

La salute mentale delle popolazioni indigene Un panorama internazionale

Alex Cohen

Ph.D Department of Social Medicine
Harvard Medical School, Massachusetts, USA

edizione italiana a cura di
Pompeo Martelli



Centro Studi e Ricerche



Department of Mental Health
World Health Organization
Geneva

© World Health Organization, 1999

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

© Il documento che ha per titolo **The Mental Health of Indigenous People: An international overview** è stato pubblicato nel **1999** dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che detiene tutti i diritti sull'edizione originale così come sull'edizione tradotta in italiano.

L'autorizzazione alla traduzione, alla cura e alla distribuzione dell'edizione italiana di questo documento è stata concessa dal possessore dei diritti d'autore (OMS) al Centro Studi e Ricerche della Azienda Sanitaria Locale Roma E.

Centro Studi e Ricerche - Azienda Sanitaria Locale Roma E

Piazza S. Maria della Pietà ,5 - 00135 Roma

tel. (+39) 0668352825-2824-2807

fax (+39) 0668352923

e-mail: pompeomartelli@tin.it

Traduzione e cura di Pompeo Martelli

Obiettivi e strategie di Nations for Mental Health

Incoraggiare azioni politiche, leggi e programmi per la salute mentale, attraverso: la crescita di consapevolezza del carico associato ai problemi della salute mentale e l'impegno dei governi a ridurlo; aiutare a costituire le capacità tecniche dei paesi nel realizzare, correggere e sviluppare politiche, leggi e programmi per la salute mentale; a sviluppare azioni politiche e a diffondere aiuti e risorse.

Aumentare la pianificazione e lo sviluppo di servizi per la salute mentale attraverso: il consolidamento delle capacità tecniche dei paesi nel pianificare e sviluppare servizi; sostenere progetti pilota per le migliori pratiche nel campo della salute mentale; incoraggiare azioni di ricerca correlate all'erogazione dei servizi, allo sviluppo e alla distribuzione delle risorse collegate alla crescita dei servizi e all'erogazione delle prestazioni.

L'attuazione del programma dipende dai contributi volontari di governi, fondazioni, individui. Nations for Mental Health riceve aiuti economici e supporto tecnico dalla Eli Lilly and Company Foundation, dal Johnson and Johnson European Philanthropy Committee, dai governi di Gran Bretagna, Italia e Giappone, dall'Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, London (UK), e dalla Dreyfus Health Foundation al New York Hospital-Cornell Medical Center (USA).

Per ulteriori informazioni:

Dr. Benedetto Saraceno

Social Change and Mental Health

Department of Mental Health

World Health Organization

CH - 1211 Geneva 27, Switzerland

E-mail: saracenob@who.ch

Telephon: (+41) 22 791.36.03

Fax: (+41) 22 791.41.60

INDICE

Presentazione (Franco Condò). 7

Un Programma per la salute mentale nelle popolazioni meno favorite (Benedetto Saraceno). 9

Premessa (Pompeo Martelli). 11

Prefazione all'edizione italiana (Alex Cohen) . 13

Prefazione (Ted Webster). 15

CAPITOLO 1

Introduzione . 17

CAPITOLO 2

Verso una definizione di “indigeno”. 19

CAPITOLO 3

Gli universi delle popolazioni indigene. 21

Spopolamento

Violenza

Dislocazione

Povertà

Minacce e repressioni culturali

CAPITOLO 4

Il contesto della salute mentale. 25

Ambiente socioculturale e salute mentale

Problemi di diagnosi e trattamento

Sindromi “culturalmente caratterizzate”

CAPITOLO 5

La salute mentale delle popolazioni indigene. 31

America Centrale e Meridionale

Nord America

Australia

Isole del Pacifico

Nuova Zelanda

Papua Nuova Guinea

Micronesia e Samoa Occidentale

Hawai'i

Asia

Estremo nord della Russia

Taiwan (Repubblica della Cina)

CAPITOLO 6

Conclusioni. 39

Note. 43

Bibliografia. 47

Postfazione (Tommaso Losavio). 59

Presentazione

Accolgo con favore l'iniziativa del Centro Studi e Ricerche della ASL Roma E di realizzare una edizione italiana del rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla salute mentale delle popolazioni indigene nel mondo.

Questa pubblicazione, ottimamente curata dal Dr. Pompeo Martelli, è motivo d'orgoglio per la nostra Azienda impegnata nel miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni offerte alla cittadinanza per la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

Gli operatori della salute pubblica del nostro paese si confrontano sempre più spesso con cittadini provenienti da altre culture.

Le regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati indirizzate dal Ministero della Salute agli operatori del SSN e ai cittadini che provengono da paesi non appartenenti all'Unione Europea e le "Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri" pubblicate dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio pur caratterizzandosi come iniziative molto avanzate nel panorama normativo europeo hanno altresì bisogno di un valido e collaudato modello di servizio sanitario "culturalmente sensibile", obiettivo questo che la nostra Azienda si è impegnata a percorrere considerando che lo sviluppo di nuove procedure di accesso per utenti stranieri conduce a cambiamenti significativi nell'attuale organizzazione dei servizi.

Nel riconoscere l'importanza dei fattori culturali in ambito sanitario corre l'obbligo di penetrare a fondo le tematiche della salute e della malattia in una prospettiva interculturale, di sviluppare studi epidemiologici ed indagini conoscitive sulla realtà dei nostri bacini di utenza, di promuovere approcci interdisciplinari per una lettura integrale della salute pubblica e di comunità, definendo indicatori più efficaci ed accurati e formando il personale sanitario all'incontro con persone appartenenti ad etnie diverse, portatori di una differente cultura (che include credenze, ideali, valori, comportamenti), che necessitano di rispetto e di attenzione soprattutto nell'ambito dei bisogni di salute e di assistenza sanitaria.

Mi auguro che le informazioni, le suggestioni e gli argomenti contenuti in questo rapporto siano uno stimolo per tutti (operatori sanitari, managers e policy makers) nella pianificazione e nello sviluppo di servizi per la salute pubblica rispondenti ad uno dei principi costitutivi dell'OMS, che "il godimento del più elevato standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, fede politica, condizione economica o sociale".

Siamo grati al nostro Centro Studi e Ricerche che ancora una volta, attraverso questo impegnativo lavoro, testimonia la continuità della mission che la ASL Roma E gli ha attribuito.

Colgo l'occasione per ringraziare il Prof. Tommaso Losavio (Direttore del Centro Studi e Ricerche della ASL Roma E), che ha ottenuto dall'OMS il permesso di pubblicare in Italia questo rapporto accordandone il copyright alla nostra Azienda; il Prof. Michele Tansella (Università degli Studi di Verona) per aver permesso la pubblicazione di questo rapporto.

Franco Condò

Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale Roma E

Un Programma per la salute mentale nelle popolazioni meno favorite

Nations for Mental Health è un Programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità istituito di recente, dopo la pubblicazione, nel maggio 1995, di un rapporto sulla salute mentale nel mondo da parte di un gruppo di studio della Harvard Medical School.

Il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha accolto con entusiasmo la pubblicazione, riconoscendo che l'obiettivo globale delle Nazioni Unite "è quello di promuovere la salute mentale e il benessere di tutti gli abitanti del pianeta".

Il Programma delle Nazioni per la Salute Mentale si fa carico di questa missione. Il suo scopo principale consiste nel migliorare la salute mentale e il benessere psicosociale delle popolazioni meno favorite del mondo.

Il Programma mira ad aumentare la consapevolezza delle conseguenze dei problemi di salute mentale e di abuso di sostanze sul benessere sociale e sulla salute fisica, a coordinare gli sforzi internazionali per combattere le malattie mentali e ad attuare i progetti di salute mentale a livello nazionale. Avviare un certo numero di progetti pilota in ognuna delle sei regioni OMS del mondo.

Tali progetti sono intesi a illustrare il potenziale degli sforzi collaborativi a livello nazionale, con l'intenzione di sviluppare poi progetti su più vasta scala.

Intende anche sviluppare a livello internazionale un processo di sensibilizzazione tale da ottenere una forte volontà politica e un forte impegno da parte dei *policy makers* e dei leader nei confronti delle questioni di salute mentale, riconoscendola come un importante problema di sanità pubblica e affrontando il problema della stigmatizzazione e della discriminazione.

Obiettivi del Programma

- *Aumentare l'attenzione delle popolazioni e dei governi del mondo verso le conseguenze dei problemi di salute mentale e dell'abuso di sostanze sul benessere sociale e la salute fisica delle popolazioni meno favorite del mondo. Come primo obiettivo si reputa necessario accrescere la consapevolezza dell'importanza della salute mentale attraverso una serie di eventi chiave di alto profilo che facciano convergere su di essa l'attenzione pubblica. In secondo luogo gli sforzi saranno intesi a rendere sempre più forte la volontà delle maggiori autorità politiche a parteciparvi. Infine gli sforzi saranno diretti ad assicurare un forte impegno politico da parte dei decision-makers.*
- *Identificare e promuovere strategie collaborative che possano essere implementate dalle organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite, in cooperazione con altre organizzazioni internazionali governative e non governative, per migliorare la salute mentale e psicosociale delle popolazioni meno favorite del mondo mediante progetti di cooperazione tecnica a livello nazionale nel campo della Promozione della Salute Mentale e della Prevenzione e del Controllo dei Disturbi Mentali.*

Il Programma si concentrerà su specifici progetti a livello nazionale ed è rivolto in modo particolare ai bambini che vivono in situazioni difficili, alle donne maltrattate, alle persone che hanno subito traumi per atti di violenza, a quelle drogate o alcolizzate, a quelle che soffrono di malattia mentale cronica e infine a quelle che vivono in condizioni di estrema povertà.

Aree principali del Programma

Piani nazionali di salute mentale

Miglioramento dei servizi e dei trattamenti

Diritti umani e legislazione

Dare maggiore autorità ai fruitori del Programma e alle loro famiglie

Promozione della salute mentale e prevenzione, con particolare attenzione verso:

- donne

- bambini e adolescenti

Programmi speciali di salute mentale in favore di:

- rifugiati

- popolazioni indigene

Il pubblico generale, i decision-makers in campo sanitario e la maggior parte della comunità professionale medica non sono sufficientemente consapevoli della dimensione e della natura dei disturbi mentali e del costo socioeconomico che essi rappresentano per coloro che ne soffrono, per le loro famiglie e per le nazioni. Sebbene non compaiano tra le cause principali di morte, i problemi mentali e comportamentali si attestano tra le prime 10 cause di disabilità a lungo termine in quanto molti di essi colpiscono durante gli anni più produttivi di un individuo e lasciano tracce che rimangono per tutta la vita.

Poiché le malattie mentali costituiscono un grave peso sociale ed economico per i loro effetti invalidanti, l'attuazione di questo Programma globale richiede la mobilitazione congiunta delle forze sociali, economiche e politiche, così come sostanziali cambiamenti nelle politiche governative di ogni nazione inerenti all'educazione, alla salute e allo sviluppo economico.

Pertanto questo ambizioso Programma necessita di uno sforzo intenso e prolungato da parte di tutte le nazioni del mondo mediante una collaborazione coordinata tra i governi, le organizzazioni non governative e le agenzie specializzate all'interno del Sistema delle Nazioni Unite.

L'OMS coordinerà questo importantissimo Programma. Molti progetti pilota sono già stati avviati in diversi paesi, come per esempio in Vietnam, Sri Lanka, Yemen, Argentina e tra le popolazioni indigene di Brasile, Canada e Isole del Pacifico. Altri progetti sono allo studio in altre regioni del mondo. L'attuazione del Programma dipende dai contributi volontari di governi, fondazioni, individui.

Benedetto Saraceno

Social Change and Mental Health
Department of Mental Health
World Health Organization

Premessa

Sono grato al dr. Benedetto Saraceno per aver accolto la richiesta del Centro Studi e Ricerche della ASL Roma E di pubblicare in Italia il rapporto realizzato dal dr. Alex Cohen per l'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito del programma Nations for Mental Health.

L'autore offre in modo conciso ma puntuale una panoramica sulla condizione della salute mentale delle popolazioni indigene nel mondo.

Come l'autore, chi scrive non è mosso dalla mera curiosità per gli *inquieta limina* delle alterità esotiche bensì dalla consapevolezza che anche nel nostro Paese sia necessario promuovere programmi interculturali di ricerca e di formazione, nonché realizzare servizi di salute pubblica e di salute mentale culturalmente sensibili.

Sono ancora pochi i colleghi italiani che hanno intrapreso questo faticoso percorso (tra loro desidero ricordare il dr. Roberto Beneduce con il Centro Frantz Fanon a Torino) ed è pertanto necessario intensificare i momenti di incontro e di verifica delle nostre attività.

L'approccio con persone provenienti da altre culture che chiedono assistenza ai servizi di salute mentale è sempre una circostanza problematica per l'avvio di un buon ascolto, di una eventuale presa in carico e di una adeguata relazione terapeutica.

Sui fruitori dei servizi, sul loro *mental health seeking behavior* e sulle ragioni delle loro scelte sappiamo ancora poco; ancor meno conosciamo sull'*interazione* fra operatori e utenti immigrati ed in particolare sulle difficoltà che gli operatori sperimentano nel corso di questa interazione e che sono alla base di una forte richiesta di formazione.

Ad influenzare direttamente il grado di utilizzazione dei servizi, il livello di soddisfazione dell'utente, la *compliance* ed altre variabili che direttamente modificano i risultati della cura, intervengono infatti quei selettori di accessibilità che sono, accanto ai costi delle prestazioni, le modalità con le quali vengono decifrate le domande di aiuto, gli stili di comunicazione, i modelli interpretativi, le strategie di intervento e di supporto realizzate.

La funzione dell'accessibilità va oltre la mera disponibilità al contatto offerta dai servizi socio-sanitari, realizzandosi pienamente nell'identificare, comprendere e rappresentare i bisogni di salute di una popolazione: una funzione quindi imprescindibile dai modelli organizzativi dei servizi, dalla loro cultura e dalle scelte di politica sanitaria di una nazione.

Relativamente a come dovrebbe essere un buon servizio di salute mentale desidero richiamare quanto suggerito da Strathdee e Thornicroft: un buon servizio psichiatrico deve essere dimensionato alla realtà locale e deve; essere facilmente accessibile; essere forte, cioè poter rispondere alla complessità dei bisogni di salute mentale espressi dalla popolazione; sapersi adattare con flessibilità alle necessità ed evitare risposte rigide e strutturate più sui bisogni dell'istituzione che su quelli dei pazienti; sapersi adeguare alle diverse realtà del contesto di appartenenza, attingendo ed organizzando massimamente le risorse naturali; considerare anche le situazioni più difficili come i disabili fisici con problemi psichici, gli extracomunitari e gli homeless; darsi degli obiettivi e monitorare continuamente il proprio operato (Strathdee G., Thornicroft G., *The principles of setting up mental health services in the community*. In Bhupra D., Seft J., eds *Social Psychiatry* Blackwell Scientific Publication, Oxford, 1993).

Senza nulla togliere alla lodevole attività di importanti ed utili associazioni laiche e religiose che negli ultimi decenni sono intervenute, ed intervengono tutt'oggi, a colmare vuoti istituzionali, ritengo improrogabile anche per i servizi di salute mentale in Italia l'assunzione di compiti assistenziali e formativi in prospettiva interculturale. Nel volume *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries* (1995) Desjarlas, Eisenberg, Good e Kleinman indicano lo scarto esistente fra le conoscenze della psichiatria ed i bisogni di salute mentale nel mondo.

Diversi elementi ostacolano la corretta osmosi tra conoscenza e pratica ed è perciò irrinunciabile per un servizio di salute mentale (sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli sviluppati) dotarsi di quante più

conoscenze possibili sui bisogni di salute mentale della popolazione, impegnarsi a fondo nella lotta contro lo stigma associato alla malattia mentale, agire in una logica di sanità pubblica promuovendo salute e cultura della partecipazione.

Gli operatori della salute mentale hanno il dovere di accrescere le loro competenze ed il desiderio di conoscenza verso la dimensione sociale ed interculturale della salute e della malattia.

Una maggiore consapevolezza delle tradizioni, delle strutture socio-culturali e politiche degli utilizzatori dei servizi di salute mentale, sia essi italiani o stranieri, eviterà di incorrere in errori grossolani che producono consistenti danni iatrogeni con l'immissione, ad esempio, nel circuito assistenziale di persone che non presentano alcuna necessità di trattamento.

Recentemente il prof. Arthur Kleinman della Harvard University, commentando i dati derivanti da uno studio sul drammatico fenomeno che assume il suicidio nella popolazione femminile in Cina, sottolineava come un numero assai ridotto di tentativi di suicidio e di suicidi interessano donne con particolari disturbi psicologici correlati a depressione, schizofrenia e abuso di sostanze.

In Cina, dove vive il 21% della popolazione mondiale e si conta la presenza di oltre il 55% di tutti i suicidi femminili del pianeta, una parte consistente di questi suicidi si verifica in aree rurali come estrema manifestazione di protesta, ad esempio, contro il divieto delle autorità a seppellire i loro familiari in territori ancestrali tradizionalmente destinati alla sepoltura.

Va da sé che di fronte ad elementi concernenti *tradizione* e *cultura* terapie psicologiche e trattamenti antidepressivi producono scarsi vantaggi.

Variabili come la “cultura” o “l'identità socio-culturale” continuano a giocare un ruolo rilevante quando si pensi alla definizione di appropriate risposte terapeutico-riabilitative e alla valutazione del loro impatto. Gli studi di tipo epidemiologico-antropologico mostrano, insieme alle difficoltà metodologiche ben note nell'analisi transculturale dei bisogni e delle domande di cura, proprio l'importanza della variabile “cultura” tanto nell'espressione della sofferenza psicologica quanto nella capacità degli operatori di riconoscerne tutti gli effetti.

Il dr. Michael Chandler, psicologo della University of British Columbia, sta svolgendo un programma di ricerca sul suicidio tra i giovani indiani nordamericani. In una sua recente intervista radiofonica alla CBC egli ha sottolineato come la variabilità della frequenza dei suicidi che si riscontra tra le diverse comunità e bande di nativi è strettamente correlata alla loro possibilità di autogoverno, al riconoscimento del diritto di possesso sui territori tradizionali sottratti nel passato, al controllo sull'attività erogata dai servizi sanitari, sull'istruzione, sul mantenimento dell'ordine pubblico, sulla salvaguardia della cultura e delle tradizioni: ciò suggerisce che qualsiasi programma finalizzato a prevenire e contrastare il fenomeno del suicidio non passa attraverso una maggiore offerta di servizi di salute mentale e di più efficaci prestazioni specialistiche ma si realizza tramite una restituzione di potere alle famiglie e alla comunità.

Non possiamo quindi che essere grati al dr. Alex Cohen per aver sottolineato con forza questa verità. Mi auguro di aver riportato nel modo migliore la sua esposizione e auspico con lui che questo documento possa circolare ed agire come stimolo per far meglio.

Come molti lettori di questo testo confido nello sviluppo e nel perfezionamento di politiche adeguate nel favorire la salute mentale delle popolazioni indigene nel mondo.

Ringrazio Tiziana Borgese per i suggerimenti che mi ha offerto nel lavoro di traduzione.

Infine un riconoscimento al prof. Michele Tansella che ha reso possibile la pubblicazione di questo rapporto come numero monografico della rivista *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*: il lavoro del dr. Alex Cohen non avrebbe potuto trovare migliore collocazione nello scenario editoriale del nostro Paese.

