un'indagine sulla salute mentale nelle aree rurali nel nord-est della Somalia (regione del Puntland) e fornire assistenza psichiatrica di emergenza a quanti si trovavano a soffrire di problemi psichici.

Il nostro progetto voleva dare priorità anzitutto a chi, vittima dello tsunami, di inondazioni o di siccità, soffriva di trauma legati a disastri ambientali; questo significava uscire dalla territorialità circoscritta delle città e avventurarsi nel vero senso della parola nelle aree remote in cui vivono i nomadi e gli abitanti delle coste.

Dopo la guerra civile si è assistito a una massiccia emigrazione verso i grandi centri urbani del nord a causa della miseria e delle lotte claniche ancora imperversanti nel centro e sud del Paese.

La desertificazione e le calamità naturali hanno contribuito a tali movimenti, in quanto un buon numero di nomadi, come sono da sempre gli abitanti del nord della Somalia, hanno deciso di abbandonare l'attività pastorale e sopravvivere grazie alle rimesse dei parenti dall'estero.

In Somalia il clima è condizionato dai monsoni, che determinano due stagioni delle piogge: una di precipitazioni relativamente più intense, il *gu*, tra aprile e giugno, e un'altra con precipitazioni più brevi e sparse, il *deyr* tra ottobre e dicembre.



Ad esse si alternano due stagioni secche, una molto calda, il *hagay*, tra luglio e settembre, e una più ventilata, il *jilaal*, tra gennaio e marzo.

I nomadi sono legati al territorio attraverso lo scorrere delle stagioni e accordi interclanici, ma ancora di più sono legati alle loro mandrie, uniche risorse di sopravvivenza in un ambiente in gran parte semidesertico. L'intensità e la durata delle due stagioni piovose determina la vita o la morte del bestiame e di conseguenza la sopravvivenza o meno della popolazione e in particolare delle sue fasce più deboli: i bambini e le donne.

I nomadi sono innanzitutto allevatori di cammelli e in Somalia questi animali sono più abbondanti che in qualunque altra parte del mondo: circa 6.850.000 capi.

Ma mentre il cammello costituisce il simbolo della ricchezza ed è macellato solo in particolari e importanti occasioni, altri animali vengono allevati per la carne o le pelli: capre e pecore nel centro-nord e bovini nella regione dei due fiumi Giuba e Sciabele, a sud.

Tutti i membri delle famiglie sono coinvolti nella cura degli animali: i bambini (sia maschi che femmine) e le donne si occupano di capre e pecore mentre i giovani e gli uomini, dei cammelli. I bambini sin dall'età di quattro anni portano il gregge a pascolare e imparano ad affrontare i pericoli insiti nel deserto: la perdita dell'orientamento, i morsi di serpente o l'incontro con una iena affamata.

Le giornate dei pastori (sia uomini che donne) trascorrono nella solitudine della savana, tra orizzonti infiniti e la dedizione al proprio gregge.

Negli ultimi cinque anni si sono verificati rilevanti disastri ambientali, cosicché annate di siccità seguite da inondazioni hanno causato elevatissimi danni.

La siccità sta mettendo a rischio le condizioni di vita di circa 250.000 allevatori nomadi: l'assenza di piogge colpisce in particolare il Sool Plateau, nel nord del Paese. Molte famiglie hanno perso buona parte del bestiame e un evidente impoverimento del suolo (dovuto all'erosione) contribuisce alla loro decimazione.

Nella terra del Punt, come la chiamavano gli egizi, oltre alla pastorizia è praticata stagionalmente anche la pesca in mare, e si sa che nel dicembre del 2004 oltre trecento somali morirono a causa dello tsunami.

La nostra unità mobile intendeva raggiungere proprio aree e villaggi identificati come tra quelli più colpiti da tali disastri ecologici. Queste popolazioni sono lontane dai luoghi soliti della cooperazione umanitaria (per motivi anche di sicurezza) e sono prive di qualsiasi supporto medico-sanitario, ragioni in più per spingerci là dove uomini e donne vivono in costante lotta per la sopravvivenza.

### ...a confronto con la salute mentale

Nella Somalia di oggi dopo tredici anni di assenza di governo, vi è in media un medico ogni 15.000 abitanti, ma se escludiamo i centri maggiori il rapporto peggiora esponenzialmente.

La medicina tradizionale è decisamente la più usata. È praticata da guaritori esperti in diversi ambiti: fitoterapia, cauterizzazioni, riduzione di fratture, salassi, terapie di depossessione.

Come in altre società tradizionali, non si riscontra in sostanza mai l'esistenza di una cultura medica unicamente impostata su principi naturalistici, ossia definibili in termini puramente fisici, o viceversa su principi per noi indicibili come sovranaturali, così anche tra i nomadi somali abbiamo potuto riscontrare come le due dimensioni del *naturale* e del *sovranaturale*, nell'eziologia e nella terapia, siano compresenti.

Essi si muovono tra diversi universi simbolici, cercando un significato della loro sofferenza che sia condiviso e funzionale al cambiamento. Da qui il ricorso da parte dei nomadi alle differenti *sorgenti condivise di potere terapeutico*: la scienza, la divinità, i *jinn* sono ciascuno un modello esplicativo non in contraddizione con l'altro bensì portatore di un ponte simbolico tra esperienza personale, relazioni sociali e significati culturali.

In questo contesto ci collochiamo anche noi, con il nostro sapere scientifico, la nostra prescrizione farmaceutica, nell'area di una possibile condivisione dei simboli e di una formula che faccia da metafora tra le *esperienze di tipo corporeo* e quelle propriamente *sociali condensate nella memoria mitica*, tra l'esperienza angosciante del singolo e la dimensione sociale della sofferenza (Beneduce, 1997). Beneduce suggerisce che "l'efficacia di un trattamento è dunque realizzata, o non lo è, anche in riferimento alle tensioni e trasformazioni che attraversano una società in un determinato momento e collocano l'uno rispetto a l'altro i vari interlocutori: lo sciamano, il folle, l'etnologo, lo psichiatra, l'infermiere, ecc."

Ed ecco che durante circa dieci anni di guerra civile la Somalia ha assistito a una distruzione dei sistemi tradizionali e clanici; tale perdita ha investito anche il sistema di cura e di credenze, forse anche per il sorgere di nuovi traumi e disturbi (PTSD, psicosi reattiva da abuso di chat).

Là dove la sofferenza mentale si è manifestata all'interno di una struttura sociale disgregata, anche la cura tradizionale si è rivelata inadeguata, incapace di rispondere in maniera efficace.

Così la farmacoterapia e il counseling hanno trovato spazio nel territorio lasciato vuoto dal cambiamento e dalle trasformazioni che hanno investito la società somala.

Durante il nostro viaggio nel deserto, armati di prescrizioni farmacologiche, di misuratori di pressione, di ascolto attivo e di osservazione partecipata, il nostro intervento si è dispiegato nella consapevolezza di proporre un dispositivo di emergenza, una cura fine a se stessa, non sempre in grado di capire fino in fondo quello che di fatto era avvenuto nell'animo dei nostri pazienti. Ci siamo trovati più spesso a fare domande che a dare risposte, a porci dei dubbi piuttosto che trovare delle certezze.

Abbiamo incontrato decine di persone, ciascuna con il suo carico di trauma, ciascuna con la sua storia, abbiamo sempre cercato di tenere aperte tutte

le possibilità interpretative, nessuna esclusa, quali psicosi reattiva, possessione, disturbo di stress post-traumatico, depressione o semplice mancanza di prospettive future, dando loro la medesima credibilità. Non ci siamo mai arrogati il diritto del “saper fare meglio di altri”, anzi ci siamo chiesti spesso se, di fatto, quello che stavamo facendo aveva un senso presso popolazioni alquanto incontaminate, cercando quindi di limitare l'intervento ai casi in cui era strettamente necessario e di sicuro sollievo.