Pompeo Martelli

Centro Studi e Ricerche ASL Roma E

Prefazione all'edizione italiana

A quanto mi risulta questo breve rapporto rappresenta il primo tentativo di offrire una panoramica internazionale sulla salute mentale delle popolazioni indigene. Dico questo non per rivendicare un merito personale – l'argomento mi è stato suggerito dal Dr. Benedetto Saraceno divenuto in seguito Medical Officer del progetto Nations for Mental Health dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – ma per sottolineare la vastità degli aspetti relativi a questo tema universale che sono stati per troppo tempo trascurati. Mentre esiste un'ampia letteratura sulla salute mentale delle popolazioni indigene a livello locale, nazionale ed internazionale c'è scarsa discussione e comparazione tra le principali aree geografiche. Ad esempio, i problemi con cui si confrontano le popolazioni indigene della Russia settentrionale sono generalmente considerati in modo del tutto separato dalle esperienze di altre popolazioni artiche: la storia della conquista e della colonizzazione sopportata dai popoli indigeni del Nord America è raramente posta a confronto con quella delle popolazioni indigene del Sud America. Questo è assai bizzarro dal momento che le popolazioni indigene in tutto il mondo hanno dovuto fronteggiare simili esperienze traumatiche (ad es. genocidio, dislocazione, repressione della cultura e del linguaggio) con gli stessi risultati (ad es. elevati tassi di suicidio, abuso di sostanze e depressione). Tali dimenticanze sono altresì deplorabili dal momento che le ricerche transculturali e transnazionali intorno a questi fenomeni hanno prodotto risultati che io ritengo condivisibili e conoscenze che possono essere utilizzate nello sviluppo di interventi culturalmente appropriati nei programmi di salute mentale.

Il rapporto assolve anche un'altra funzione. Troppo spesso le preoccupazioni per la salute mentale si smarriscono nel vortice delle difficoltà sociali, culturali, economiche e sanitarie.

Per quanto comprensibile ciò non è accettabile.

Anche se le condizioni di vita delle popolazioni indigene sono state migliorate, gli effetti della privazione dei diritti, del terrore e dell'estrema povertà potrebbero mantenersi per le generazioni future. Come ho evidenziato in questo rapporto, qualsiasi iniziativa tesa a migliorare il benessere mentale delle popolazioni indigene deve contenere come elemento centrale l'impegno a porre rimedio ad un gran numero di ingiustizie sociali. Nello stesso tempo questo approccio deve includere l'uso di interventi specifici per alleviare le sofferenze degli individui che sono stati resi inabili dai disturbi mentali. È necessario pertanto apportare correttivi negli universi sociali che hanno prodotto questa sofferenza, ed assistere nel contempo quegli individui che abbisognano di cure.

Anche se questo rapporto è il primo nel suo genere non deve essere l'ultimo.

Nel mese di maggio del 2000 si è tenuta presso la McGill University a Montreal in Canada una conferenza sulla salute mentale delle popolazioni indigene. Esperti provenienti dal Canada, Stati Uniti ed Australia si sono incontrati ed hanno lavorato per tre giorni con l'obiettivo di promuovere "ricerche significative" e "servizi di salute mentale culturalmente sensibili". I risultati della conferenza (Kirmayer, Macdonald & Brass, 2000)¹ rappresentano un importante passo avanti su questo rapporto. Documentazioni e ricerche future costituiranno indubbiamente ulteriori progressi.

Sono onorato che il mio rapporto sia tradotto in italiano, di ciò ringrazio il dr. Pompeo Martelli ed il Centro Studi e Ricerche della ASL Roma E. Mi auguro vivamente che questa pubblicazione raggiunga un gran numero di lettori, ed in questo modo richiamare una più grande attenzione verso tali problemi.

Alex Cohen

Cambridge, Massachusetts

¹ Kirmayer L.J., Macdonald E.E., Brass G.M., *The Mental Health of Indigenous Peoples, Proceeding of the Advances Study Institute, McGill Summer Program in Social & Cultural Psychiatry*. [NdC Gli atti della conferenza sono reperibili in internet: <http://ww2.mcgill.ca/psychiatry/transcultural/pdf/Report10.pdf>]

Prefazione

L'esame generale sulla salute mentale delle popolazioni indigene effettuato dal dr. Alex Cohen si inserisce a pieno titolo tra gli sforzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel promuovere la salute mentale, prevenire i principali disturbi mentali e neurologici, assicurare l'offerta di cure appropriate particolarmente ai soggetti più vulnerabili e bisognosi di servizi sanitari.

Presentando questo lavoro in un contesto più ampio può essere utile richiamare uno dei principi costitutivi dell'OMS, che "il godimento del più elevato standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, fede politica, condizione economica o sociale". L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità".

Inoltre questo resoconto giunge a noi nel punto centrale dello svolgimento del programma International Decade of the World's Indigenuos People. Tale programma è patrocinato dall'Alto Commissariato per i diritti umani delle Nazioni Unite e dal Gruppo di Lavoro sulle Popolazioni Indigene (Working Group on Indigenous Populations-WGIP) che riferiscono i risultati raggiunti all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite attraverso la ECOSOC, la Commissione sui Diritti Umani e la sub-Commissione sulla Prevenzione della Discriminazione e Protezione dei Minori. Al WGIP è assegnato il compito di analizzare gli sviluppi riguardanti le attività di promozione e protezione dei diritti umani e fondamentalmente la libertà delle popolazioni indigene, ponendo particolare attenzione all'evoluzione degli standard relativi ai diritti di queste popolazioni. Al WGIP è stata richiesta la stesura della Dichiarazione sui diritti delle Popolazioni Indigene del mondo che al momento è in discussione e la cui conclusione è attesa nel corso del programma decennale.

La Conferenza Mondiale sui Diritti Umani di Vienna riconosce l'intrinseca dignità e lo straordinario contributo delle popolazioni indigene allo sviluppo e alla pluralità della società e riafferma fortemente l'obbligo della comunità internazionale al loro benessere economico, sociale e culturale e il loro godimento dei risultati dello sviluppo sostenibile. L'istituzione di un forum permanente per le popolazioni indigene nel sistema della Nazioni Unite, così come proposto dalla Conferenza Mondiale sui Diritti Umani, dovrebbe fornire un importantissimo strumento per rivolgersi ai bisogni di queste persone con una maggiore intesa. Il Principio 14 del programma Action of the International Conference on Population and Development (Cairo, 1994) afferma che " nel considerare le necessità per lo sviluppo delle popolazioni indigene gli Stati dovrebbero riconoscere e sostenere la loro identità, cultura ed interessi permettendogli di prendere pienamente parte alla vita sociale, politica ed economica del paese, in particolare dove le condizioni di salute, l'istruzione ed il benessere sono minacciati". Il programma dell'Action, in tal senso, comprende anche le diverse prospettive delle popolazioni indigene.

Il Social Summit di Copenhagen nel 1995 si è impegnato a riconoscere e rispettare i diritti delle popolazioni indigene e a mantenere e sviluppare le proprie identità, culture ed interessi, sostenendo le loro aspirazioni per una giustizia sociale e fornendo un ambiente che possa consentirgli la partecipazione alla vita pubblica, economica e politica; promovendo ed ottenendo lo standard più elevato di salute mentale e fisica; il diritto delle popolazioni indigene al pieno accesso all'assistenza sanitaria, eradicando la povertà, realizzando i bisogni umani fondamentali, e le particolari condizioni di vulnerabilità dei singoli e dei gruppi svantaggiati; all'unicità propria delle popolazioni indigene.

Strumenti internazionali come la Convention on the Rights of the Child, la Convention on Biological Diversity, e specialmente la ILO Convention 169 on Indigenous and Tribal Peoples, aggiungono il loro peso all'indirizzo generale e alle linee di condotta proprie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: investire saggiamente in salute quale fattore chiave per lo sviluppo umano risulta essere un elemento centrale in questo resoconto.

Per certi versi, e Cohen lo conferma, spesso la società occidentale non considera la salute mentale tra i più comuni fattori di salute. Viceversa le idee degli indigeni intorno alla salute mentale si discostano non soltanto dalle classificazioni occidentali delle malattie mentali, ma come Cohen sottolinea, alcuni sintomi che giustificano una speciale attenzione nell'occidente ricevono nelle società indigene connotazioni positive.

Per quanto riguarda la gestione di alcuni “disturbi” mentali queste società si comportano in maniera tale da renderli dei protettori sociali in un processo che estende la percezione di un problema in un prospettiva globale dell'esistenza. La società moderna tende ad analizzare la vita in singoli componenti da esaminare attraverso le lenti di un microscopio per poi occuparsi di loro separatamente. Ognuna di queste parti risponde a diversi padroni che assicurano ricompense se esse riescono a renderli più importanti.

La proprietà indigena è della comunità. Le società indigene tendono altresì a considerare se stesse parte integrante dell'ordine universale, a cui esse partecipano in entrambe le dimensioni, spirituale e cosmica, che mantengono un'influenza su ciò che accade al nostro ambiente complessivo, come pure intima parte della Madre Terra, contribuendo e partecipando a ciò che essa produce. Appunto per questo, nella maggior parte della nostra storia passata, le società indigene sono state “vittime del progresso”.

Ciò ha molto a che vedere con la dimensione “dell'armonia”, sentimento che unisce un senso di appagamento, sicurezza e realizzazione con un apprezzamento del calore dell'ambiente, la positiva simbiosi degli elementi, la soddisfazione delle benessere dell'essere umano, una coscienza pacifica – in altre parole una combinazione di eventi. Questo sincronismo è l'elemento naturale delle popolazioni indigene e c'è un urgente bisogno di riportarlo alla sua precedente integrità. La saggezza della sua conservazione è stata profanata nel nome del progresso.

Cohen ha identificato questo bisogno con padronanza – è un compito molto delicato al quale dobbiamo dedicarci con umiltà .

Ted Webster

Focal Point for the International Decade of the World's Indigenous People
Department of Health Policy in Sustainable Development
Sustainable Development and Health Environments
World Health Organization

CAPITOLO 1

Introduzione

Poche ricerche hanno preso direttamente in esame lo stato della salute mentale ed i bisogni di cura delle popolazioni indigene nel mondo. Nello stesso tempo ciò non sorprende ed è singolare. Non sorprende innanzitutto poiché i bisogni e i diritti delle popolazioni indigene sono stati storicamente di scarso interesse per le grandi e assai influenti nazioni che si sono spinte da una parte all'altra del pianeta in cerca di ricchezze.

Singolare, nonostante che durante lo stesso periodo del colonialismo non c'era scarsità di conoscenze intorno alle brutalità a cui le popolazioni indigene del mondo sono state, e continuano ad essere, soggette.

Nel 1552 Bartolomé de las Casas, una frate spagnolo, pubblicò *La devastazione delle Indie*, una descrizione delle atrocità commesse dagli spagnoli nella loro conquista del Nuovo Mondo. Di Hispaniola così scrive:

Su questa terra di miti reietti giunsero alcuni spagnoli che immediatamente si comportarono come fameliche bestie selvatiche, lupi, tigri o leoni che sono rimasti senza cibo per molti giorni. E gli spagnoli hanno agito sempre nello stesso modo durante gli ultimi quarant'anni fino ad oggi, comportandosi come animali affamati, uccidendo, terrorizzando, affliggendo, torturando e distruggendo i popoli nativi, facendo tutto ciò con le più inconsuete e svariate nuove forme di crudeltà, mai viste o udite prima, e con un simile grado che l'Isola di Hispaniola, un tempo assai popolata (con una popolazione che io ho stimato intorno ai tre milioni di persone) conta ora una popolazione di appena duecento abitanti (las Casas, 1992:29).

Las Casas ha stimato che circa 15 milioni di indigeni furono trucidati nelle Americhe durante la metà del secolo successivo all'arrivo di Colombo nel Nuovo Mondo. L'autore procede ancora descrivendo nei dettagli le atrocità commesse su Hispaniola, Puerto Rico, Jamaica, Cuba, Nicaragua, Mexico, Guatemala, Trinidad, Venezuela, Florida, Perù e Colombia.

La devastazione delle Indie suscitò una grande indignazione pubblica in Spagna e in Europa ma arrecò assai poco sollievo alle condizioni estreme patite dalle popolazioni indigene del Nuovo Mondo.

Circa trecento anni dopo, quando l'Impero Britannico espandeva il suo dominio da una parte all'altra del Terra, il Governo britannico pubblicò nel 1837 l'*Official report of the Select Committee on Aborigines*, che documentava gli effetti del colonialismo sulle popolazioni indigene. Il rapporto fu un tentativo per assicurare "l'imparziale osservanza della Giustizia e la protezione dei loro diritti" (House of Common Select Committee, 1837:63). Echeggando le parole di Las Casas il rapporto sottolineava:

Non c'è molto da dire, le relazioni degli Europei in generale, senza alcuna eccezione a favore dei sudditi della Gran Bretagna, sono state una fonte di calamità per le nazioni non civilizzate. Troppo spesso i loro territori sono stati usurpati, le loro proprietà confiscate, il numero dei loro abitanti assottigliato, la loro natura offesa....I vizi degli europei e le loro malattie sono stati introdotti tra queste popolazioni ed essi sono stati costretti a familiarizzare con gli usi dei nostri potenti strumenti di sottomissione o di violenta distruzione della vita umana, cioè brandy e polvere da sparo (House of Common Select Committee, 1837:65).

Ancora una volta, tuttavia, il messaggio venne ignorato e la distruzione delle popolazioni indigene proseguì. In realtà circa otto anni dopo, nel terzo decennio del XX secolo, W.H.R. Rivers, psichiatra ed antropologo britannico, argomentò contro il concetto prevalente che lo spopolamento della Melanesia stava avvenendo a causa delle dannose abitudini dei nativi, mettendo in evidenza che ciò era una diretta conseguenza dell'introduzione delle malattie infettive come la tubercolosi, il morbillo e l'influenza, le

nocive ripercussioni dell'importazione dell'alcol, dell'oppio e delle armi da fuoco, e dell'inappropriata modificazione degli alloggi e dell'abbigliamento tradizionali (Rivers 1922) .

Anche se le uccisioni di massa delle popolazioni indigene si sono progressivamente ridotte nel corso degli ultimi cinquecento anni in realtà non sono mai cessate (Amnesty International 1992).

Le popolazioni indigene in El Salvador e Guatemala sono state il bersaglio di una politica violenta. Amnesty International ha reclamato inchieste per le uccisioni di popolazioni tribali nel Chittagong Hill Tracts del Bangladesh, per le violazioni dei diritti umani nel Myanmar, gli omicidi politici di gruppi tribali nella regione Cordillera delle Filippine, e la per tortura, stupro e morte durante la detenzione in India.

Nei fascicoli della rivista *Cultural survival quarterly* pubblicati tra l'estate e l'autunno del 1997, si scopre, nonostante la crescente influenza del movimento indigeno negli ultimi venticinque anni, che le popolazioni di tutto il mondo si confrontano con la continua perdita della loro terra e del loro stile di vita, esposti ad un usurpato sviluppo.

Per esempio, come viene sottolineato nel fascicolo Estate/1997, gli Ainu si stanno battendo per preservare la loro cultura nel mezzo della corrente principale della società giapponese, i Saami stanno chiedendo una forma di autogoverno sulla terra che tradizionalmente occupavano in Svezia, Finlanda, Norvegia e Russia, e gli Himba e gli Herero popolazioni della Namibia stanno cercando di arrestare la costruzione di una diga idroelettrica che allegherà i loro pascoli invernali e gli ancestrali luoghi di sepoltura.

Il fascicolo Autunno/1997 fa rilevare lo sforzo del gente di etnia Chorti dello Honduras nel reclamare le terre tradizionali ed annunciare che la cultura del popolazione Mentawai dell'Indonesia è minacciata dallo sviluppo di programmi che prevedono la realizzazione di una vasta piantagione di palme per la produzione dell'olio ed il trasferimento di 20.000 famiglie di non indigeni nell'area in questione.

Stabilito che le popolazioni indigene hanno sperimentato traumi e dislocazioni di ogni genere, a cui continuano ad essere soggette, possiamo ritenere che esse sono affette da elevati tassi di svariati problemi neuropsichiatrici e del comportamento (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Desjarlais et. al. 1995; Link & Phelan 1995; Fullilove, 1996). Esistono ancora pochi dati per quanto riguarda lo stato della salute mentale e i bisogni di cura delle popolazioni indigene nel mondo. Quello che noi possiamo mettere in evidenza è una grande ed inascoltata esigenza. In tutto l'emisfero occidentale le popolazioni indigene soffrono a causa di tassi elevati di alcolismo e suicidio. La stessa cosa può essere affermata per le popolazioni dell'Oceania e della Russia settentrionale così come per i gruppi aborigeni di Taiwan e Cina. Inoltre possiamo senza dubbio ipotizzare che la dislocazione, le epidemie, lo spopolamento e l'assoggettamento hanno esposto le popolazioni indigene in ogni luogo ad alti rischi di sviluppare ansia e depressione.

Questo resoconto tenterà di offrire una definizione operativa di "popolazioni indigene", una panoramica degli universi socioculturali e socioeconomici in cui le popolazioni indigene vivono ed infine raccomandazioni sui modi per sostenere gli sforzi delle popolazioni indigene del pianeta nell'indirizzarsi ai problemi della salute mentale che sono costretti a subire.

CAPITOLO 2

Verso una definizione di “indigeno”

Ad un primo esame la definizione di "indigeno" può apparire cosa facile, ma, ad un'indagine più accurata, essa non si mostra un compito semplice. Nell'emisfero occidentale può essere ovvio identificare quali gruppi classificare come indigeni; ad esempio quei popoli che vivevano nel Nord e nel Sud America prima del contatto con gli europei e l'inizio della colonizzazione verso la fine del XV secolo. Una simile definizione può essere applicata in riferimento ai popoli dell'Oceania: i gruppi aborigeni dell'Australia e della Nuova Zelanda non incontrerebbero nessuna difficoltà ad essere compresi nella definizione di popolazioni indigene. Ma cosa dire delle popolazioni della Micronesia le cui isole ancestrali non sono state tutte colonizzate ed annientate dagli europei o dall'espansionismo asiatico ma che hanno sperimentato rapidi cambiamenti socioculturali attraverso il contatto con grandi e più potenti forze provenienti dall'esterno? Cosa dire delle minoranze etniche che vivono dentro società più estese? Le minoranze nazionali della Cina e le riconosciute tribù dell'India costituiscono popolazioni indigene allo stesso modo degli indiani americani? Una simile domanda si può porre per l'Africa. I San Basarla dell'Africa meridionale ed i Pigmei dell'Africa centrale possono ovviamente essere considerate popolazioni indigene. Ma cosa dire degli altri gruppi tribali dell'Africa sub-Sahariana?

A molti il termine "popolazioni indigene" evoca la "società popolare" (*folk society*) di Redfield, che egli ha contraddistinto come "piccola, isolata, illetterata ed omogenea con un forte senso di solidarietà grupale" (Redfield, 1947:13). Tuttavia questa è una definizione troppo semplicistica e romantica che si colloca in un tempo che verosimilmente non è mai esistito e che certamente non incontra al presente un tale assortimento tra le popolazioni indigene in termini di organizzazione sociale, credenze culturali e pratiche, numero di popolazione e relativa integrazione nelle società nazionali.

Per di più, ai fini della determinazione del possesso della terra e dei diritti umani, si rende necessaria una definizione legale più precisa. Dalla fine del XIX sec. la comunità internazionale si è battuta per escogitare una definizione che proteggesse i diritti umani e legali delle popolazioni indigene e soddisfacesse le ambizioni politiche ed economiche degli Stati in cui queste vivevano (van de Fliert, 1994; UN Working Group on Indigenous Populations, 1996): un compito quasi impossibile.

La definizione più diffusamente utilizzata è quella proveniente dalla Convenzione N. 169 del 1989 del International Labour Organization che stabilisce due ampie categorie di popolazioni indigene:

- quei popoli tribali "che si distinguono per le condizioni sociali, culturali ed economiche da altri gruppi della comunità nazionale ed il cui status è regolato totalmente o parzialmente da propri costumi o tradizioni o da leggi o regole speciali", e
- "popoli che vivono in paesi liberi che sono considerati come indigeni poiché discendono da popolazioni che abitavano quel paese, o regione geografica di quel paese, al tempo della conquista, della colonizzazione o dell'istituzione dei confini attuali dello stato e che senza riguardo per il loro status legale, conservano alcune o tutte delle loro proprie istituzioni sociali, economiche, culturali e politiche" (van de Fliert, 1994:65). La Convenzione N. 169 include anche l'auto-identificazione "come un criterio fondamentale per determinare i gruppi a cui è possibile applicare le misure della Convenzione" (65).

Un approccio più pragmatico preso a prestito dalla Banca Mondiale in un'indagine sulla povertà tra i nativi dell'America Latina, fa assegnamento su tre variabili nel definire le popolazioni indigene: linguaggio, auto-riconoscimento e concentrazione geografica (Psacharopoulos & Patrinos, 1994). Queste variabili sono state usate in differenti combinazioni e gli sono state attribuite diverse priorità condizionate dai paesi oggetto della ricerca. Per esempio, in Bolivia e Perù il linguaggio è stato il

criterio più importante, in Guatemala l'auto-riconoscimento o l'auto-percezione risultarono fondamentali mentre in Messico linguaggio e concentrazione geografica sono stati considerati gli elementi principali (Psacharopoulos & Patrinos, 1994:xvii).

In queste definizioni è assente qualsiasi senso di relazione delle popolazioni indigene agli Stati in cui vivono. Anche se è vero che le popolazioni indigene hanno un esclusivo reclamo della terra, esse conservano molti elementi delle loro tradizioni culturali mentre la loro condizione sociale si distingue più di qualsiasi altra caratteristica. Per Maybury-Lewis, un avvocato che da molto tempo difende i diritti delle popolazioni indigene, un elemento chiave del termine "indigeno" è la sensazione di marginalità che esso trasmette. Da questo punto di vista le popolazioni indigene rappresentano

gruppi che sono stati conquistati da popoli differenti da loro per razza o cultura. Sono stati quindi assoggettati o incorporati in Stati a loro alieni che li trattano come intrusi e solitamente come individui inferiori...La caratteristica saliente delle popolazioni indigene, quindi, è che esse sono marginali o dominate dagli Stati che pretendono un'autorità su di loro (Maybury-Lewis, 1997:8).

Qual è allora la definizione più appropriata delle popolazioni indigene per gli scopi di questo resoconto sulla salute mentale? Certamente l'auto-riconoscimento attraverso caratteristiche culturali e storiche deve avere la precedenza. Ma al di là di questo principio fondamentale il compito diventa arduo.

Per esempio, a causa della crescente migrazione delle popolazioni indigene verso le aree urbane (Almeida-Filho, 1987; Somervell et. Al., 1995; Durie, 1995) l'uso del linguaggio e la concentrazione geografica come criterio di prova diventano problematici. Forse i nativi americani che vivono nelle aree urbane degli Stati Uniti non sono più indigeni? Inoltre, la stessa migrazione può creare la marginalità che si riscontra tra gli immigrati africani o del Medio Oriente come gli europei o gli asiatici sud-orientale che si trasferiscono negli Stati Uniti in cerca di migliori opportunità economiche. Questi gruppi diventano marginali nelle società in cui vivono ma può essere difficile definirli come indigeni.

Una definizione blindata del termine "popolazioni indigene" risulta debole quando vuole comunicare un senso adeguato della loro diversità. Può essere più indicato, quindi, seguire l'esempio della Banca Mondiale ed usare definizioni che sono abbastanza flessibili nel comprendere la diversità delle popolazioni in un'ampia estensione di regioni geografiche. Tali definizioni, con l'auto-riconoscimento quale elemento chiave, sono in sintonia con i desideri delle popolazioni indigene che resistono ad una definizione nettamente tracciata se essa esclude popoli che non soddisfano rigorosamente il criterio (UN Working Group on Indigenous Populations, 1996).⁽¹⁾

Questo ci conduce verso definizioni flessibili e comprensive che permetterebbero, per esempio, di considerare popolazioni indigene sia i maori urbanizzati che parlano inglese in Nuova Zelanda che i contadini di lingua Quechua che abitano le regioni montuose del Perù.

CAPITOLO 3

Gli universi delle popolazioni indigene

È stato stimato che esistono circa 5000-6000 gruppi distinti di popolazioni indigene che vivono in oltre 70 paesi del nostro pianeta (Burger, 1990; Cultural Survival, 1993). Il loro numero totale si avvicina a 250 milioni di persone, approssimativamente il 4-5% della popolazione mondiale (Burger, 1990; Maybury-Lewis, 1997)⁽²⁾. Questa popolazione è assai lontana dall'essere omogenea. Mentre può essere vero che le popolazioni indigene condividono uno stretto attaccamento alla loro terra, comunemente prive della prerogativa di nazione, soggette alla marginalità economica e politica ed oggetto di discriminazione culturale ed etnica, esse mostrano un'ampia diversità negli stili di vita, culture, organizzazione sociale, storie e realtà politica (van de Fliert, 1994). Una esauriente trattazione delle dimensioni storiche, socioculturali ed economiche in cui vivono le popolazioni indigene va, di conseguenza, oltre gli obiettivi di questo rapporto. Ciò nonostante, è importante per questa discussione presentare una breve panoramica delle molte e diverse generalizzazioni e degli orientamenti storici allo scopo di conferire un senso ai contesti in cui è concepita la salute mentale delle popolazioni indigene.

Il fattore più importante nella storia delle popolazioni indigene è stato l'espansione economica degli europei e lo sviluppo avviato poco meno di cinquecento anni fa e che continua al giorno d'oggi.

La fase iniziale del colonialismo europeo durante il XVI, XVII e XVIII secolo, che ha visto la scoperta e lo sfruttamento del Nuovo Mondo, l'avvio del commercio degli schiavi dall'Africa verso l'Europa e l'America, l'insediamento delle colonie e delle rotte commerciali in Asia, e la colonizzazione dell'Oceania, fu il primo passo verso l'imbrigliamento del mondo intero in un singolo sistema economico, un precursore della moderna globalizzazione (Wolf, 1982). Gli effetti furono disastrosi per le popolazioni indigene. Innanzitutto, l'introduzione del vaiolo, della difterite, dell'influenza e del morbillo ebbero come risultato quella che è stata definita "la grande agonia" nei Caraibi e nell'America centrale e meridionale. La popolazione si ridusse nell'emisfero meridionale del Nuovo Mondo con una proporzione tanto elevata da raggiungere 20-25 decessi per ogni individuo sopravvissuto (McNeill, 1976). Questo scenario di epidemie successivo all'espansione degli europei si ripeté nelle Isole del Pacifico, in Australia, in Siberia e nell'Africa meridionale (McNeill, 1976; Cultural Survival, 1993:74). In secondo luogo, l'espansione degli europei portò con sé un sistema economico che andava alla ricerca dello sfruttamento di terre e mercati e che si tradusse in una enorme pressione sulle popolazioni indigene nel proteggere le loro terre e gli stili di vita, nell'affrontare le usuali forze oppressive. In breve, le popolazioni indigene divennero "vittime del progresso" (Bodley, 1988) – giacché quando le grandi potenze, dedite allo sfruttamento delle risorse naturali, occupavano questi nuovi territori, trucidavano o dislocavano le popolazioni native. Anche se i metodi oggi in uso non sono così brutali come quelli di un tempo le popolazioni indigene continuano ad essere considerate come in via di sviluppo dal momento che non desiderano rinunciare alla loro terra per ricavarne vantaggi economici (Bodley, 1988; Cultural Survival, 1993, 1998; Psacharopoulos & Patrinos, 1994; van de Fliert, 1994; Vinding & Waehle, 1996).

Questo documento non presenta una panoramica completa su come sono mutati gli universi delle popolazioni indigene negli ultimi cinquecento anni; piuttosto esso offre alcuni esempi delle violenze a cui sono state sottoposte.

Spopolamento

Gli indiani Mehinaku vivono nel bacino dell'Upper Xingu nella foresta pluviale amazzonica del Brasile (Gregor, 1977). Nel 1877, quando per la prima volta vennero a contatto con i bianchi, vivevano in questa area circa 3.000 indigeni. Meno di un secolo dopo, quando Gregor stabilì il suo campo di

osservazione e di studio, la popolazione indigena dei Mehinaku contava meno di 700 persone, risultato dell'epidemie di morbillo ed influenza.

Gli effetti di questa riduzione demografica furono di grande portata. I due villaggi originari si erano fusi in uno solo che a sua volta dava asilo ai rifugiati di altri gruppi allo sbando o che scomparivano l'uno dopo l'altro. La cultura Mehinaku mutò il suo corso. Con lo spopolamento e la perdita concomitante della memoria collettiva scomparvero molti rituali e giochi. Il contatto con il mondo esterno e con i suoi effetti disastrosi ha reso i Mehinaku una popolazione a rischio, dubbiosi verso se stessi ed il loro futuro, assumendo come elemento distintivo il "timore per la fine della propria cultura" (Gregor, 1977:22).

Violenza

Il retaggio della violenza contro le popolazioni indigene è spaventoso. Ma non dobbiamo considerare soltanto il massacro delle popolazioni indigene avvenute dell'emisfero occidentale. Le uccisioni di massa si verificano ancora oggi, anche se da molto tempo, in genere, non sono più la regola per il contatto tra i governi e le popolazioni indigene. Ad esempio, durante la guerra in Ruanda nel 1994 più del 30% di individui di etnia Twa sono morti o sono stato uccisi in sistematiche azioni di sterminio, e un altro 30% è stato costretto a fuggire dal paese (Vinding & Waehle, 1996). Nel corso della guerra civile in Guatemala, "...non trascorreva un giorno senza una notizia sulla mutilazione a morte delle gente Maya, sul loro bombardamento, rapimento, fucilazione e più comunemente sui villaggi dati alle fiamme assieme ai propri abitanti" (Bearne, 1994:22). I massacri sono stati così tanti che dal 1983 la reale sopravvivenza di molti piccoli gruppi di etnia Maya è stata messa in forse. In circa trent'anni si è stimata la scomparsa e l'uccisione di 75.000 indiani guatemaltechi. Più di 300.000 hanno dovuto rifugiarsi in altri paesi (Pedersen, 1993), molti di loro fuggire in Messico ⁽³⁾, Belize, Honduras o negli Stati Uniti d'America (Bearne, 1994). La Corte Suprema di Giustizia del Guatemala ha calcolato che tra i 100.000 e 200.000 bambini delle regioni montuose del paese hanno perso uno od entrambi i genitori a causa della violenza e della repressione. Queste esperienze, insieme alla dislocazione dalle loro abitazioni e alle violenza a cui sono stati soggetti per mano della persecuzione politica sostenuta dal governo, ha prodotto molti bambini Maya traumatizzati ed esposti ad un futuro deprimente (Melville & Lykes, 1992; Miller & Billings, 1994).

Dislocazione

Ogni qualvolta che le popolazioni indigene sono venute a contatto con nazioni più potenti si sono viste costrette ad abbandonare con la forza i loro territori tradizionali. Ad esempio, gli indiani Navajos e Hopi, un tempo presenti in tutto il sud-ovest degli Stati Uniti d'America, sono stati trasferiti dal governo americano nelle riserve dell'Arizona settentrionale per consentire lo sfruttamento e lo sviluppo delle risorse minerarie della regione; gli Aborigeni australiani sono stati allontanati con la forza dai loro atavici territori per far posto all'economia degli allevatori (Cultural Survival, 1988). In Thailandia molte tribù montane sono state spostate in altre regioni poiché il governo ha ritenuto i loro tradizionali metodi di coltivazione, deforestamento ed incendio, responsabili della distruzione delle foreste (Cultural Survival, 1988). Progetti idroelettrici in Brasile, Cina, India, Malesia e Filippine hanno provocato il trasferimento di milioni di persone - molte erano indigene - dai loro territori nativi (Burger, 1990). Infine, la dislocazione sopraggiunge anche quando, per una reale sopravvivenza economica, le popolazioni indigene sono obbligate a migrare nelle aree urbane (Almeida-Filho, 1987). Qualunque siano le cause - guerra, sviluppo o assenza di opportunità economiche - le conseguenze psicologiche della dislocazione sono gravi e spesso producono elevati tassi di sofferenza (Desjarlais et al., 1995; Fullilove, 1996).

Povert 

Non sorprende che le popolazioni indigene sono le pi  povere tra i poveri del mondo. Un rapporto della Banca Mondiale ha rilevato che la povert  tra le popolazioni indigene dell'America Latina   grave e pervasiva: le loro condizioni di vita sono particolarmente critiche, ricevono bassi livelli di istruzione, lavorano molto guadagnando poco e la loro salute in assoluto   pi  povera che quella delle popolazioni non indigene (Psacharopoulos & Patrinos, 1994).

Questa   una storia che si ripete spesso. Le riconosciute trib  dell'India hanno un ritardo economico assai pi  inferiore della restante popolazione del Paese (Parmar, 1992). I tassi di disoccupazione tra i maori della Nuova Zelanda sono tre volte superiori a quelle dei non-maori (Durie, 1995). I Lese e gli Efe della Repubblica Democratica del Congo sono ridotti in miseria a causa dello sfruttamento da parte dell'autorit  governative (Grinker, 1994). Ed infine, una ricerca su un gruppo di pazienti – 90% dei quali erano inuit – osservati presso un servizio psichiatrico sull'Isola di Baffin ha evidenziato che meno di un terzo tra questi era stato occupato nell'anno precedente (Young et. al., 1993).

Minacce e repressioni culturali

Dovunque le culture delle popolazioni indigene sono state represses, minacciate o annientate da nazioni pi  potenti e da popolazioni pi  numerose. La seguente descrizione relativa alle popolazioni indigene dell'estremo nord della Russia viene utilizzata soltanto come paradigma dei metodi con i quali i nativi di ogni parte del mondo hanno visto i propri stili di vita minacciati o distrutti.

Il primo contatto tra gli europei e le popolazioni indigene che vivevano nell'estremo nord della Russia risale intorno 1550 quando i mercanti di pelliccia si spinsero in queste desolate regioni. Dal XVIII secolo l'area inizi  ad attrarre contadini russi, cacciatori, marinai e commercianti che si insediarono principalmente lungo le rive dei grandi fiumi e la costa. Almeno all'inizio l'incursione degli europei nei territori settentrionali della Russia non provoc  danni tra le popolazioni indigene ma diede l'avvio al mutamento dei loro tradizionali mezzi di sussistenza economica derivanti dall'allevamento delle renne, dalla pesca, dalla caccia e dalla raccolta. Dal concentramento delle trappole, ad esempio, i nativi furono in grado di scambiare le pelli con beni commerciali fino ad allora prodotti artigianalmente. Alcuni gruppi svilupparono attivit  di allevamento delle renne su larga scala potendosi cos  permettere di venderne la carne ai coloni russi (Vakhtin, 1992). In breve, queste popolazioni indigene vennero attratte da altri sistemi produttivi, ben lontani dai tradizionali mezzi di sostentamento su cui basavano da epoche immemorabili la loro sopravvivenza, verso un mercato economico sul quale avevano scarso o nessun controllo.

All'epoca della rivoluzione bolscevica molte delle popolazioni indigene dell'estremo nord della Russia continuarono a dipendere economicamente dalla caccia, dalla raccolta, dalla pesca e dall'allevamento delle renne (Schindler, 1992) anche se la loro terra e i diritti politici venivano sempre pi  ridotti e il loro stile di vita minacciato per tutto il XIX secolo (Vakhtin, 1992).

Con il trionfo della Rivoluzione il nuovo regime sovietico si sforz  di trasformare ed integrare le culture indigene "primitive" nella "moderna" cultura dei Soviet" (Schindler, 1992:57). Questi tentativi inclusero in maniera assai significativa opere di modernizzazione con il conseguente effetto di scomposizione dei rapporti di parentela. Per le minoranza indigene della Penisola di Chukchi ci  si tramut  in uno sconvolgimento sociale della durata di oltre cinquant'anni, contrassegnato dal raggruppamento e dal trasferimento degli antichi villaggi, dalla nuova attivit  sedentaria e circoscritta degli allevatori di renne chukchi, dall'arrivo di un gran numero di immigrati da altre aree del Paese con il compito di amministrare, sfruttare o "proteggere" militarmente la regione e dal miscuglio di diverse comunit  culturali (Robert-Lamblin, 1993). Il governo di Stalin persegu  in questi territori un pogrom etnocida deportando intere popolazioni dalla loro terra natia. Molte popolazioni indigene persero i loro

diritti ad utilizzare le lingue d'origine, religioni e condotte economico-politiche; alcuni persero anche il riconoscimento da parte dell'Unione Sovietica di appartenenza a gruppi etnici distinti. La ricollocazione di massa (che proseguì fino agli anni '60), condusse queste popolazioni attraverso una forzata assimilazione verso un evidente malessere sociale contrassegnato da alti tassi di suicidio, alcolismo, violenza familiare e diffusa disoccupazione (Vakhtin, 1992).

Il futuro per le popolazioni indigene di queste remoti territori della Russia settentrionale è al momento incerto. Saranno esse in grado riacquistare quell'autonomia con il relativo benessere che avevano prima della perdita delle loro terre e dei loro stili di vita? Questa è una domanda che attende risposta (Badger & Balikci, 1992; Bychkov et. al., 1992; Sorin, 1992; Foundahl & Poelzer, 1997); la speranza è al momento ancora negata e le minoranze etniche della Russia settentrionale, come molte altre popolazioni indigene, hanno iniziato ad organizzarsi politicamente e a riaffermare i loro diritti, prendendo posto con i propri partecipanti nel movimento internazionale delle popolazioni indigene.

CAPITOLO 4

Il contesto della salute mentale

Ambienti socioculturali e salute mentale

Le interrelazioni tra ambienti socioculturali e salute mentale non devono mai essere dimenticate quando si esamina la salute mentale delle popolazioni indigene.

Ciononostante, una completa disamina di questo argomento esula dagli scopi del corrente resoconto. I lettori possono ritrovare una rilevante panoramica di questa letteratura nel classico lavoro di Leighton, *My name is legion*, in cui l'autore considera le modalità attraverso le quali gli ambienti socioculturali possono facilitare o arrestare i bisogni umani verso "la conquista degli elementi primari" come la sicurezza fisica, l'identificazione o un senso di appartenenza all'ordine morale (Leighton, 1959). Un'altra pietra miliare è l'articolo dei Dohrenwend che esplora le influenze sociali e culturali sulla psicopatologia (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974), mentre il volume *Rethinking psychiatry* di Kleinman (Kleinman, 1988) offre un'eccellente rassegna di questo argomento. Infine, le riflessioni di Fullilove sull'importanza del "luogo" per il benessere psicologico è di speciale interesse per quanto concerne il fenomeno dello spopolamento conosciuto dalle popolazioni indigene (Fullilove, 1996).