Abbiamo potuto constatare gli effetti universali del trauma da perdita o impotenza, così come le conseguenze socioculturali di epilessie mai curate e, infine, gli irreversibili danni fisici e psichici nei casi di persone non dotate di un corredo genetico più che eccellente, indispensabile per vivere in un ambiente particolarmente ostico.

### Il linguaggio della follia

*Ciò che è universale non è la categoria della psichiatria, ma l'esperienza di una sofferenza sine materia che, quando esca dalla normalità, finisce in Occidente nel contenitore nosografico “disturbi depressivi”. Altrove, forme e destini possono essere diversi (Coppo, 2005).*

Da quest'ipotesi mi muovo anch'io nel momento in cui ravviso nella ripetizione e specificità culturale di certi comportamenti una sofferenza universale espressa in forme e vie diverse. Questo lo sguardo con cui mi sono trovata a interrogarmi sulle modalità tutte somale di espressione del disagio, uno sguardo improntato al relativismo culturale e storico.

Ho trovato molto interessante, nel corso dei nostri itinerari, una certa ridondanza nella descrizione della malattia mentale e dei sintomi, a tal punto che ho individuato delle sorte di sindromi di cui di seguito darò descrizione.

Lungi da me ogni intenzione di categorizzazione; anzi, tali descrizioni vogliono essere motivo di riflessione sul linguaggio della follia.

Riprendendo il passo di Foucault, secondo il quale la follia in fondo è possibile soltanto nella misura in cui intorno ad essa c'è questo spazio che consente al soggetto di parlare il linguaggio della propria follia e di costituirsi come folle (Foucault, 1972), tali racconti sulla sofferenza mi hanno indotto a interrogarmi sull'intenzionalità del loro messaggio. “Questa fondamentale libertà del folle era chiamata da Sauvages, nell'ingenuità di una tautologia meravigliosamente feconda, ‘quel tanto di cura che noi abbiamo di ricercare la verità e di coltivare il nostro giudizio’”(Foucault, 1972).

Qui mi limiterò a descrivere repertori e forme espressive del disagio, della sofferenza *sine materia*, senza addentrarmi in questioni causalità e ragioni sottostanti. Se il modo in cui il disagio si esprime ed evolve dipende dalle caratteristiche personali e culturali, e soprattutto dai contenitori e dai percorsi previsti in quelle situazioni (Coppo, 2005), con le seguenti descrizioni è mia intenzione interrogarmi sulle modalità di manifestazione della sofferenza psichica

tipiche dei pastori somali e sugli effetti di tali manifestazioni nell'ambiente sociale circostante.

### Sindrome della fuga nel deserto

*Paesaggi infiniti e affascinanti attraggono uomini e donne a intraprendere un cammino, a seguire il sole al di là del loro villaggio.*

Le alte temperature e l'assenza di oasi lussureggianti nel deserto somalo fanno ritenere chiunque si avventuri e si incammini per un viaggio senza meta verso l'orizzonte un folle destinato alla morte.

Questo sembra essere il comportamento più comune ravvisato tra i *matti* somali, siano essi uomini che donne. Ci riferiscono spesso come comportamento anormale di colui o colei considerato folle la tendenza a incamminarsi verso una direzione qualsiasi.

Devo ammettere che ha una certa attrattiva anche ai miei occhi la linea dell'orizzonte che si estende di fronte a noi. Trovandosi nel mezzo di un piano arido e secco, circondati dalle esili abitazioni somale chiamate *aqal* (una sorta di capanna-tenda facilmente smontabile), si ha la percezione del senso di libertà e movimento che contraddistingue i nomadi somali e perciò mi ha sollecitato e colpito la persistenza dei familiari a considerare assolutamente *folle* la tensione al movimento.

Mi sono chiesta se questo desiderio di un altrove, evidente nei tentativi di fuga (gli "escape attempts" di cui parlano i nostri mediatori somali), fosse in realtà una sfida alle convenzioni, una rivelazione di un conflitto segreto tra ragione individuale (la ragione del folle) e una ragione sociale.