In breve, la salute mentale deve essere considerata tanto profondamente avviluppata con gli interessi economici e politici quanto con la povertà, la fame e la malnutrizione, il cambiamento sociale, la violenza e la dislocazione (Desjarlais et al., 1995).

Inoltre i problemi della salute mentale, comportamentale e sociale non possono essere valutati come separati l'uno dall'altro poiché essi "rappresentano gruppi sovrapposti di problemi che...interagiscono nell'intensificare reciprocamente gli effetti sul comportamento ed il benessere" (Desjarlais et al., 1995:6). Da questo punto di vista le patologie sociali (ad esempio l'abuso di sostanze e la violenza), i problemi di salute (come le patologie cardiologiche e la depressione) e le condizioni sociali (vedi la povertà) sono collegate in maniera tale da rendere impossibile una chiara differenziazione di uno di questi problemi dall'altro.

Prima di abbandonare la discussione sul contesto della salute mentale è importante sottolineare che una caratteristica essenziale del contesto socioculturale di un popolo è il suo *significato*. Concludendo il contributo straordinario offerto alla comprensione del fenomeno dello spopolamento della Melanesia, a cui in precedenza si è fatto riferimento, Rivers scrive:

Il punto che io desidero sottolineare è che attraverso questa azione ottusa ed indiscriminata contro le istituzioni native, le popolazioni indigene sono state private di quasi tutto ciò che dava senso alle loro vite. Io... suggerisco che questa perdita di interesse costituisce una delle ragioni, se non proprio la più potente di tutte le ragioni, che spiega la causa della rovina dei nativi. Le nuove malattie e le infezioni, il cambiamento nelle abitudini al vestire, all'abitare e all'alimentarsi sono soltanto cause dirette della mortalità. Mentre è la perdita dell'interesse nei riguardi della vita a mettere in risalto quelle ragioni più evidenti che hanno provocato la loro sventura e permesso di operare come agenti distruttivi della propria esistenza e salute (Rivers, 1922:89).

Il concetto di Goldschmidt di "successo umano" è qui particolarmente rilevante (Goldschmidt, 1990). Ogni cultura fornisce percorsi in cui gli individui possono soddisfare in maniera positiva i loro bisogni di affetto, prestigio e senso. In piccolo le primitive società di raccoglitori e cacciatori procurano alcune di queste possibilità: superiorità nella caccia, nel narrare storie o nel curare. Società più complesse offrono maggiori elementi di "successo". Qualunque sia la forma, la complessità o l'ambiente un compito centrale di ogni cultura è quello di fornire ai suoi membri un senso ed un significato per il loro essere nel mondo. Cosa succede allora quando le prospettive di vita di un popolo vengono distrutte

dalle malattie, dal genocidio, dalla perdita del territorio, dalla repressione della lingua e della cultura, quando le strade per conseguire un senso non sono più disponibili? Leighton ha individuato nella psicopatologia la risposta a questa domanda, Rivers nell'alta mortalità, anche se ciò che emerge in una rassegna della letteratura sui problemi della salute mentale delle popolazioni indigene è la contemporanea presenza delle loro evidenze.

Problemi di diagnosi e trattamento

I dati epidemiologici relativi ai disturbi psichiatrici e ai problemi comportamentali tra le popolazioni indigene sono scarsi. Anche quando queste informazioni esistono è legittimo sollevare problemi metodologici e domande sulla loro accuratezza (Dohrenwend & Dohrenwend., 1974; Ebigbo,1982; Manson et al.,1987; Kleinman, 1988; Guarnaccia et al., 1990; Good,1993; Somervell et al., 1993; Durie, 1995). Inoltre, tutta la psichiatria transculturale si confronta con problemi di validità diagnostica (Kleinman, 1980; Kleinman, 1988; Guarnaccia et al., 1990; Good,1993; Kirmayer et al., 1995; Manson, 1995; Mezzich, 1995; Lee, 1996; Good, 1997). Come sottolineato in una recente rassegna sulla salute mentale tra gli indiani Americani e i nativi dell'Alaska:

L'assenza di metodi di valutazione convalidati nel campo della ricerca con gli indiani ha ostacolato ogni reale confronto con la loro psicopatologia. Non dovrebbe essere ammesso che gli strumenti di conoscenza attendibili e validi nella maggior parte delle culture occidentali possano trovare simile applicazione negli studi di popolazioni culturalmente differenti (Somervell et al., 1995:325).

Un eccellente esempio di questa difficoltà è dato dall'esamina di un disturbo neuropsichiatrico, la depressione, che può indurre a formulare una diagnosi sbagliata tra le popolazioni indigene. (4)

Due decenni fa Kleinman ha scritto:

La sindrome depressiva rappresenta una piccola frazione di un intero campo di fenomeni depressivi. Essa è una categoria culturale costruita dagli psichiatri occidentali per piegare alle proprie esigenze un gruppo omogeneo di pazienti (Kleinman, 1977:3).

Una recente rassegna della letteratura sui rapporti tra cultura e depressione concludeva che una migliore comprensione della fenomenologia della depressione non deve soltanto includere sintomi ma prendere in considerazione “i contesti sociali e le forze culturali che modellano qualunque persona in qualsiasi parte del mondo, che attribuiscono significato ai rapporti interpersonali e agli eventi della vita” (Manson, 1995:497). Per di più è largamente ritenuto che la manifestazione della depressione nelle popolazioni non occidentali tende ad assumere la forma di sintomi somatici piuttosto che le sembianze psicologiche: ciò implica che le categorie diagnostiche sono, in un ambito più esteso, culturalmente costruite ed il delinearci dei loro sintomi non è un manifestazione universale (Kleinman, 1988).

Sebbene la depressione è il problema più frequentemente diagnosticato tra gli indiani americani (5) che si presenta ad un servizio per il trattamento della salute mentale esso è anche il più facilmente mal diagnosticato e la sue relazioni con altre condizioni di disagio, ad esempio alcolismo, comportamento antisociale, malattie fisiche e dolore mentale non sono correttamente comprese (Manson et al., 1985:332).

Una migliore comprensione dei segni della depressione tra gli indiani americani deve essere preceduta da stime accurate circa la sua prevalenza e sottoposta all' esame di ipotesi riguardanti la sua eziologia (Shore & Manson, 1981) e lo sviluppo di efficaci linee guida per il suo trattamento in queste popolazioni. Tra gli indiani Hopi nel sud-ovest degli Stati Uniti d'America, ad esempio, Manson e

colleghi hanno riscontrato che solo in pochi soggetti del campione individuato (il 7%) ogni parola o frase Hopi era equivalente al termine "depressione" (Manson et al., 1985:349). Oltre a ciò, il 22% del campione clinico con depressione maggiore riportava umore disforico per una ma non due settimane, indicando che la durata di questo sintomo poteva variare significativamente da un contesto culturale ad un altro. Almeno la metà del campione clinico (comparata ad un quarto di un campione della popolazione generale) stava soffrendo a causa di entrambe le forme di depressione cronica e maggiore, un motivo che può spiegare perché il decorso clinico della depressione tra gli indiani americani è così pernicioso e debilitante.

Infine "la coesistenza dell'alcolismo e della depressione tra gli indiani americani di sesso maschile...merita di essere esaminata più da vicino", in vista del fatto che questa ricerca ha trovato che "la depressione maggiore era secondaria ad una condizione alcolica in ogni soggetto maschio" (Manson et al., 1985:359).

O'Neil (1989; 1993) ha indagato anche i problemi inerenti all'esame dei disordini psichiatrici così come i rapporti tra depressione e i problemi dell'alcolismo tra gli indiani americani e i nativi dell'Alaska. In breve, l'autrice fa riferimento all'importanza delle conoscenze indigene delle malattie psichiatriche nel tentativo di giungere ad una migliore spiegazione delle malattie mentali tra queste popolazioni:

è diventato sempre più evidente che questo ambito nel suo complesso ha operato sotto un punto di vista costrittivo assegnando indiscutibilmente una superiorità alle categorie psichiatriche occidentali...Noi non possiamo conoscere, ad esempio, il significato psichiatrico di "emozione piatta", "allucinazioni che coinvolgono gli spiriti" e "lutto prolungato", condizioni queste che sono state tutte riportate come più frequenti tra gli indiani americani. Sebbene lontane dalla nostra cultura queste manifestazioni sono state trattate come sintomi di un grave disturbo mentale. Nondimeno il nostro attuale sistema di conoscenze non può escludere la possibilità che l'opposto di queste manifestazioni, ad esempio, "instabilità emotiva", "incapacità a contattare lo spirito del mondo" o un "lutto ridotto", può di fatto indicare un grado più elevato di patologia per i membri di queste popolazioni che "i segni" primitivi (O'Neil, 1989:78).

Mantenendo questa prospettiva O'Neil deduce, da un'indagine sull'alcolismo e la depressione nella Flathead Reservation degli Stati Uniti d'America, che mentre questi comportamenti possono essere indicatori di psicopatologia, la depressione e l'alcolismo possono anche avere connotazioni positive:

La depressione...può essere una espressione positiva di appartenenza. Essere triste è un modo per esprimere consapevolezza della interdipendenza umana e della gravità della perdita storica, tribale, familiare e personale. Essere depresso comporta una esistenza colma di lacrime, con disturbi del sonno e dell'appetito; vuol dire mostrare saggezza e legame al mondo degli indiani. Un comportamento spensierato è spesso associato a qualcuno che denota immaturità (O'Neil, 1993:461).

Il bere non è sempre patologico. Esso può essere, a volte, "una positiva espressione di socialità, una riaffermazione dei legami di sangue ed amicizia attraverso la condivisione delle risorse e del tempo" (O'Neil, 1993:462). Ciò nonostante queste conclusioni non devono essere interpretate in maniera tale da considerare l'abuso dell'alcol e la depressione come falsi problemi per molti indiani americani. Bisogna stare attenti ad evitare, attraverso una posizione di estremo relativismo culturale, di considerare queste evidenti pratiche dannose come condizioni di espressione vitale di una data cultura. Piuttosto, in merito a questi problemi, è fondamentale per gli interventi terapeutici basarsi sulla ricca conoscenza dei significati della depressione e dell'alcolismo degli indiani americani e dei contesti in cui questi comportamenti trovano espressione.

Sindromi “culturalmente caratterizzate”

Le cosiddette sindromi "culturalmente caratterizzate"², ad esempio il latak e l'amok presenti in Malesia, il susto in Messico, l'ataque de nervios a Puerto Rico o le manifestazioni psicotiche del windingo diffuse tra le popolazioni indiane del Canada settentrionale, Cree, Eskimo e Ojibwa, sono spesso considerate come niente di più che esotiche condizioni comportamentali che mascherano sottostanti e comuni disturbi mentali (Kleinman, 1988; vedi anche WHO,1997). Queste manifestazioni di disagio psichico sono marginali alla psichiatria e ciò è confermato dal fatto che trovano scarso rilievo nel ICD-10 (WHO,1993) ed una trascurabile presenza in appendice al DSM-IV (Kleinman & Cohen,1997). Tuttavia, potrebbe essere più utile considerare queste sindromi come “espressioni di sofferenza”: percorsi attraverso cui le culture designano le modalità con le quali gli individui possono comunicare il distress psichiatrico (Kleinman,1988).

Langness (1976) si è spinto fino al punto di affermare che il dibattito sulle sindromi culturalmente caratterizzate è sterile. Se l'enfasi del discorso si è spostata, egli afferma, “ verso le risposte sociali ai conflitti inconsci e ai contesti culturali in cui si manifestano, tutti i comportamenti di questo tipo...possono essere considerati come culturalmente caratterizzati” (1976:63); proprio questo è l'argomento che Kleinman utilizza per analizzare l'agorafobia e l'anoressia nervosa in Occidente e tra le élite occidentalizzate delle società in via di sviluppo (Kleinman, 1988; Kleinman & Cohen, 1997).

Un forte argomento a sostegno delle sindromi culturalmente caratterizzate, considerate quali espressioni di sofferenza, può essere rintracciato nella storia del latak, una sindrome con reazioni di panico spesso contrassegnata da coprolalia o mimica compulsiva, che molto spesso è favorita da “un rumore inatteso, un tocco o un gesto sperimentato in presenza di persone che la vittima considera come superiori o che desidera compiacere” (Murphy, 1976:4). Il latak è stato largamente riscontrato in diverse popolazioni, nonostante la sua non comune frequenza, ma è tra i nativi della Malesia dove è stato documentato per la prima volta dagli europei nella metà del XIX secolo.

Questa espressione di angoscia raggiunse una condizione usuale soltanto nel 1890 quando resoconti provenienti dalla Malesia e da Giava descrissero il suo verificarsi in proporzioni quasi epidemiche tra tutti le fasce della popolazione indigena – giovani ed anziani, uomini e donne, benestanti o meno – e che si concentravano vicino agli insediamenti dei coloni europei. Dal 1920 il latak ritornò ad essere assai meno comune. Ancor più evidente fu il fatto che questa sindrome divenne sempre più rara tra i giovani, la sua distribuzione si spostò lontano dai centri abitati dagli europei e potenzialmente scomparve tra i maschi, mentre iniziò a focalizzarsi tra le donne che lavorano come domestiche per i bianchi. Per oltre trent'anni l'epidemiologia del latak continuò a mutare. La sua distribuzione si mosse ancor di più dai centri di influenza degli europei verso i villaggi più piccoli colpendo quella popolazione che in precedenza non aveva mai sperimentato una simile condizione psichica. Il latak è rimasta una sindrome sostanzialmente femminile anche se a Giava ne sono affette donne più anziane mentre nel Borneo colpisce in ugual misura donne giovani e vecchie.

Le cause del latak non sono molto note. Eppure la sua epidemiologia indica che le pressioni sociali – il contatto con gli europei, il cambiamento dei ruoli sociali delle donne e dei fattori economici – hanno giocato un ruolo fondamentale nella modificazione della sua frequenza e distribuzione. Indubbiamente è importante che le sindromi culturalmente caratterizzate non vengano semplicemente relegate a note a piè pagina e ad appendici ma conquistino una loro dignità come particolari espressioni della reazione umana all'angoscia. La ragione che legittima in questo rapporto un accenno alle sindromi culturalmente caratterizzate, insieme ai problemi relativi alla diagnosi della depressione tra gli indiani americani, è che quando si valuta la salute mentale delle popolazioni indigene è necessario ricordare che la

² NdC Per una rassegna di questa fenomeni psicopatologici segnalo *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente orientate*, S. Inglese-C.Peccarisi, Utet, Milano 1997

naturalezza delle loro culture e le modalità con le quali esse esprimono l'angoscia e concepiscono il benessere, sfidano molte universali nozioni della psichiatria.

CAPITOLO 5

La salute mentale delle popolazioni indigene

Una rassegna della letteratura riguardante la salute mentale delle popolazioni indigene rivela che esistono pochi dati a riguardo. Per esempio, questa rassegna non ha evidenziato di fatto nessuna informazione sulle tribù dell'India ufficialmente registrate dal governo di quel paese, sulle minoranze nazionali della Cina, oppure sui popoli indigeni dell'Africa ⁽⁶⁾. Il lavoro delle organizzazioni come Cultural Survival, International Work Group for Indigenous Affairs, UN Working Group on Indigenous Populations, World Council of Indigenous Peoples e molti altri organismi locali documenta le privazioni e le ingiustizie sopportate dai popoli indigeni. Malgrado ciò poco di questo lavoro fa direttamente riferimento alla salute mentale. In molti casi è possibile soltanto fare delle congetture circa l'estensione e la natura dei disordini mentali nell'ambito di gruppi specifici di popoli indigeni. Pertanto le informazioni che seguono sono nella migliore delle ipotesi impressionistiche e preliminari, specialmente alla luce dei problemi metodologici già discussi.

America Centrale e Meridionale

Ci sono circa 13 milioni di indigeni in Messico e in America Centrale, 17 milioni e mezzo sugli altipiani del Sud America e 1 milione nelle pianure. Secondo la Banca Mondiale essi vivono in condizioni di severa e pervasiva povertà (Psacharopoulos & Patrinos, 1994). Inoltre essi sono stati assoggettati a violenza politica, guerra, degrado ambientale e violazione dei diritti umani (Amnesty International, 1992; Pedersen, 1993; Pedersen et al., 1996). La loro salute fisica è carente. Per esempio, la speranza di vita tra i Maya del Guatemala - rispettivamente 47 e 48 anni per uomini e donne - è di 17 anni più breve di quella della popolazione latina del paese. Le condizioni di salute dei Maya, particolarmente nelle aree rurali sono assai precarie; una ricerca nel 1991 ha rilevato che i tassi di mortalità infantile nelle campagne erano superiori al 100/1000 e il 76% di questi bambini soffriva di malnutrizione, il 41% di essi in forma severa (Bearne, 1994).

È chiaro che i popoli indigeni dell'America Centrale e Meridionale hanno sperimentato consistenti traumi negli ultimi 500 anni e le conseguenze di questo percorso storico sulla loro salute mentale ci si aspetta che siano di vasta portata (Pedersen, 1993; Desjarlais et al., 1995). Dimostrazioni di ciò possono essere individuate nello studio sui bambini Maya in età compresa tra gli 8 e i 16 anni che sono stati testimoni ed hanno vissuto atti di terrorismo in Guatemala. Mentre gli effetti a lungo termine non possono ancora essere anticipati, i ricercatori hanno rilevato che i bambini che vivono negli orfanotrofi in Guatemala percepivano alti livelli di panico, non sapevano dove sarebbero andati una volta usciti da questi istituti all'età di 18 anni e non facevano nulla per trovare una collocazione nella comunità rurale Maya. Bambini ospiti di un campo profughi in Messico erano nel bel mezzo del processo di perdita della loro identità etnica Maya. Senza territorio e senza una continuità nel processo di acquisizione delle conoscenze della loro cultura tradizionale questi bambini si trovavano a fronteggiare un futuro deprimente in grado di offrire loro una limitata speranza che conduceva poco al di là di una misera sopravvivenza (Melville & Lykes, 1992; Miller & Billings, 1994).

Un ambito dell'epidemiologia psichiatrica dei popoli indigeni dell'America Centrale e Meridionale che è stato attentamente esaminato riguarda gli effetti della migrazione sulla salute mentale. Perdita del territorio, povertà e cambiamenti di sistemi economici tradizionali hanno provocato migrazione su larga scala verso aree urbane con il risultato che i livelli di stress psicosociale sono più elevati e lo stato generale di salute più inadeguato tra gli emigranti piuttosto che tra la popolazione generale (Pedersen, 1993). Come abbiamo visto tra i popoli dell'estremo nord della Russia, "...il cosiddetto processo di sviluppo pone un numero sempre più crescente di popolazioni tradizionali [del Sud

America] nell'economia di mercato, e spinge la migrazione su vasta scala nelle aree urbane verso migliori opportunità" (Almeida-Filho,1987:9). Fermo restando, comunque, che le realtà della maggior parte delle società sudamericane sono spesso altamente stratificate ed egoiste (Gaviria et al.,1986), la migrazione più che offrire maggiori opportunità è caratterizzata usualmente dall'allontanamento dei popoli indigeni da *qualsiasi* forza lavoro, alti tassi di disoccupazione e l'esposizione degli individui al rischio di "...estrema insicurezza e stress sociale, con ripercussioni temporanee o permanenti a livello psicosociale" (Almeida-Filho,1987:9) (7).

Nord America

Abbiamo più informazioni sulla salute mentale dei popoli indigeni del Nord America - indiani d'America, nativi dell'Alaska e inuit del Canada settentrionale - che di tutte le altre popolazioni indigene del resto del mondo. In breve, i tassi di abuso alcolico o dipendenza, abuso di sostanze, disordini depressivi e suicidio sono più elevati tra gli indiani d'America ed i nativi dell'Alaska che tra la popolazione generale del Nord America (Sommerwell et. al.,1995). Ciò nonostante, in vista della mancanza di attenzione verso le variazioni intertribali, non si dovrebbe assumere che i tassi sono alti per tutte le popolazioni indigene del Nord America (O'Neil, 1993). A causa delle ampie differenze nella loro storia, status socio-economico ed organizzazione sociale possiamo aspettarci alcune disuguaglianze relativamente allo stato della salute mentale ed ai bisogni di diversi gruppi nativi. Per cui, invece di offrire una rassegna generale dell'epidemiologia psichiatrica tra i popoli indigeni del Nord America (8), i seguenti paragrafi riassumeranno l'esperienza di un programma che si occupa dei bisogni di salute mentale della popolazione inuit dell'Isola di Baffin, nella regione artica del Canada orientale, come esempio del peso che i problemi di salute mentale possono porre ad una comunità indigena. (9)

Il Baffin Consultation Service del Clarke Institute di Toronto ha fornito servizi di consulenza psichiatrica alla regione di Baffin Island dal 1971 (Hood et. al.,1993). Circa 10.000 indigeni vivono in questo territorio, più di 8.000 dei quali di origine inuit. Il Servizio è composto da una équipe di igiene mentale (solitamente uno psichiatra ed un residente) ed effettua in media otto visite all'anno nella regione. Durante queste visite della durata di cinque-dieci giorni, gli operatori passano la maggior parte del tempo nella valutazione dei pazienti ambulatoriali, mentre al tempo stesso convogliano i loro sforzi verso la discussione con insegnanti ed assistenti sociali, partecipando agli incontri della comunità e tra le diverse agenzie, alle attività educative.

Durante il periodo 1986-1989, 581 nuovi pazienti (dei quali il 89.5% di etnia inuit) sono stati osservati dal personale del Baffin Consultation Service (Young et. al.,1993). Le donne superavano di numero gli uomini con una proporzione di circa 3:2. La depressione (27.9%), l'ideazione suicidaria o il tentato suicidio (24.4%) erano le cause primarie in più della metà del campione. Molti pazienti venivano inviati al Servizio a seguito di conseguenze psicosociali stressanti, per esempio problemi economici, conflitti con la legge, dolore mentale e separazioni. Difficoltà significative erano altresì l'abuso di alcol e di sostanze. Anche se soltanto il 10% dei pazienti ricevette una diagnosi primaria di abuso di sostanze, alcol e droghe, queste condizioni erano presenti in almeno un quarto dei casi.(10)

Le ragioni dell'invio si differenziavano tra donne ed uomini (Abbey et. al., 1993).(11) Più del doppio del numero delle donne (37.8%) a confronto degli uomini (16.4%) venivano inviate al Servizio a causa di depressione. Per contro, un numero significativamente inferiore di donne (20.6%) a confronto degli uomini (32.8%) venivano inviate per ideazione suicidaria o tentativi di suicidio (12), ed un numero significativamente inferiore di donne (4.4%) a confronto degli uomini (29.9%) avevano conflitti con la autorità giudiziaria. (13)

Sono anche emerse differenze tra i sessi nella prevalenza di problemi con l'alcol: il 24.1% di donne riferiva problemi di alcolismo, molto più basso che il tasso raggiunto dagli uomini (39.4%), ed il concomitante problema della violenza coniugale e l'abuso sessuale erano ancora questioni significative per le donne. Riconoscendo l'origine sociale dei problemi di salute mentale tra le donne inuit, Abbey e colleghi hanno riportato:

Mentre vi saranno sempre donne con disordini psichiatrici che richiederanno cure, vi è anche un più urgente bisogno di programmi che si rivolgono alle conseguenze della violenza familiare, dell'abuso sessuale e dell'alcolismo. Gli sforzi per attribuire più poter alle donne affinché possano superare queste difficoltà devono avere come base la comunità, essere orientati culturalmente ed avere consapevolezza della complessità del cambiamento della posizione socio-familiare delle donne inuit (Abbey et. al., 1993:34).

Australia

Un rapporto del 1995 (Swan e Raphael, 1995) concludeva che la salute mentale era un problema importante nella maggioranza delle comunità aborigene: i tassi di depressione, suicidio ed autolesionismo, trauma e dolore mentale, abuso di sostanze, violenza domestica e abuso di minori, erano giudicati generalmente elevati, nonostante la scarsità dei dati a disposizione.⁽¹⁴⁾ Il rapporto inoltre riteneva che agli effetti di tali problemi si aggiungeva una insufficienza di servizi.

Il censimento australiano del 1991 stimava che la popolazione aborigena e quella nativa delle Isole dello Stretto di Torres (d'ora in avanti individuati solo come Aborigeni) arrivava ad un totale di 265.458 persone, circa il 1,6 % della popolazione dell'Australia. In tutti gli indicatori socioeconomici, la popolazione aborigena era chiaramente svantaggiata (vedi anche McKendrick et al.,1992). Il loro tasso di disoccupazione (superiore al 30 %) era di 2,6 volte più alto che quello della popolazione generale; il loro reddito medio per famiglia era più basso; essi erano meno istruiti; quasi un terzo viveva in condizioni di sovraffollamento; e gli aborigeni erano tremendamente sovra-rappresentati nel sistema penale (come rilevato da statistiche relative agli arresti e alla detenzione). Le misurazioni sullo stato di salute non erano da meno. I tassi di mortalità infantile tra gli aborigeni erano tre volte superiori a quelli della popolazione generale, la speranza di vita molto inferiore (rispettivamente 17 e 15 anni di meno per uomini e donne), e i tassi di mortalità specifica per età negli aborigeni era tra due e sette volte superiori. In aggiunta, gli aborigeni soffrivano di percentuali significativamente più alte di malattie come: diabete, disordini respiratori⁽¹⁵⁾, epatite B e malattie sessualmente trasmesse.⁽¹⁶⁾

Tali condizioni, in aggiunta ad una storia di colonizzazione e perdita di territorio, alti livelli di violenza tra le mura domestiche, abuso sessuale, abuso di minori e separazioni familiari forzate, hanno fatto della sofferenza emotiva e del trauma esperienze centrali della vita aborigena (McKendrick et al., 1992; Hunter, 1997)⁽¹⁷⁾. Alti livelli nell'uso di sostanze, specialmente alcolismo (Cawte,1991; Mc Lean, 1995), consolidano il milieu della sofferenza emotiva e del trauma.

Esiste inoltre una forte correlazione tra uso di alcol ed elevati tassi di suicidio tra gli aborigeni (Clayer e Czechowicz, 1991)⁽¹⁸⁾, sebbene l'associazione non sia così ovvia come potrebbe apparire a prima vista. In un'indagine sui suicidi degli aborigeni e sui comportamenti autolesivi, Hunter³(1991a; 1992b) osserva che quando il permesso sul consumo degli alcolici fu esteso agli aborigeni nella regione del Kimberly, nel 1971, il risultato fu un aumento improvviso delle morti dei nativi dovute ad incidenti (incidenti d'auto in particolar modo) ed omicidio. La conseguente distruzione sociale ha avuto i suoi effetti più potenti sui giovani adulti che stavano già vivendo esistenze disorganizzate in accampamenti urbani e sotto lo stress di alti tassi di disoccupazione. Circa quindici anni dopo tali eventi furono seguiti

³ NdC Segnalo l'edizione italiana del libro di Ernest Hunter, *Salute e storia degli aborigeni. Potere e pregiudizio nella remota Australia*, 1999, Edizioni Kappa, Roma.

da un drammatico aumento di suicidi e comportamenti autodistruttivi tra i giovani (per lo più maschi) adulti aborigeni delle città.

Hunter scrive che questi giovani furono “la prima generazione a raggiungere l’età adulta nel periodo conseguente le trasformazioni degli anni '60 e '70, e per questo motivo la prima generazione di aborigeni ad essere cresciuta in un ambiente caratterizzato da un diffuso alcolismo e dalle sue conseguenze sociali” (Hunter, 1991 : 663).

Ciò sembrerebbe indicare che l’uso dell'alcol di *per se* non era l'immediato fattore che contribuiva all'aumento del suicidio e del comportamento auto-lesivo tra i giovani aborigeni, bensì, causa fondamentale era il caotico ambiente della loro infanzia che l'alcol aiutava a strutturare. Infatti, durante un'indagine sui suicidi degli aborigeni in carcere, Hunter ha rilevato che l’uso dell'alcol non era un fattore significativo, ma che una storia di abuso di alcol nella famiglia era un predittore del suicidio tra i giovani uomini aborigeni arrestati e rinchiusi in cella di sicurezza. (Hunter, 1991).

Queste conclusioni hanno implicazioni di vasta portata per i servizi di salute mentale, non soltanto per gli aborigeni australiani ma per tutti i popoli indigeni le cui realtà sociali sono state sconvolte dall’uso dell'alcol. Tale ricerca indica che è essenziale guardare oltre i fattori più immediati e gli studi dei campioni rappresentativi rispetto ai problemi sociali e storici per poter determinare le cause fondamentali dei disordini mentali e per sviluppare efficienti strategie di prevenzione ed intervento (Hunter, 1991; Link-Phelan,1995). L’implicazione per il trattamento può essere espressa sottoforma di sfida: come si possono erogare trattamenti culturalmente appropriati per alleviare le sofferenze degli individui, ed allo stesso tempo incoraggiare gli sforzi per rivolgersi verso i problemi posti dagli universi sociali in cui vivono?

Isole Del Pacifico

Nuova Zelanda

Nel 1986 è stato stimato che vivevano in Nuova Zelanda 400.000 maori su una popolazione totale di 3,1 milioni. Dal 1945 la maggior parte dei maori sono migrati nelle aree urbane. Come i loro corrispondenti aborigeni in Australia, i maori sono miseramente rappresentati in tutti gli indicatori del benessere sociale (Durie, 1995; Sachdev, 1989). Essi sono più poveri, meno istruiti, ed hanno tassi di disoccupazione che sono il triplo di quelli dei non-maori; vengono incarcerati con un indice di almeno 14 volte superiore a quello dei non-maori; le donne maori tra i 25 ed i 64 anni di età hanno tassi di mortalità due volte superiori di quelli delle donne non-maori; solo il 34% dei decessi maori avvengono in età superiore a 65 anni in confronto al 71% di quelli dei non-maori; l'attesa di vita alla nascita è di 7 anni più breve per i maschi maori e 8,5 anni più breve per le femmine maori al confronto dei non-maori. Allo stesso tempo, i maori (ed altri neo-zelandesi poveri) sperimentano molte inequità relative all’accessibilità e all’utilizzo di servizi sanitari per le cure primarie (Malcom, 1996). Sembrerebbe pertanto ragionevole aspettarsi tassi relativamente alti di problemi di salute mentale tra i maori. Tuttavia, " è difficile determinare accuratamente la prevalenza della malattia mentale tra la popolazione maori in quanto non c’è stato alcun serio tentativo di documentare l’estensione dei disordini psichiatrici nell’ambito di alcuna comunità maori impiegando né il criterio diagnostico occidentale, né quello maori" (Durie, 1995: 336). Di conseguenza le osservazioni riguardanti la loro salute mentale devono essere considerate niente di più che congetture. ⁽¹⁹⁾

Dal 1962 i rapporti di Durie rilevano che i tassi di ammissione dei maori ai servizi psichiatrici sono sostanzialmente aumentati, specialmente dei giovani di età compresa tra i 20 e i 29 anni; le ammissioni dei maori ai servizi psichiatrici risultano essere per il 67% prescritti dalla legge [trattamenti sanitari

obbligator]i].⁽²⁰⁾ La causa principale dei ricoveri dal 1983 al 1987 era la dipendenza o l'abuso di alcol. Mentre non sono a disposizione i tassi di prevalenza, Durie segnala che dal 1970 la depressione tra le donne maori è diventato il problema principale in salute mentale ed è associata ad obesità, scarse condizioni di salute ed uso di sostanze. È sorprendente, tuttavia, che nel complesso i tassi di suicidio tra i maori rimangono sostanzialmente più bassi che quelli della popolazione generale della Nuova Zelanda (Skegg-Cox, 1993; Lester, 1994, Durie, 1995; Skegg et al., 1995).⁽²¹⁾

Papua Nuova Guinea

Una rassegna sulle ricerche nell'ambito della salute mentale in Papua Nuova Guinea ha condotto alla conclusione che vista la generale assenza di dati epidemiologici sui problemi di salute mentale di questo paese, è difficile giungere a qualsiasi conclusione riassuntiva (Robin, 1980-81).⁽²²⁾ È chiaro, tuttavia, che come altri popoli indigeni, quelli di Papua Nuova Guinea hanno patito gli effetti del contatto e dello sviluppo occidentale (Gordon, 1981).⁽²³⁾ Per esempio, l'uso dell' alcol è un problema crescente ed è associato a violenza, criminalità e ad aumento delle conflittualità tribali (Jilek, 1987).⁽²⁴⁾

Micronesia e Samoa Occidentale

Come in molti altri paesi nel mondo, gli avversi effetti dello sviluppo sono stati osservati anche in Micronesia e Samoa sotto forma di un aumento di violenze carnali, suicidi, promiscuità sessuale, criminalità, abuso di alcol, droga e fumo. I cambiamenti nella dieta e nello stile di vita hanno avuto come risultato elevati tassi di obesità e generali tassi di grande disoccupazione (Finau, 1993). ⁽²⁵⁾

A partire dagli anni '70 c'è stato un tremendo rialzo nel consumo di alcol in tutti i paesi nel Sud del Pacifico (Jilek, 1987; Marshall, 1987). Samoa Occidentale ha visto un aumento nel consumo di alcol negli anni' 80; nel 1982 la produzione di birra locale è diventata la maggiore industria delle Fiji. Il bere tra i giovani maschi è stato associato con l'aumento dei tassi di criminalità in Micronesia e di suicidio giovanile in tutta la regione. ⁽²⁶⁾

Tra tutti questi problemi, i dati più allarmanti sono probabilmente quelli relativi ai tassi di suicidio tra i giovani maschi. Come riportato da Rubinstein:

Il fenomeno del suicidio in Micronesia e Samoa Occidentale risulta essere quasi unico nella comparazione transculturale a causa dell'assai alta incidenza tra i maschi adolescenti, l'enorme sproporzione dei suicidi tra i maschi e femmine, ed il rapido inizio di alti tassi di suicidio verificatosi negli anni' 70 (1992: 52; 1997; 1995).

Al presente in Micronesia e Samoa Occidentale il suicidio è la principale causa di morte tra giovani uomini di età compresa tra i 15 e i 29 anni. ⁽²⁷⁾ I tassi di suicidio dei giovani maschi hanno raggiunto un picco nei primi anni' 80 (circa 150/100.000), sono diminuiti per un breve periodo, e poi sono risaliti rapidamente. Nel 1990, i tassi avevano raggiunto nuovi picchi (circa 160/100.000).⁽²⁸⁾ In Micronesia e Samoa Occidentale i tassi di suicidio erano più alti nelle aree periferiche, piuttosto bassi nelle aree urbane ed ancora più bassi in tutte le zone rurali e nelle comunità più remote dell'isole (Rubinstein, 1992: 69).

Rubinstein prende in esame un numero di modelli esplicativi per questo fenomeno: perdita delle funzioni della famiglia tradizionale, cambiamento strutturale del nucleo familiare, "opportunità bloccata" ovvero la mancanza di possibilità per una mobilità verso l'alto e di obiettivi sanciti culturalmente, e cambiamenti nel processo di socializzazione adolescenziale, insieme all'uso di alcol,

all'aumento della popolazione ed ai rapidi mutamenti culturali. Come nel caso degli aborigeni australiani, a nessuna singola spiegazione possono essere attribuiti tutti i suicidi dei giovani.

Un modello multifattoriale che considera una gamma di fattori sociali, storici e culturali è più utile nella pianificazione di interventi per attenuare la crisi. Come si può iniziare a costruire tale modello è suggerito da una impressionante congruenza tra l'indagine di Rubinstein sul suicidio giovanile in Micronesia e Samoa ed il lavoro di Hunter tra gli aborigeni australiani. Laddove Hunter (1991) ha trovato che il suicidio era diventato un problema per la prima generazione dei figli cresciuti in un ambiente reso caotico dagli effetti dell'uso di alcol, Rubinstein afferma:

I bambini nati in Micronesia dopo il 1950 furono la prima generazione ad arrivare alla fase dell'adolescenza in un momento in cui aveva avuto luogo una significativa erosione nelle attività culturali e nelle strutture sociali che tradizionalmente supportavano la socializzazione adolescenziale, specialmente nei giovani maschi. Questa prima generazione del dopoguerra ha raggiunto la maturità sessuale ed è entrata nell'adolescenza intorno alla metà degli anni sessanta, nel medesimo tempo in cui i tassi di suicidio giovanile in Micronesia sono incominciati a salire. Nei successivi quindici anni, fino ai tardi anni '70, i tassi di suicidio sono aumentati impetuosamente, mentre un crescente numero di bambini nati dopo la guerra entravano nella fase adolescenziale (1992: 67).

Queste conclusioni indicano un bisogno molto specifico di far convergere i programmi di prevenzione del rischio di suicidio intorno a tentativi volti a ricostruire ambienti di supporto per i bambini, i giovani e le loro famiglie.

Hawai'i

Nei centocinquant'anni successivi all'arrivo in queste isole del Cap. James Cook, nel 1778, i nativi hawaiani sono stati soggetti ad una perdita stimata superiore al 90% della loro popolazione dovuta a malattie, disintegrazione sociale ed alienazione spirituale. L'eredità di tale disastro è ancora avvertita; " la minaccia all'integrità culturale e alla salute mentale dei nativi hawaiani è proseguita, senza sosta, con conseguenze devastanti " (Takeuchi et al., 1987: 153). Oggi, i nativi hawaiani sono situati in fondo, o molto vicino, alla scala di tutti i principali indicatori di disagio psicosociale ⁽²⁹⁾, incluso povertà, criminalità, analfabetismo, salute, suicidio, e speranza di vita (King, 1987; Takeuchi et al., 1987; Scheder, 1993; Kinney, 1996). Per esempio, tra tutti i gruppi etnici nelle Hawai'i, i nativi hawaiani hanno i tassi più elevati di gotta, asma, bronchite, enfisema, obesità, ipertensione e gravidanza in età adolescenziale, con il risultato di una più breve attesa di vita e dei più alti tassi di mortalità dello Stato (Kinney, 1996).

Come nel caso di altri popoli indigeni, la ricerca epidemiologica sulla salute mentale dei nativi hawaiani è limitata,⁽³⁰⁾ i tassi di suicidio, tuttavia, sono stati esaminati con grande attenzione. Anche se i tassi di suicidio non sono così alti quanto quelli di altre popolazioni delle isole del Pacifico, i nativi hawaiani presentano le percentuali più elevate di suicidio di tutti gli abitanti delle Isole Hawai'i.