"Proprio come la malattia non è la perdita completa della salute, così la follia non è perdita assoluta della ragione, ma contraddizione della ragione che esiste ancora" (Foucault, 1972).

Si sa che nella tradizione islamica il suicidio è considerato *aram*, un tabù, una scelta contro religiosa, e perciò condannato dalla società.

Sulla base della mia esperienza e conoscenza di campo mi permetto di avanzare l'interrogativo se dietro tale tendenza alla fuga non si nasconda in fondo un tentativo di *suicidio*, una scelta quindi di abbandono delle istanze di vita per cercare là nell'orizzonte la fine delle proprie debolezze con un atto apparentemente libero e quindi compreso nel sistema sociale e culturale somalo.

E allora ecco che la famiglia ha come unica risposta a tale moto di "libertà del folle" la scelta di incatenarlo, di frenare le sue fughe, di controllare i suoi gesti potenzialmente fatali.

Così, tra le dune, ho incontrato molte di queste persone sofferenti, le quali hanno inscritto nelle loro catene il peso della loro scelta di rinuncia alla loro vita per una libertà altrui.

Qui si chiude questo cerchio, in un paradosso tutto somalo che parte da un atto di libertà del folle, che lo porta a ritrovarsi in catene e deprivato di ogni

ruolo sociale, catene che di fatto liberano la famiglia dalle ansie di morte del loro caro e permettono alla medesima di allontanarsi (per dedicarsi alla pastorizia) e ritornare solo a sera a casa.

### Sindrome della svestizione

*Shukri si è ammalata all'improvviso, si arrampicò un giorno sul monumento fascista costruito all'epoca della colonizzazione. Quando scese non era più la stessa, iniziò a spogliarsi e a gridare.*

Nella società pastorale somala, come in molte altre, le donne vivono una situazione drammatica: più vulnerabili e meno considerate, spesso si ritrovano da sole a provvedere al mantenimento dei loro figli, benché non abbiano nessun diritto sulla prole in caso di divorzio e sono escluse da ogni pratica decisionale anche sulle questioni prettamente personali come educazione, salute e matrimonio. Il tasso di alfabetizzazione femminile è notevolmente inferiore rispetto a quello degli uomini, per non parlare poi dell'uso massiccio che ancora oggi viene fatto dell'infibulazione, con evidenti ripercussioni sulla salute riproduttiva (quarantacinque donne muoiono ogni giorno durante la gestazione o il parto).

I colleghi somali mi hanno riferito un detto molto significativo: una donna, per essere apprezzata, non deve essere coraggiosa - così da non contraddire il marito -, né loquace - per non creare discussioni - né generosa - in modo da tenere il bene comune per la famiglia.

Queste considerazioni di fatto ci parlano di come la donna sia soggetta a uno stato di sottomissione e negazione di sé.

Ma le donne in Somalia non devono essere considerate solo delle vittime: spesso si organizzano nei quartieri e nei villaggi per far sentire anche a livello pubblico, politico, il peso che già hanno nell'economia e nella comunità. Questo vale soprattutto per quelle che vivono nelle città. Nei villaggi la situazione è ancora molto arretrata perché si possa parlare di libertà d'espressione delle donne, limitata ancora di più dalla rigidità dei costumi islamici.

In tale situazione di rigidità e chiusura, la sofferenza mentale, soprattutto nel caso delle donne, spesso si manifesta in forme apparentemente qualificabili come atti di ribellione e di sfida delle regole convenzionali.

Così abbiamo incontrato decine di donne messe in catene perché nei momenti di crisi si denudano o si strappano i vestiti e talvolta urlano e picchiano. Tutti questi comportamenti in psicologia sarebbero considerati come sintomi isterici o istrionici; qui in Somalia, si colorano e si drammatizzano in quanto assolutamente contro la morale, dato che alla donna si richiede un comportamento pudico e modesto più che mai.

Sarebbe troppo banale considerare queste manifestazioni solo come vettori di una richiesta di libertà o di una volontà di sfida. Di fatto mi sono convinta che questo repertorio di svestizione voglia proprio essere veicolo assolu-

to di attenzione e drammatizzazione, in contrapposizione all'omertà che circonda spesso traumi e abusi subiti.