Non è sempre stato così. Prima del 1968 i nativi hawaiani maschi avevano il tasso di suicidio, frutto di stime approssimative, più basso (10.5/100.000), aumentato invece, fino ad arrivare al secondo posto (25.5/100.000) nel periodo 1978-82. Quando i tassi vengono standardizzati per età, i nativi hawaiani maschi presentano i tassi più alti dal 1958-62. Dal 1985 i nativi hawaiani maschi anziani hanno avuto il tasso di suicidio più alto di tutti i gruppi (41.7/100.000), e quelli dei giovani nativi hawaiani maschi (20-34 anni) erano tra i più alti.⁽³¹⁾

Asia

Estremo nord della Russia

Ufficialmente sono 26 i gruppi etnici che costituiscono le minoranze della Russia settentrionale (Vakhtin, 1992) sebbene altri sostengono che ne esistono più di 30 (Fondahl-Poelzer, 1997). Il censimento dell'ex URSS del 1989 ha determinato che la popolazione indigena ammontava a 183.700 abitanti, ovvero 0.06% della popolazione dell'ex URSS. La dimensione dei gruppi varia moltissimo, dagli Oroks che non raggiungevano i 200 individui ai Nenets e agli Evenks che arrivano ognuno a più di 30.000 persone (Vakhtin, 1992: 8). Se si includono gli Yakuts il numero aumenta a circa 365.000 (Lempert, 1992).

Sotto il regime sovietico le minoranze etniche dell'estremo nord della Russia erano assoggettate alla collettivizzazione forzata della terra e degli animali, all'afflusso schiacciante di russi bianchi provenienti dall'ovest, alla soppressione degli idiomi tradizionali, al trasferimento obbligato e agli effetti distruttivi dell'educazione imposta dalle autorità in collegio (Schindler, 1992; Vakhtin, 1992; Robert-Lamblin, 1993). Inoltre, l'ambiente della regione è stato reso estremamente inquinato e degradato dall'industrializzazione selvaggia. A Yakutsk, per esempio, test nucleari sotterranei hanno lasciato una pesante eredità con elevati livelli di cancro sia tra i bambini che tra gli alci; l'acqua del fiume Lena è inquinata dagli scarichi industriali e dai metalli pesanti (Lempert, 1992). A Chukotka, l'inquinamento ambientale - fumo dei bacini carboniferi, mancanza di raccolta di rifiuti, assenza di servizi per la purificazione degli scarichi e dell'acqua potabile - causa seri rischi al territorio (Robert-Lamblin, 1993). Operazioni di disboscamento hanno provocato danni rilevanti alla fauna selvatica ed in particolare ad alcune specie di pesci nei territori tradizionali degli Evenk (Bychkov et al., 1992).

Come i popoli indigeni in altre parti del mondo, quelli dell'Estremo Nord della Russia soffrono a causa di una vasta gamma di problemi di salute e del comportamento: elevati tassi di mortalità infantile, bassa speranza di vita, alti tassi di omicidio, suicidio ed abuso di sostanze (Fondahl-Poelzer, 1997). Tra gli eskimesi ed i Chukchis di Chukotka, l'attesa di vita nel 1989 era stimata a 56 anni, circa 13 anni più breve di quella della popolazione bianca (Robert-Lamblin, 1993).⁽³²⁾ Le alte percentuali di tubercolosi attiva tra gli eskimesi siberiani sono molto allarmanti (Archirgina-Arsiak, 1992). Morti violente (incidenti, suicidi ed omicidi) sono oggi la causa di un terzo di tutte le morti degli indigeni di Chukotka; l'alcolismo è implicato nella maggior parte degli incidenti ed omicidi, e in circa la metà dei suicidi.

Non sono disponibili dati epidemiologici per stabilire confronti per il tasso dei disordini mentali tra le popolazioni indigene e non-indigene dell'Estremo Nord russo. Tuttavia, i livelli di violenza, gli esiti dell'oppressione ed il loro scadente stato di salute possono presumibilmente indicare che anche gli indigeni dell'Estremo Nord della Russia sperimentano alti livelli di sofferenza psichiatrica.

Taiwan (Repubblica della Cina)

Subito dopo la Seconda Guerra Mondiale uno studio di comunità sui disordini mentali tra i gruppi autoctoni a Taiwan non trovò significative differenze tra questa popolazione e la popolazione cinese residente. I tassi di alcolismo, anche se più alti tra i gruppi aborigeni, restavano relativamente bassi (Rin & Lin, 1962). Circa 40 anni più tardi uno studio epidemiologico dei gruppi nativi di Taiwan, ha riscontrato, diversamente, tassi abbastanza elevati di mortalità dovuta ad incidenti, suicidio e determinate condizioni fisiche (malattie cronica del fegato, tubercolosi ed altre patologie respiratorie) (Cheng & Hus, 1992). Questi risultati suggeriscono che vi era stato un "enorme aumento dell'alcolismo" tra le popolazioni autoctone di Taiwan nei decenni successivi alla Seconda Guerra

Mondiale. Dal momento che gli alti tassi di alcolismo sono correlati ad un'ampia gamma di problemi mentali e sociali, sembra prudente presumere che, allo stesso tempo, il peso dei disturbi neuropsichiatrici è significativamente aumentato tra questi gruppi indigeni.

CAPITOLO 6

Conclusioni

Malgrado la scarsità di dati, sembra prudente concludere che i fattori di stress ai quali i popoli indigeni del mondo sono stati e continuano ad essere esposti - epidemie, razzismo, violenza, perdita di territori e dislocazione, alti tassi di morbosità e mortalità- si rivelano nei tassi relativamente alti di disordini mentali e problemi comportamentali. Questi includono il ritardo mentale, l'epilessia, la depressione e l'ansia, il suicidio e l'abuso di sostanze (Pedersen, 1993; Desjarlais et al., 1995; Swan & Raphael, 1995). Tuttavia, vista la diversità dei gruppi indigeni e l'assenza di una seria attività dell'epidemiologia psichiatrica, non possiamo affermare con alcun grado di certezza che lo status di salute mentale ed i bisogni di trattamento di un gruppo possono essere estrapolati da un altro.

Lo sviluppo di efficaci programmi di trattamento e di servizi di prevenzione dipende, innanzitutto, da una conoscenza epidemiologica affidabile e valida, ed in secondo luogo, da una vera comprensione di come gli universi locali e le credenze delle popolazioni indigene concepiscono la loro salute mentale (Pedersen, 1993). Comprendere gli universi locali e le credenze aiuterà a prevenire l'istituzione di programmi che offrono servizi e forme di trattamento che non sono culturalmente appropriati.

Per esempio, Manson e colleghi riportano che le terapie di gruppo e quelle familiari, come anche le terapie tradizionali, sono sempre più utilizzate nei servizi di salute mentale per gli indiani d'America ed i nativi dell'Alaska, perché queste tecniche terapeutiche hanno un maggior effetto su questi popoli più di quanto ne abbia la terapia individuale (Manson et al., 1987; Manson, 1996), vedi anche (Schumacher & Guthrie, 1984; Desjarlais et al., 1995; Ewalt & Mokuau, 1995). Inoltre, il fallimento nell'aver collocato la salute mentale dei popoli indigeni nell'ambito di contesti più allargati fa aumentare il rischio di medicalizzare i problemi sociali. Hunter (1991: 668) afferma che gli aborigeni australiani hanno diritto di accesso a trattamenti per l'alcolismo e ai servizi psichiatrici, ma che "tali programmi, per se stessi, hanno poche possibilità di avere un sostanziale impatto al di là dell'apparenza, del mostrare di star facendo qualcosa". In altri termini, dobbiamo evitare la visione limitata che porta ad interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici mirati a fattori individuali e a livello familiare ignorando quelle forze socioeconomiche e storiche (ad esempio salute malferma, povertà, genocidio e perdita di diritti) che in definitiva pongono le persone al "rischio di essere a rischio" (Link & Phelan, 1995).

È inoltre fondamentale inserire nello sviluppo di qualsiasi programma di intervento sanitario le credenze e le attitudini degli indigeni riguardo alla salute mentale. Swan e Raphael (1995:13) sottolineano il bisogno per lo sviluppo di servizi modellati da una conoscenza culturalmente valida del concetto di salute degli aborigeni australiani "comprendente la salute mentale e fisica, la salute culturale e spirituale". Stabilire un programma efficace sulla salute mentale per gli indiani Tarahumara del Messico settentrionale richiede una comprensione del fatto che il loro concetto di malattia mentale si riferisce più direttamente a comportamenti antisociali che ad altri sintomi di malattia mentale (Irigoyen-Rascon, 1989). Anche il concetto di malattia organica prende forma da considerazioni culturali. Per esempio, i Tamang del Nepal riconoscono il ritardo mentale principalmente dalla presenza di problemi del linguaggio piuttosto che da sintomi di deficit cognitivi (Peters, 1980).

Un caso da citare riguardo l'importanza della comprensione di progetti culturali e degli atteggiamenti nei confronti dei disturbi mentali viene dal lavoro di Kirmayer e colleghi svolto con gli inuit del Canada settentrionale. Contrariamente alle aspettative generali essi hanno indicato che "tra gli inuit, una maggiore confidenza con il problema e le aspettative di guarigione sono fattori più determinanti negli atteggiamenti da assumere verso una persona con comportamento deviante di specifiche diagnosi o attribuzioni causali" (Kirmayer et al., 1997: 85). Tale conoscenza può essere utilizzata negli sforzi

volti ad integrare i pazienti psichiatrici nella società inuit attraverso un lavoro di pubblica educazione teso a familiarizzare persone con comportamenti problematici e ad aumentare l'efficacia dei metodi di trattamento.

Programmi efficaci di salute mentale per le popolazioni indigene del mondo devono assicurare l'autodeterminazione di politiche e programmi (Swan & Raphael, 1995). Questo è più che una questione di amministrazione. Le comunità devono essere in grado di definire i problemi cruciali di salute mentale che quotidianamente affrontano ed allo stesso tempo di designare soluzioni appropriate. Gli indigeni spesso considerano le questioni sulla salute mentale come sinonimi di questioni politiche ed economiche. Per essi, i problemi della salute mentale della comunità -come l'erogazione di trattamenti per la depressione o l'alcolismo - sono inseparabili dalle questioni del degrado ambientale, dalla perdita di territori e dalla mancanza di diritti politici. Forze economiche e sociali influenzano la distribuzione e la frequenza del ritardo mentale e dell'epilessia (Desjarlais et al., 1995), ed esse stesse determinano se persone con gravi malattie mentali hanno accesso ad assistenza e cure.

Stabilire una base di conoscenze

La creazione di una base di conoscenze è un passo essenziale nello sforzo di far incontrare i servizi di salute mentale con i bisogni di trattamento delle popolazioni indigene del mondo. Questa base di conoscenze dovrebbe essere composta di più parti. Prima di tutto dobbiamo conoscere la distribuzione e la frequenza dei disordini mentali tra popolazioni indigene: senza una comprensione dei bisogni di trattamento diventa difficile sviluppare efficaci programmi di servizi. Secondo, dobbiamo comprendere le credenze e gli atteggiamenti delle comunità riguardanti la malattia mentale ed i modi in cui i popoli indigeni categorizzano i disordini mentali se i programmi di salute mentale dovranno essere accettati ed utilizzati da popolazioni bersaglio. Terzo, poiché i criteri diagnostici sono stabiliti da popolazioni nord americane ed europee possono non essere appropriati per altre popolazioni, potrebbe essere necessario ricalibrare gli algoritmi dei sintomi per arrivare a diagnosi valide tra popoli diversi. Oltre a ciò, devono essere stabiliti appropriati regimi di trattamento per specifiche popolazioni indigene, non soltanto per le tecniche usate in psicoterapia, ma anche per la farmacologia. Nonostante sia stata dimostrata l'efficacia della psicofarmacologia in diverse popolazioni, in realtà vi sono diverse differenze etniche e nazionali nella risposta a tutti i farmaci psicotropi, cosicché la pratica del dosaggio ottimale ed i profili degli effetti collaterali variano significativamente tra le diverse popolazioni (Lin et al., 1995). Devono essere stabilite linee guida per un determinato gruppo prima di avventurarsi in regimi farmacologici che potrebbero dimostrarsi dannosi. In ultimo, anche se l'ampia maggioranza delle popolazioni indigene non ha accesso all'assistenza biomedica occidentale, tutti i gruppi umani hanno sviluppato sistemi attraverso i quali tentano di combattere la malattia e ristabilire la salute degli individui malati (Foster, 1983). Mentre una discussione approfondita sulla medicina tradizionale e la sua applicazione ai disordini mentali va al di là degli scopi di questo rapporto, la conoscenza di base sulla salute mentale dei popoli indigeni deve includere informazioni sulla pratica medica tradizionale e la sua relativa efficacia (Eisenberg-Kleinman, 1980; Bannerman et al., 1983; Lin & Phillips, 1990).

Aree di maggior bisogno

Da questa rassegna della letteratura internazionale emerge che l'abuso di sostanze, depressione e suicidio rappresentano le aree di maggior bisogno riguardo la salute mentale dei popoli indigeni. Questi problemi non possono essere separati dai contesti sociali, culturali e storici in cui hanno luogo. Un approccio strettamente biomedico alla depressione, per esempio, è insufficiente quando gli individui che cercano aiuto si trovano costantemente di fronte a condizioni di vita che generano

angoscia. Ciò non vuole suggerire che il trattamento della depressione che si avvale dell'uso della psicofarmacologia o della psicoterapia o di entrambe non è potenzialmente efficace. Ma indica che qualsiasi programma sulla salute mentale per le popolazioni indigene deve offrire una psichiatria di comunità con vedute abbastanza ampie per indirizzare allo stesso tempo i bisogni degli individui e le realtà locali in cui essi vivono. Per raggiungere ciò i responsabili delle condotte politiche, dei progetti sulla salute mentale ed i clinici devono

“...essere ben informati su quelle popolazioni che rappresentano i gruppi bersaglio di qualsiasi intervento proposto..... ed essere al corrente della storia locale e dei relativi problemi.....Qualsiasi intervento deve avere alla base il riconoscimento del fatto che gli eventi che arrecano danno alla salute riflettono largamente fattori storici e culturali. Noi dobbiamo inoltre farci guidare da una consapevolezza della odierna relazione dinamica tra i popoli indigeni e la società più vasta” (Hunter, 1995: 576).

Per condurre questo ragionamento un passo avanti , bisognerebbe riconoscere che, per avere un effetto duraturo, gli sforzi nel ricostruire ambienti di supporto per i bambini, i giovani e le loro famiglie devono essere componenti integranti di qualsiasi programma sulla salute mentale delle popolazioni indigene.

Una nota finale

Dal lavoro di Bartolomé de las Casas attraverso il rapporto 1837 della British House of Commons Select Committee, le osservazioni di Rives sullo spopolamento della Melanesia ed il continuo lavoro di Cultural Survival e del International Work Group for Indigenous Affairs, esiste attualmente una documentazione di cinquecento anni di atrocità inflitte ai popoli indigeni del mondo.

Questo rapporto ha tentato di conferire un senso agli universi sociali, culturali, economici e storici in cui vivono le popolazioni indigene, e come le realtà locali possono dar forma alla salute mentale di un popolo.

Effettivamente sembrerebbe impossibile, specialmente nel caso dei popoli indigeni, separare la qualità degli ambienti sociali e fisici da questioni correlate allo stato di salute degli individui. Per ritornare alla domanda posta precedentemente in questo rapporto: come erogare trattamenti culturalmente appropriati per alleviare le sofferenze delle persone e, allo stesso tempo, promuovere interventi per affrontare e risolvere i problemi posti dagli universi sociali in cui gli individui vivono?

Inoltre, è necessario evitare di concentrarsi esclusivamente sugli aspetti negativi degli universi e della storia dei popoli indigeni. Mentre è vero che queste popolazioni possono essere descritte come “vittime del progresso” (Bodley, 1988), è pur vero che il mero effetto della loro sopravvivenza e della lotta continua per i propri diritti è indicativo di ciò può essere considerato come una straordinaria capacità di adattamento e di sopravvivenza. Troppo spesso l'etichetta di "vittima" porta con sé connotazioni negative. La seguente osservazione sui nativi hawaiani è rappresentativa per tutte le popolazioni indigene:

“...gli hawaiani non hanno mostrato inabilità di fronte al cambiamento ma sono stati catturati in quel tragico vincolo che ha luogo quando un popolo affronta un cambiamento..... tentano di controllare la sua qualità ed la sua direzione, e scoprono di non riuscirci (King, 1987).

I professionisti della salute mentale devono collocare la propria attività all'interno di contesti più ampi di giustizia sociale e di ambienti di vita migliori. Per questo, invece di considerare soltanto le patologie individuali, i programmi di salute mentale comunitari dovrebbero fare di più per integrare le forze

collettive e le identità delle popolazioni indigene nelle modalità di assistenza e di trattamento (Hunter, 1995: 577).

Probabilmente la sfida più grande è che la condizione di salute delle popolazioni indigene pretende dagli operatori sociali e dai clinici della salute mentale di trovare nuove strategie attraverso le quali gestire la sofferenza degli individui e la sofferenza delle comunità. Troppo spesso antropologi e sociologi accusano gli psichiatri di trasformare i problemi sociali in condizioni mediche. Nondimeno gli esperti delle scienze sociali che collocano la malattia interamente nel ambito sociale negano l'esperienza personale della sofferenza (Kleinman & Kleinman, 1991).

In conclusione, deve essere trovato un modo per bilanciare queste due prospettive, per facilitare la trasformazione di quelle realtà sociali che generano angoscia e, allo stesso tempo, occuparsi di quegli individui bisognosi di assistenza.

Note

- (1) Come dichiarato da Moana Jackson, una rappresentante maori :
Qualsiasi tentativo di definire chi o cosa sono le popolazioni indigene continua ad essere visto come un ulteriore tentativo di espropriare o sottrarre il nostro innato diritto di esistere. In verità attribuirsi il compito di definire le popolazioni indigene è un'ulteriore negazione del nostro diritto all'auto-determinazione, poiché a quel punto non vi è più un'espressione fondamentale di quel diritto ma l'abilità a stabilire l'identità di qualcuno attraverso l'auto-riconoscimento (IWGIA,1996:251)
- (2) A causa delle difficoltà nella definizione e nell'effettuazione del censimento, la popolazione stimata varia da 220 milioni (IWGIA,1996) a 300 milioni (van de Flirt,1994).
- (3) L'esilio in Messico è stato forse tanto traumatico quanto il massacro e la repressione che lo ha provocato. In aggiunta al trauma della dislocazione, l'esercito del Guatemala ha condotto incursioni tra il 1982 e il 1985 oltre i confini dello Stato fin dentro il territorio del Chiapas (Bearne, 1994).
- (4) Per una rassegna delle influenze culturali nei disturbi d'ansia, vedi Kirmayer, Young e Hayton (1995)
- (5) "Indiani americani" è un termine assai semplificato ed usato per descrivere i molti e diversi popoli che abitavano il Nuovo Mondo, oggi gli Stati Uniti d'America, prima dell'arrivo degli europei. Il raggruppamento di popoli sedentari di agricoltori e di nomadi cacciatori-raccoglitori, assieme a popolazioni la cui economia era basata sulla pesca, non è soltanto scorretto ma incoraggia la disattenzione verso la storia ed i problemi di queste nazioni.
- (6) Questo non significa che non esiste una letteratura dedicata a queste popolazioni, ma noi non siamo stati in grado di reperire specifici articoli o libri sulla loro salute mentale. Ad esempio, la miserevole condizione di salute dei San Basawra dell'Africa meridionale è ben documentata (vedi O'Keefe & Lavender,1989). Esistono anche ricerche su questi argomenti, come sulla struttura genetica (vedi Ramana, Naidu & Murty,1996) e i mutamenti demografici (vedi Hemam & Reddy 1998) tra le tribù censite dell'India. In nessun caso, tuttavia, abbiamo potuto trovare studi sulla salute mentale. Da questo documento è stata anche esclusa la letteratura scientifica non in lingua inglese (vedi Xiang 1987). Si spera che queste omissioni e lacune serviranno a stimolare i lettori a procurarsi le informazioni mancanti attraverso ulteriori riferimenti bibliografici che non sono stati qui riportati e ad incoraggiare gli studiosi ad intraprendere ricerche sulla salute mentale di queste popolazioni.
- (7) La ricerca in Perù suggerisce che mentre l'esperienza della migrazione da sola può avere effetti dannosi sulla salute mentale, è importante considerare come questa esperienza migratoria viene a costituirsi sotto l'influenza di particolari condizioni socioculturali. Appare evidente che l'esclusione dalle opportunità economiche, in assenza del supporto dei parenti e della rete sociale, e l'essere costretto a vivere in misere condizioni sono i fattori più significativi nel generare sofferenza mentale tra le popolazioni indigene che migrano (Gaviria et. al.,1986).
- (8) I seguenti riferimenti bibliografici - pur non costituendo un elenco esauriente - sono utili per coloro che desiderano approfondire il tema della salute mentale degli indiani americani e dei nativi dell'Alaska: epidemiologia generale (Beiser,1981; Manson & Shore,1981; Manson et. al.1987;

O'Neil,1989; Kinzie et. al.,1992; Boehnlein et al.,1993; Kirmayer et al.,1994; Somervell et al.,1995), depressione (Shore & Manson,1981; Manson et al.,1985; Palinkas et al.,1992; O'Neil,1993; Somervell et al.,1993), alcolismo (Jilek,1987; Leung et al.,1993), suicidio (Gregory,1994; Kirmayer,1994; Kirmayer et al.,1994; Lester, 1994; Malus et al.,1994; Kirmayer et al.,1996; EchoHawk,1997; Strickland,1997; Kirmayer et al.,1998; MMWR,1998) salute pubblica (Thouez et al.,1990) e problemi riferiti alla ricerca (Ryan & Spence,1978; Norton & Manson,1996).

- (9) Per studi longitudinale sui problemi della salute mentale in una comunità di indiani americani si consiglia la lettura dei lavori di Kinzie et al. (1992), Boehnlein et al. (1993) e Leung et al. (1993).
- (10) Un simile profilo di problemi di salute mentale è stato rinvenuto in un servizio di salute mentale nella Tohono O'odham Indian Reservation nel sud-ovest degli Stati Uniti d'America (Kahn et al.,1988).
- (11) I più diffusi campioni di genere rimandano a quelli trovati in un indagine psichiatrica di adulti negli USA (Kessler et al.,1994). Ad esempio, i tassi di depressione erano più elevati tra le donne, mentre percentuali di difficoltà correlate ad uso di sostanze erano più elevati tra gli uomini.
- (12) La regione dell'Isola di Baffin ha un tasso di suicidio di 34.1 per 100.000, più del doppio della media nazionale (Abbey et al.,1993).
- (13) Il numero relativamente alto di contatto con il sistema giudiziario rispecchia la situazione dei maori (Durie,1995) e degli aborigeni australiani (Hunter,1991). Interessante a questo proposito uno studio delle differenze etniche nelle procedure relative al trattamento che riporta come il sistema giudiziario era la corsia di accesso preferenziale per gli indiani americani che vivono a Vancouver, in British Columbia, nel circuito del sistema dell'assistenza psichiatrica (Lin et al.,1978).
- (14) Sebbene non necessariamente rappresentativo, uno studio sulla morbosità psichiatrica tra una popolazione di pazienti indigeni nella città di Fitzroy, Victoria, conferma queste tratti per gli aborigeni australiani in generale (McKendrick et al.,1992).
- (15) Vedi nota 24
- (16) Nel loro rapporto, Swan e Raphael (1995) sottolineano che questi dati si riferiscono principalmente alle condizioni riscontrate tra gli aborigeni australiani e non tra i nativi delle isole dello Stretto di Torres. Infatti le condizioni di salute degli isolani appaiono essere persino peggiori dei loro vicini. Ad esempio, tra gli abitanti delle Isole dello Stretto di Torres le donne muoiono prima degli uomini, ci sono alti tassi di mortalità infantile e delle partorienti, il diabete e l'alcolismo sono ampiamente diffusi. In teoria non si ha nessuna conoscenza sulla salute mentale di questa popolazione.
- (17) Vedi Reid (1979) per una discussione sulle pratiche tradizionali del cordoglio tra gli Yolngu
- (18) Vedi anche Robinson (1990) e Reser (1990) per un approfondimento su gli altri fattori che possono concorrere al suicidio tra gli aborigeni australiani
- (19) Una serie di articoli di Sachdev (1989; 1990a; 1990b) passano in rassegna in modo esauriente tutto ciò che è noto - in base ai dati istituzionali - sulla salute mentale dei maori.

- (20) Il progressivo aumento dei ricoveri ospedalieri per i disturbi psichiatrici tra i maori è stato anche documentato nel periodo tra il 1925 e il 1935 (Beaglehole,1939)
- (21) Comunque i suicidi tra la popolazione giovanile sono drammaticamente aumentati negli ultimi anni.
- (22) Molte ricerche hanno documentato l'incidenza di psicosi isteriche, stati di possessione e sindromi culturalmente caratterizzate in Papua Nuova Guinea (Newman,1964;Langness,1965;Langness,1976; Burton-Bradley,1985;Schienffelin,1996).
- (23) Gli effetti negativi della dominazione dell'Occidente possono essere riscontrati anche nella storia della psichiatria in Papua Nuova Guinea. Goddard (1992;1994) sostiene che i pochi servizi di salute mentale che esistono dalla fine della Seconda Guerra Mondiale (realizzati dall'Amministrazione coloniale australiana) si sono confrontati soprattutto con problemi relativi al controllo sociale piuttosto che a programmi terapeutici o riabilitativi.
- (24) Mentre mancano dati epidemiologici sui disturbi mentali, sono presenti quelli relativi alle condizioni generali di salute. Ad esempio, un rapporto sugli Hagahai, un gruppo seminomade di cacciatori-orticoltori nell'entroterra montuoso della Nuova Guinea, rivela che durante la Seconda Guerra Mondiale questo gruppo ha sofferto a causa di devastanti epidemie di malattie infettive. La loro condizione di salute si mantenne estremamente misera per i successive quarant'anni. Nel periodo 1985-1986 la percentuale di morti naturali tra gli Hagahai superava quella delle nascite, e la mortalità infantile si aggirava intorno al 444 per 1000 (Jenkins,1988). È difficile immaginare che il vivere in queste condizioni non possa avere delle ripercussioni negative sulla salute mentale.
- (25) I mutamenti nella dieta e l'aumento della prevalenza dell'obesità hanno prodotto allarmanti tassi elevati di diabete. Nelle isole dello stato di Nauru ad almeno due terzi degli adulti di età tra i 55 e i 64 anni è stato diagnosticato un diabete non insulino-dipendente, con il risultato che la popolazione di Nauru ha una tra le più bassa aspettative di vita nel mondo. Per questa ragione, altre popolazioni indigene, ad es. indiani americani, nativi hawaiani ed aborigeni australiani soffrono allo stesso modo di alti tassi di diabete (L. Eisenberg, comunicazione personale,1998).
- (26) In Micronesia è più difficile determinare l'impatto dello sviluppo sulla prevalenza di gravi malattie mentali (Hezel,1987).
- (27) Al contrario, nelle Isole Salomone esistono evidenze sulle percentuali di tentativi di suicidio più elevate tra le donne che tra gli uomini (Pridmore,1997).
- (28) Il tasso di suicidio (nel periodo 1991-1993) dal confronto tra gli indiani americani e i nativi dell'Alaska in gruppi di età compresa tra 15-24 e 25-34 anni risultò rispettivamente 31.7 e 26.6 per 100.000, mentre tra la popolazione generale degli stessi gruppi di età era rispettivamente 13.0 e 14.5 (MMWR,1998).
- (29) I lettori interessati possono consultare il lavoro di Beaglehole (1937) che offre una prospettiva storica sul rapporto tra cultura e psicosi nelle Isole Hawai'i. Tuttavia, la cautela è necessaria dal momento che le sue conclusioni sono derivate da dati provenienti esclusivamente dall'ambiente ospedaliero.

- (30) Esistono alcuni lavori sugli approcci culturalmente appropriati nell'esaminare i bisogni di salute mentale e sociale dei nativi hawaiani; per una fonte pertinente su questo argomento vedi Pukui, Haertig & Lee (1972-1979).
- (31) È interessante sottolineare come una ricerca sui nativi hawaiani, studenti delle scuole superiori, non abbia rilevato nessuna differenza di genere riguardo al rischio di tentativi di suicidio nei sei mesi precedenti (Yuen et al., 1996)
- (32) Tale speranza di vita stimata per le popolazioni indigene di Chukotka potrebbe essere alquanto ottimistica. Robert-Lamblin (1993), insieme ad altri (Schindler, 1992:61) riportano aneddoticamente previsioni tra 41 e 49 anni.

Bibliografia

- Abbey SE, Hood E, Young LT, Malcolmsom SA (1993) Psychiatric consultation in the eastern Canadian Arctic: III mental health issues in Inuit women in the eastern Arctic. *Canadian journal of psychiatry*, 38:32-35.
- Achirgina-Arsiak T (1992) Paianitok! *Inuit studies*, 16 (1-2): 47-50.
- Almeida-Filho Nd (1987) Social epidemiology of mental disorders: a review of Latin American studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 75:1-10.
- Amnesty International (1992) *Human rights violations against indigenous peoples*. New York, Amnesty International USA.
- Badger M, Balikci A (1992) Siberian seminar. *Cultural survival quarterly*, 16 (1): 68-71.
- Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh C (1983) *Traditional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practitioners*, Geneva, World Health Organization.
- Beaglehole E (1939) Culture and psychosis in New Zealand, *Journal of the polynesian society*, 48: 144-155.
- Beaglehole E (1937) *Some modern Hawaiians*. University of Hawaii, Research publications,n.19. Honolulu, HI, University of Hawaii Press.
- Beiser M (1981) Mental health of American Indian and Alaska Native children: some epidemiological perspectives. *White Cloud journal*, 2 (2): 37-47.
- Bodley J H (1988) *Tribal peoples and development issues: a global overview*. Mountain View, CA, Mayfield.
- Boehnlein J, Kinzie J D, Leung PK, Matsunaga D, Johnson R, Shore J H (1993) The natural history of medical and psychiatric disorders in an American Indian community. *Culture, medicine and psychiatry*, 16:543-554.
- Burger J (1990) *The Gaia atlas of first peoples: a future for the indigenous world*. New York, Anchor Books.
- Burton-Bradley BG (1985) The Amok syndrome in Papua and New Guinea. In: Simon R, Hughes C, eds. *The culture bound syndromes: folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*, pp.237-249. Dordrecht, D. Reidel.
- Bychkov O, Dumond D, Wixman R (1992) A people dwindling under centralized rule. *Cultural survival quarterly*, 16 (1) : 57-60.
- Casas, Bartolomé de las 1992 [1552] *The devastation of the Indies: a brief account*. Herma Briffault, trans. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Cawte J (1991) Aboriginal alcoholism. *Medical journal of Australian*, 154:365.
- Cheng TA, Hsu M (1992) A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological medicine*, 22:255-263.
- Clayer J R, Czechowicz AS (1991) Suicide by Aboriginal people in South Australia: comparison with suicide deaths in the total urban and rural populations. *Medical journal of Australia*, 154:683-685.
- Cultural Survival (1988) Resettlement and relocation: part 1. *Cultural survival quarterly*, 12 (3).
- Cultural Survival (1988) Resettlement and relocation: part 2. *Cultural survival quarterly*, 12 (4).
- Cultural Survival (1993) *State of the peoples: a global human rights report on societies in danger*. Boston, Beacon Press.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995) *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York, Oxford University Press.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS (1974) Social and cultural influences on psychopathology. *Annual review of psychology*, 25:417-452.
- Durie MH (1995) Mental Health patterns for the New Zealand Maori. In: Al-Issa I,ed. *Hand- book of culture and mental illness: an international perspective*, pp. 331-346. Madison,CT, International Universities Press.
- Ebigbo PO (1982) Development of a culture specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints indicating psychiatric disturbance. *Culture, medicine and psychiatry*, 6:29-43.
- EchoHawk M (1997) Suicide: the scourge of Native American people, *Suicide and life-threatening behaviour*, 27:60-67.
- Eisenberg L, Kleinman A (1980) Clinical social science. In: Eisenberg L, Kleinman A, eds. *The relevance of social Science for medicine*, pp. 1-23. Dordrecht, D. Reidel.
- Ewalt PL, Mokuau N (1995) Self-determination from a Pacific perspective. *Social work*, 40(2):168-175.
- Finau SA (1993) Development and health in the Pacific: which way to die? *Papua New Guinea medical journal*, 36:324-336.
- Fondalh G, Poelzer G (1997) Indigenous people of the Russian north. *Cultural survival quarterly*, 21(3):30-33.
- Foster GM (1983) An introduction to ethnomedicine. In: Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh C, eds. *Traditional medicine and health care coverage: a reader for health administrators and practitioners*, pp. 17-24. Geneva, World Health Organization.

- Fullilove MT (1996) Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *American journal of psychiatry*, 153:1516-1523.
- Gaviria FM, Richman J, Flaherty JA et al. (1986) Migration and mental health in Peruvian Society: toward a psychosocial model. *Social psychiatry*, 21:193-199.
- Goddard M (1992) Bedlam in paradise: a critical history of psychiatry in Papua New Guinea. *Journal of Pacific history*, 27:55-72.
- Goddard M (1994) A suitable case for treatment? The theory and practice of transcultural psychiatry in Papua New Guinea. *Canberra anthropology*, 17:30-52.
- Goldschmidt W (1990) *The human career: the self in the symbolic world*. Cambridge, MA, Blackwell.
- Good BJ (1993) Culture, diagnosis and comorbidity. *Culture, medicine and psychiatry*, 16:427-446.
- Good BJ (1997) Studying mental illness in context: local, global or universal? *Ethos*, 25:230-248
- Gordon R, editor (1981) *The plight of peripheral people Papua in New Guinea*. Volume 1: The island situation. Cambridge, MA, Cultural Survival.
- Gregor T (1977) *Mehinaku: the drama of daily life in a Brazilian Indian village*. Chicago, University of Chicago Press.
- Gregory RJ (1994) Grief and loss among Eskimos attempting suicide in western Alaska, *American journal of psychiatry*, 151:1815-1816.
- Grinker RR (1994) *Houses in the rainforest; ethnicity and inequality among the farmers and foragers in Central Africa*. Berkeley, CA university of California Press.
- Guarnaccia PJ, Good BJ, Kleinman A (1990) A critical review of epidemiological studies of Puerto Rican mental health. *American journal of psychiatry*, 147:1449-1456.
- Heman NS, Reddy BM (1998) Demographic implications of socioeconomic transition among the tribal populations of Manipur, India. *Human biology*, 70:597-619.
- Hezel FX (1987) In search of the social roots of mental pathology in Micronesia. In: Robillard AB; Marsella AJ, eds. *Contemporary issues in mental health research in the Pacific Islands*, pp.12-31. Honolulu, HI, Social Science Research Institute, University of Hawaii.
- Hood E, Malcomson SA, Young LT, Abbey SE (1993) Psychiatric consultation in the eastern Canadian Arctic: I. development and evolution of the Baffin psychiatric consultation service. *Canadian journal of psychiatry*. 38:23-27.
- House of Commons Select Committee (1837) Official report of the select committee on aborigines In: Bodley JH, ed. (1988) *Tribal peoples and development issues: a global overview*, pp. 63-69. Mountain View, CA, Mayfield.

- Hunter E (1997) Double talk: changing and conflicting construction of indigenous mental health. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*,31:820-827.
- Hunter E (1995) Is there a role for prevention in Aboriginal mental health? *Australian journal of public health*,19:573-379.
- Hunter E (1991a) Out of sight, out of mind – 1. Emergent patterns of self-harm among Aborigines of remote Australia. *Social science and medicine*, 33:655-659.
- Hunter E (1991b) Out of sight, out of mind – 2. Social and historical context of self-harmful Behaviour among aborigines of remote Australia. *Social science and medicine*.33:661-671.
- Irigoyen-Rascon F (1989) Psychiatric disorders among the Tarahumara Indians of Northern Mexico. *Curare*,12:169-173.
- IWGIA (1996) *The indigenous world*, 1995-96. Jensen M, ed. Copenhagen, International Work Group for Indigenous Affairs.
- Jenkins C (1988) The Hagahai: isolation an health status in Papua New Guinea. *Cultural survival quarterly*,12(1):5-7.
- Jilek WG (1987) The impact of alcohol on small-scale societies in the Circum-Pacific region. *Curare*,10:151-168.
- Kahn MW, Lejero L, Antone, Francisco D, Manuel J (1988) An indigenous community mental health service on the Tohono O’odham (Papago) Indian reservation: seventeen years later. *American journal of community psychology*,16:369-379.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of general psychiatry*,51:8-19.
- King PN (1987) Structural changes in Hawaiian history: changes in the mental health of a people. In: Robillard AB, Marsella AJ, eds. *Contemporary issues in mental health research in the Pacific Island*, pp. 32-44. Honolulu, HI, Social Science Research Institute, University of Hawaii.
- Kinney GL (1996) Native Hawaiian health. *Reflections* (4th Quarter) :21.
- Kinzie JD, Leung PK, Boehnlein J et. Al. (1992) Psychiatric epidemiology of an Indian village: a 19-year replication study, *Journal of nervous and mental diseases*, 180:33-39
- Kirmayer LJ (1994) Suicide among Canadian aboriginal peoples. *Transcultural psychiatric research review*, 31:3-58.
- Kirmayer LJ, Fletcher CM, Boothroyd Lucy J. (1997) Inuit attitudes toward deviant behaviour: a vignette study. *Journal of nervous and mental diseases*, 185: 78-86.

- Kirmayer LJ, Fletcher CM, Boothroyd Lucy J. (1998) Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenars AA, Wenkster S, Sakinofsky I, Dick RJ, Kral MJ, Bland RC, eds. *Suicide in Canada*, pp. 189-211. Toronto, University of Toronto Press.
- Kirmayer LJ, Gill K, Fletcher GM et AL. (1994) *Emergency trends in research on mental health among Canadian Aboriginal peoples*. Culture & Mental Health Research Unit, Report No. 2. Montreal, Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital.
- Kirmayer LJ, Malus M, Boothroyd Lucy J. (1996) Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors. *Acta psychiatrica scandinavica*, 94:8-17.
- Kirmayer LJ, Young A, Hayton BC (1995) The cultural context of anxiety disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 18:503-521.
- Kleinman A (1977) Depression, somatization and “new cross-cultural psychiatry” *Social science and medicine*, 11:3-10.
- Kleinman A (1980) Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry. *Culture medicine e psychiatry*, 4:3-13.
- Kleinman A (1988) *Rethinking psychiatry: cultural category to personal experience*. New York, The Free Press.
- Kleinman A, Cohen A (1997) Psychiatry’s global challenge. *Scientific American*, 276 (3):74-77.
- Kleinman A, Kleinman J (1991) Suffering and its professional transformation: toward and ethnography of interpersonal experience. *Culture, medicine and psychiatry*, 15:275-301.
- Langness L (1976) Hysterical psychoses and possessions. Lebra WP, ed *Culture-bound syndromes, ethnopsychiatry and alternate therapies, Vol IV*, pp.56-67 Mental health research in Asia and the Pacific. Honolulu, HI, University Press of Hawaii.
- Langness L (1965) Hysterical psychosis in the New Guinea Highlands: a Bena-Bena example. *Psychiatry*, 28:258-277.
- Lee S (1996) Culture in psychiatric nosology: the CCMD-2 and international classification of mental disorders. *Culture, medicine and psychiatry*, 20:421-472.
- Leighton AH (1959) *My name is legion: foundations for a theory of man in relation to culture*. New York, Basic Books.
- Lempert D (1992) Where the moose have no blood. *Cultural survival quarterly*, 16 (1):53-56.
- Lester D (1994) Suicide rates in Native Americans by state and size population. *Perceptual and motor skills*, 78:954.