Queste donne in realtà ricevono molte attenzioni e cure (nonostante le catene) e mai ho percepito verso di loro un sentimento di vergogna o un atteggiamento di derisione da parte dei loro familiari. Talvolta questi comportamenti sono attribuiti alla possessione dei *jinn* e perciò la donna viene scagionata tout court. A queste donne è concesso stare senza velo, a loro è permesso essere irriverenti nei confronti dell'apparire, perché di fatto la sofferenza vuole essere smascherata e nessun velo sarà mai in grado di nasconderla.

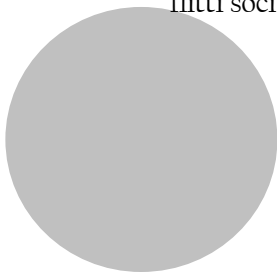
### Sindrome della bancarotta

*In Somalia le alleanze claniche sono date da un legame di agnazione ossia di discendenza sanguigna. L'affiliazione politica è anzitutto determinata dalla discendenza patrilineare. Alla base di questo sistema si trova il gruppo pagatore di diya (prezzo del sangue), che è l'unità politica più stabile in un sistema di fedeltà agnatica mutevole. Perdite o danni alle persone, agli animali o alle risorse per conflitti interclanici o incidenti sono passibili di risarcimento a opera del gruppo pagatore di diya.*

L'espressione *bankruptcy* è stata usata dagli stessi mediatori per tradurmi in termini sintetici la storia di molti pazienti, ed è allora che ho iniziato a riflettere su questo termine.

L'individuo conta su prestiti e aiuti del clan, mette in moto e cuce relazioni di supporto, convince e persuade la comunità delle proprie capacità imprenditoriali, in cambio di promesse e aiuti futuri. Nulla è scritto ma tutto è regolato da alleanze. Così chi arriva alla meta si prodiga per restituire e traghettare gli altri nella sua condizione di benessere, organizzando viaggi e passaporti, inviando prestiti e quanto altro. Ma se gli affari vanno male, se il progetto incontra il fallimento, ecco che si è soggetti alla perdita non solo del capitale economico ma anche di quello sociale ed emotivo, tradendo le aspettative riposte in lui dai familiari, dal clan creditore di risorse.

Di fatto il capitale economico comprende anzitutto un capitale sociale, risultato di una fitta rete di gerarchie e alleanze. Il denaro simbolo di riscatto può diventare motivo di condanna, quando dal ruolo di benefattore si cade in quello di debitore, per disgrazia, inettitudine, casualità. Da qui la solitudine e la fuga dal contesto familiare, per l'onta insita nella bancarotta, nella incapacità di restituire anche in termini simbolici ciò che è stato promesso: l'affrancamento dalla condizione di povertà e isolamento. Da qui s'intende come il prezzo del sangue, il costo della fedeltà agnatica sia non solo risorsa e causa di conflitti sociali e politici, ma anche di quelli psicologici.



## Bibliografia

- Coppo P. (2005), *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, Boringhieri, Torino.
- Beneduce R. (a cura di) (1997), *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmattan Italia, Torino.
- Foucault M. (1972), *L'ordine del discorso*, Einaudi, Torino.

*Maria Curia si è laureata a Padova nel 1999 in Psicologia clinica e di comunità e attualmente si sta specializzando presso la scuola di Psicoterapia a orientamento analitico per adolescenti e giovani adulti (Area G). Esperta e consulente in progetti d'emergenza e di sviluppo nell'ambito della salute mentale, collabora con organizzazioni nazionali e internazionali per la diffusione di modelli d'intervento psicosociali che tengano in alta considerazione sistemi di cure "altri". Da diversi anni lavora come psicologa transculturale presso l'Ambulatorio di etnopsichiatria (ospedale Niguarda di Milano) occupandosi della cura e dell'integrazione dei sopravvissuti a traumi, torture e abusi provenienti da Paesi stranieri.*