- Leung PK, Kinzie JD, Boehnlein J, Shore JH (1993) A prospective study of natural course of alcoholism in a Native American village. *Journal of studies on alcohol*, 54:733-738.
- Li S, Phillips MR (1990) Witch doctor and mental illness in mainland China: a preliminary study. *American journal of psychiatry*, 147:221-224
- Lin K-M, Anderson D, Poland RE (1995) Ethnicity and psychopharmacology: bridging the gap *Psychiatric clinics of north America*, 18:635-647.
- Lin T-y, Tardiff K, Donetz G, Goresky W (1978) Ethnicity and patterns of help-seeking. *Culture, medicine and psychiatry*,2:3-13.
- Link BG, Phelan J (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behaviour* (Extra Issue): 80-94.
- Malcom L (1996) Inequities in access to and utilisation of primary medical care service for Maori and low income New Zealanders. *New Zealand medical journal*, 109:356-358.
- Malus M, Kirmayer LJ, Boothroyd Lucy J. (1994) *Risk factor for attempted suicide among Inuit youth: a community survey*. Culture & Mental Health Research Unit, Report No. 3. Montreal, Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital.
- Manson SM (1995) Culture and major depression: current challenges in the diagnosis of mood disorders. *Psychiatric clinics of north America*. 18: 487-501.
- Manson SM (1996) The wounded spirit: a cultural formulation of post-traumatic stress disorder. *Culture, medicine and psychiatry*,20:489-498.
- Manson SM, Shore JH, (1981) Psychiatric epidemiological research among American Indians and Alaska Natives: methodological issues. *White Cloud journal*,2 (2):48-56.
- Manson SM, Shore JH, Bloom JD (1985) The depressive experience in American Indian communities: a challenge for psychiatry theory and diagnosis. In: Kleinman A, Good B, eds. *Culture and depression: in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, pp. 331-368. Berkley, CA, University of California press.
- Manson SM, Walker RD, Kivhalan DR (1987) Psychiatric assessment and treatment of American Indians and Alaska Natives. *Hospital and community psychiatry*, 38:165-173.
- Marshall M, (1987) “ Young man’s work”: alcohol use in the contemporary Pacific. In: Robillard AB, Marsella AJ, eds. *Contemporary issues in mental health research in the Pacific Island*,pp,72-93. Honolulu; HI, Social Science Research Institute, University of Hawaii.
- Maybury-Lewis D (1997) *Indigenous people, ethnic groups, and the state*. Boston, MA, Allyn and Bacon.

- McKendrick J, Cutter T, Mackenzie A, Chiu E (1992) The pattern of psychiatric morbidity in a Victorian urban aboriginal general practice population: *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 26:40-47.
- McLaren N (1995) Shrinking the Kimberley: remote area psychiatry in Australia. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 29:199-206.
- McNeill WH (1976) *Plagues and peoples*. Garden City, NY, Anchor Books.
- Melville MB, Lykes MB (1992) Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism. *Social Science and medicine*, 34:533-548
- Mezzich JE (1995) Cultural formulation and comprehensive diagnosis: clinical and research perspectives, *Psychiatric clinics of north America*, 18:649-657.
- Miller KE, Billings DL (1994) Playing to grow: a primary mental health intervention with Guatemalan refugee children, *American journal of orthopsychiatry*, 64:346-356.
- MMWR (1998) Suicide prevention evaluation in a Western Athabaskan American Indians tribe-New Mexico, 1998-1997. *MMWR*, 47(13) (10 April): 257-261.
- Murphy HBM (1976) Notes for a theory of Latah. In: Lebra WP, ed. *Culture-bound Syndromes, ethnopsychiatry, and alternate therapies, Vol. IV*, pp. 3-21. Mental health research in Asia and the Pacific Honolulu, HI, University of Hawaii Press.
- Newman P (1964) "Wild Man" behaviour in New Guinea Highland community. *American anthropologist*, 66:1-19.
- Norton IM, Manson SM (1996) Research in American Indian and Alaska Native communities: navigating the cultural universe of values and process. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64:856-860.
- O'Keefe SJ, Lavender R (1989) The plight of the modern Bushmen. *Lancet*, 2 (8657):256-258.
- O'Neill TD (1993) "Feeling worthless": an ethnographic investigation of depression and problem drinking at the Flathead reservation. *Culture, medicine and psychiatry*, 16:447-469.
- O'Neill TD (1989) Psychiatric investigations among American Indians and Alaska Natives: a critical review. *Culture, medicine and psychiatry*. 13:51-87.
- Palinkas LA, Russell J, Downs MA, Patterson JS (1992) Ethnic differences in stress, coping, and depressive symptoms after the Exxon Valdez oil spill. *Journal of nervous and mental diseases*, 180:287-295.
- Parmar HS (1992) *Tribal development in Himachal Pradesh*. New Delhi, Mittal Publications.

- Pedersen D (1993) *Mental health amongst the indigenous peoples of Latin America*. Working Paper No. 19. Series on International Mental and Behavioral Health. Cambridge, MA, Center for the Study of Culture and Medicine, Programm in Medical Anthropology, Harvard University.
- Pedersen D, Perales A, Gamarra J (1996) Surviving Amerindian nations: the psycho-social impact of environmental racism, political violence and wars. Montreal, Douglas Hospitah Research Centre, the Montreal WHO-collaborating centre for Research and Training in Mental Health. (unpublished paper)
- Peters LG (1980) Concept of mental deficiency among the Tamang of Nepal. *American journal of mental deficiency*, 84,352-356.
- Pridmore S (1997) Suicidal behaviour in the Honiara area of the Solomon Islands. *International journal of mental health*. 25(4):33-38.
- Psacharopoulos G, Patrinos HA, editors (1994) *Indigenous people and poverty in Latin America: an empirical analysis*. Washington, DC, The World Bank.
- Pukui M, Haerting W, Lee C (1972-1979) *N_n_i ke kumu (Look to the source)*. Honolulu, HI, Hui Hanai.
- Ramana GV, Naidu JM, Murty JS (1996) Genetic structure of the Manne Dora, a tribal population of Andhra Pradesh. *Human biology*,68:63-74.
- Redfield R (1947) The folk society .In: Bodley JH,ed. 81988) *Tribal people and development issues: a global overview*,pp.11-15. Mountain view, CA, Mafyeld Publishing.
- Reid J (1979) A time to live, a time to grieve: patterns and processes of mourning among the Yolngu of Australia. *Culture, medicine and psychiatry*. 3:319-346.
- Reser J (1990) The cultural context of Aboriginal suicide: myths, meanings, and critical analysis. *Oceania*,61:177-184.
- Rin H, Lin T-y (1962) Mental illness among Formosan Aborigines as compared with the Chinese in Taiwan. *Journal of mental science*,108:134-146.
- Rivers WHR (1922) The psychological factor in the depopulation of Melanesia. In: Bodley JH,ed (1988) *Tribal people and development issues: a global overview*,pp.83-92. Mountain View , CA, Mafyeld Publishing.
- Robert-Lamblin J (1993) Socio-demographic situation of the Yuit and Inuit Eskimos and Chukchis of Chukotka.*Inuit studies*,17 (2):73 –96.
- Robin A (1980-81) The mask of madness: a review of mental health research in Papua New Guinea. *Research in Melanesia*, 5(3 & 4):10-31.
- Robinson G (1990) Separation, retaliation and suicide: mourning and the conflicts of young Tiwi men. *Oceania*,60:161-178.

- Rubinstein DH (1987) Cultural patterns and contagion: epidemic among Micronesian youth. In: Robillard AB, Marsella AJ, eds. *Contemporary issues in mental health research in the Pacific Island*, pp. 127-148. Honolulu, HI, Social Science Research Institute, University Of Hawaii.
- Rubinstein DH (1995) Love and suffering: adolescent socialization and suicide in Micronesia. *Contemporary Pacific*,7(1):21-53.
- Rubinstein DH (1992) Suicide in Micronesia and Samoa: a critique of explanations. *Pacific studies*,15(1):51-75.
- Ryan RA, Spence JD (1978) American Indian mental health research: local control and cultural sensitivity. *White Cloud journal*,1(1):15-18.
- Sachdev PS (1990) Mental health and illness of the New Zealand Maori. *Transcultural psychiatric research review*,27:85-111.
- Sachdev PS (1990) Personality development in traditional Maori society and impact of modernization. *Psychiatry*,23:529-541.
- Sachdev PS (1989) Psychiatric illness in the new Zealand Maori. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*,23:529-541
- Scheder J (1993) Land, power and Hawaiian health. *Honolulu weekly*, (December 29) :4-6.
- Schieffelin EL (1996) Evil spirit sickness, the christian disease: the innovation of a new syndrome of mental derangement and redemption in Papua New Guinea. *Culture, medicine and psychiatry*, 20:1-39.
- Schindler DL (1992) Russian hegemony and indigenous rights in Chukotka. *Inuit studies*,16(1-2):51-74.
- Schumacher HE, Guthrie GM (1984) Culture and counselling in the Philippines. *Philippine quarterly of culture & society*, 12:191-203.
- Shore GH, Manson SM (1981) Cross-cultural studies of depression among American Indians and Alaska Natives. *White Cloud journal*,2(2):5-12.
- Skegg K, Cox B (1993) Suicide in custody: occurrence in Maori and non Maori New Zealanders. *New Zealand Medical Journal*, 106:1-4.
- Skegg K, Cox B, Brohghton J (1995) Suicide among New Zealand Maori: is history repeating itself? *Acta psychiatrica scandinavica*,92:453-459.
- Somervell PD, Beals J, Kinzie JD et al. (1993) Use of the CES-D in an American village. *Culture, medicine and psychiatry*.16:503-517.
- Somervell PD, Manson SM, Shore JH (1995) Mental illness among American Indian and Alaska Natives. In: Al-Issa I, ed. *Handbook of culture and mental illness: an international perspective*, pp. 315-329. Madison, CT, International Universities Press.

- Sorin V (1992) Last of an ancient people. *Cultural surviving quarterly*, 16(1):65-67.
- Strickland CJ (1997) Suicide among American Indian, Alaska Natives, and Canadian Aboriginal youth: advancing the research agenda. *International journal of mental health*, 25(4):11-32.
- Swan P, Raphael B, (1995) *“Ways forward”*: national consultancy report on Aboriginal and Torres Strait Islander mental health. Canberra, Australian Government Publishing Service.
- Takeuchi D, Higginbotham N, Marsella A et. al. (1987) Native Hawaiiin mental health. In: Robillard AS, Marsella AJ, eds *Contemporary issues in mental health research in the Pacific Islands*, pp.149-176. Honolulu, HI, Social Science Research Institute, University of Hawaii.
- Thouez JP, Rannou A, Foggin P (1990) Correlates of health-care use: Inuit and Cree of Northern Quebec. *Social science and medicine*, 30:25-34.
- UN Working Group on Indigenous Populations (1996b) Standard setting activities: evolution of standard concerning the rights of indigenous people: the concept of “indigenous people”. UN Document E / CN.4 / Sub.2 / Ac.4 / 1996 / 2 / Add.1. 28 June.
- UN Working Group on Indigenous Populations (1996a) Standard setting activities: evolution of standard concerning the rights of indigenous people: working paper by the Chairperson-Rapporteur, Mrs. Erica-Irene A. Daes on the concept of “indigenous people” UN document E / CN. 4 / SUB. 2 / AC. 4 / 1996 / 2. 10 June.
- Vakhtin N (1992) *Native people of the Russian Far North*. Minority Rights Group International Report. London, Minority Rights Group.
- van de Fliert L, editor (1994) *Indigenous peoples and international organisations*. Nottingham, Spokesman.
- Vinding D, Waehle E (1996) Focus and hunter-gathers of Equatorial Africa: human rights and development challenges. *Indigenous affairs* (4):13-15.
- Wearne P (1994) *The Maya of Guatemala* 3rd Edition. Minority Right Group International Report London, Minority Right Group.
- Wolf ER (1982) *Europe and the people without history*. Berkley, University of California Press.
- WHO (1993) *The ICD-10 classification of mental disorders and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva, World health Organization, annex 2.
- WHO (1997) *Lexicon of cross- cultural terms in mental health*. Geneva, World Health Organization.
- Young LT, Hood E, Abbey SE, Malcolmson SA (1993) Psychiatric consultation in the eastern Canadian Artic: II referral patterns, diagnoses and treatment. *Canadian journal of psychiatry*, 38:28-31.

Xiang MZ (1987) Mental health and social culture of the Lisu tribe in Dechang of Sichuan Province (Chinese) *Cung-Hua Shen Cing Cing Shen Ko Tsa Chih (Chinese journal of Neurology & Psychiatry)*,20(4):238-241.

Yuen N, Andrade NN, Nahalu LB et al. (1996) The rate and characteristics of suicide attempters in the Native Hawaiian adolescent population. *Suicide and life-threatening behavior*,26(1):27-36 .

Postfazione

Indagini condotte in diverse città italiane rilevano che i cittadini stranieri utilizzano i servizi del SSN in modo proporzionalmente più basso al confronto con quello della popolazione autoctona (AA.VV. *La salute straniera: Epidemiologia, culture, diritti*, ESI, Napoli, 1994).

Una ricerca concernente la città di Torino ha documentato in effetti come solo il 50% dei cittadini stranieri residenti ed aventi pertanto diritto risultava regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Nazionale (*Città di Torino*, Osservatorio statistico provinciale sugli stranieri, Ufficio di Statistica, Torino: 1998)

I flussi migratori, che in modo particolare in questi ultimi anni hanno interessato il nostro Paese, contribuiscono a modificare l'assetto sociale, economico e culturale della società italiana ed anche i modelli di organizzazione e funzionamento dei servizi socio-sanitari.

Come scrive Roberto Beneduce "...sollecitare il riconoscimento dei diritti, incoraggiare l'integrazione e la conoscenza reciproca di gruppi e cittadini, disegnare strategie di intervento e di prevenzione più adeguate in relazione agli specifici modelli di malattia e bisogni di cura, diventano obiettivi che qualsiasi azione di promozione della salute nella popolazione immigrata dovrebbe riuscire a perseguire unitariamente" (Beneduce R., Frigessi D., Vacchiano F., *L'attività del Centro Frantz Fanon nell'assistenza psichiatrica agli immigrati*, PNSM, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2000).

Le questioni inerenti l'abitare, la precarietà giuridica o economica, lo sradicamento dalle culture di appartenenza, le difficoltà di ricostruire modelli identitari nel paese ospitante pesano sulle condizioni di salute, fisiche e psichiche, degli immigrati quanto e più che per l'utenza autoctona mentre le difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari sono spesso in relazione alla minaccia di stigmatizzazione sociale, di espulsione e al sommarsi di fattori di stress in coloro che hanno frequentemente già conosciuto eventi traumatici pre-migratori.

Gli attuali modelli organizzativi dei servizi ed percorsi formativi e culturali degli operatori sanitari italiani sono ancora troppo deboli nel far fronte ai bisogni e alle domande di cura della popolazione immigrata, ciò di fatto contribuisce a rendere difficile la realizzazione di servizi sanitari culturalmente sensibili e competenti in modo adeguato verso queste nuove forme di domanda.

Quando abbiamo proposto al dr. Benedetto Saraceno il progetto di curare l'edizione italiana del rapporto prodotto dal dr. Alex Cohen per l'Organizzazione Mondiale della Sanità avevamo in mente l'obiettivo di concorrere alla riduzione dello scarto esistente nella formazione interculturale degli operatori del SSN e la prospettiva di agire come catalizzatori di nuove esperienze e programmi nel campo della salute pubblica e della salute mentale.

Dal momento che il Centro Studi e Ricerche della ASL Roma E, impegnato nella questione dell'accessibilità ai servizi, dell'equità delle prestazioni appropriate, dell'epidemiologia culturale e dell'antropologia medica oltre che nei compiti di tutela e valorizzazione dei beni storico-scientifici dell'ex Ospedale Psichiatrico S. Maria della Pietà, svolge attività di promozione della salute mentale, di formazione, di aggiornamento e di ricerca, ci è parso doveroso chiedere all'Organizzazione Mondiale della Sanità l'autorizzazione alla traduzione e alla cura dell'edizione italiana di questo documento.

Con l'augurio che il rapporto di Alex Cohen possa contribuire a diffondere e ad aumentare l'attenzione degli operatori dei servizi psichiatrici in Italia alla tutela della salute delle popolazioni migranti, desidero ringraziare l'Autore e Benedetto Saraceno per la fiducia accordataci e per i preziosi suggerimenti che hanno voluto darci.

Tommaso Losavio

Centro Studi e Ricerche ASL Roma E

RISORSE PRODOTTE O DISTRIBUITE DA NATIONS FOR MENTAL HEALTH

Documenti

Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia
WHO/MSA/NAM/97.1

Meeting of a Consultative Group, Geneva, 2-3 December 1996, Report WHO/MSA/NAM/97.2

Nations for Mental Health: An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations
WHO/MSA/NAM/97.3. Rev.1

Nations for Mental Health: A focus on women* WHO/MSA/NAM/97.4

Nations for Mental Health: Supporting governments and policy makers* WHO/MSA/NAM/97.5

Nations for Mental Health: Schizophrenia and public health* WHO/MSA/NAM/97.6

Nations for Mental Health: Recommendations for evaluation WHO/MSA/NAM/98.1

Video

Nations for Mental Health video: Sriyawathie - rehabilitation of chronic psychiatric patients in Sri Lanka

I documenti prodotti da Nations for Mental Health sono parimenti riesaminati da:

Prof. Graham Thornicroft
Institute of Psychiatry, London, United Kingdom

Dr. Gaston Harnois
WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Research Centre, Québec, Canada

Dr. Angelo Barbato
Psychiatric Centre 'Antonini', Milano, Italy

Dr. Lourdes Ladrado-Ignacio, Department of Psychiatry, Manila, Philippines under the coordination of Dr. Rachei Jenkins
WHO Collaborating Centre, Institute of Psychiatry, United Kingdom.

* Questi documenti sono stati tradotti in Russo da Geneva Initiative on Psychiatry e le richieste dovranno essere indirizzate a:

Dr Robert Van Voren, General Secretary, Geneva Initiative on Psychiatry, P.O. Box 1282, 1200 BG Hilversum, the Netherlands, Tel.: 0031-35-6838727, Fax: 0031-35-6833646, E-mail: rvvoren@geneva-initiative.org.

