CONSIDERAZIONI SUL PROBLEMA DELLA « MALATTIA MENTALE » E DELLA MEDICINA TRADIZIONALE IN SOMALIA

Premessa

È in atto un incessante dibattito, a vari livelli, sulla condizione della salute in Africa, caratterizzata dalla simultanea presenza della medicina scientifica europea e della medicina tradizionale.

Tutte le culture riconoscono le malattie e posseggono dei metodi per curarle. Le credenze a proposito della eziologia, della diagnosi, prognosi e terapie opportune, costituiscono un tutto integrato che si viene ad inserire nel sistema culturale globale.

I sistemi tradizionali africani hanno subito l'impatto e la sovrapposizione della ideologia medica europea, chiusa e diffidente verso le pratiche dei guaritori, che sembravano frutto di superstizione ed ignoranza. Magari in forma latente e privata, la medicina tradizionale ha tuttavia continuato tenacemente ad esistere, godendo dell'ubiquitario consenso delle popolazioni indigene.

Il rinnovato interesse degli studiosi europei e la nuova considerazione nei confronti dei sistemi tradizionali di credenze, riusciranno forse a creare le premesse per il superamento dell'attuale sistuazione di separazione e non comunicazione, in vista di una qualche forma di collaborazione ed interscambio tra gli operatori delle due « medicine ».

Particolarmente spinosi si presentano i problemi nell'ambito dei fenomeni psicopatologici. I modelli esplicativi dei disturbi mentali strutturati dalle diverse popolazioni africane si conciliano solo parzialmente con gli schemi della nosografia psichiatrica. Lo stesso concetto di malattia « mentale », d'altronde, è poco significativo per culture che non contemplano l'esistenza di una separazione mente/corpo e per le quali l'evento patogeno colpisce l'individuo nella sua interezza, alterando il suo equilibrio psicofisico e sconvolgendo le complesse trame di relazioni che lo connettono al mondo naturale, soprannaturale, sociale.

L'insorgenza dei disturbi viene ricondotta ad una molteplicità di cause: una spirito ha preso possesso del corpo del malato, un corpo estraneo gli è entrato dentro, una stregoneria o una «fattura » lo hanno colpito; il malato ha trasgredito un tabù ed è stato colpito dalla punizione soprannaturale, il malato ha perduto la propria « anima », ecc.

Molte popolazioni africane hanno sviluppato dei sistemi di interpretazione delle malattie mentali estremamente complessi e minuziosi. Il terapeuta tradizionale è il depositario e l'esperto dei concetti « nosologici » tramandati dagli avi.

Attraverso le fasi del suo iter iniziatico (susseguente alla spesso dramma-

tica «chiamata »), egli ha imparato a padroneggiare i procedimenti diagnostici e le pratiche terapeutiche, approfondendo al contempo la conoscenza del substrato di credenze e di simboli su cui si fonda la legittimità del sistema medico tradizionale.

I riti terapeutici che il guaritore africano organizza e presiede hanno generalmente carattere pubblico e collettivo arrivando a coinvolgere l'intero gruppo sociale.

Le cause delle malattie, difatti, non vengono lasciate, per così dire, in grembo agli dei, ma trovano sempre un collegamento con la dimensione sociale in cui vive il malato.

Si ritiene che un paziente migliorerà solo quando le « colpe » e l'aggressività sua e/o del suo gruppo saranno eliminate attraverso il trattamento rituale, che ha la funzione di ristabilire l'equilibrio comunitario alterato e di scongiurare l'ostilità e gli attacchi degli spiriti ristabilendo con loro dei buoni rapporti.

Il guaritore tradizionale si dimostra in genere dotato di una buona intuizione e conoscenza delle dinamiche psicologiche individuali e di gruppo.

Durante le cerimonie terapeutiche egli cerca di individuare i nuclei conflittuali patogeni, operando per favorire l'emergenza catartica delle tensioni represse.

Alla fine il malato può venire reintegrato nella sua rete di relazioni: il suo rapporto con gli altri non è caratterizzato dalle tensioni tipiche del nostro contesto sociale.

La differenza si spiega in virtù del particolare senso della comunità e del forte radicamento dell'uomo africano in seno al suo gruppo.

A conclusione di questa premessa sulla medicina africana ed i suoi operatori, vorremmo presentare una breve serie di considerazioni che riguardano il nostro modo di intendere il lavoro nel campo della « psichiatria transculturale ».

Non è questa la sede per una disamina critica del termine « psichiatria transculturale » qui utilizzato con valore descrittivo per circoscrivere un ambito di ricerca.

Riteniamo che la trasposizione « sic et simpliciter » delle categorie e degli strumenti della psichiatria e della psicoanalisi in un contesto africano non sia sufficiente ad esaurire la poliedrica realtà delle malattie mentali, pur costituendo, naturalmente, l'asse portante ed il quadro generale di riferimento per qualsiasi attività di indagine e/o intervento terapeutico.

Alla psichiatria si impone una riflessione critica sui modi attraverso i quali ogni singola cultura o società tratta i fenomeni psicopatologici.

La follia costituisce un problema di cui non si può ignorare l'esistenza. La collettività struttura dei sistemi di rappresentazioni simboliche attraverso i quali la parte « folle » che è in ogni essere umano possa esprimersi e trovare, per così dire un contenimento. I modelli culturali organizzano le differenti

patologie individuali, nella prospettiva di una maggior prevedibilità e controllo delle stesse.

Nel momento dello scompenso psicopatologico, l'individuo si trova ad utilizzare, in maniera inconsapevole, i materiali culturali a sua disposizione, veicolandoli all'interno di particolari canali espressivo-comunicativi anch'essi, in genere, culturalmente determinati.

Per lo psichiatra è opportuno ricostruire il quadro culturale complessivo che dà significato alla condotta e ai vissuti interiori dei malati con cui viene a contatto.

Deve sforzarsi di penetrare all'interno della fitta rete di significanti simbolici che il soggetto deriva dalla propria cultura, metabolizzandoli ed elaborandoli in maniera personale.

L'approccio psichiatrico tradizionale privilegia la dimensione intrapsichica e sottolinea le differenze individuali.

Lo psichiatra che opera in un contesto africano ha la necessità di allargare il proprio angolo visuale (senza rinnegarlo), impegnandosi nella ricerca ed investigazione dei motivi-guida culturali che sottendono le problematiche psicopatologiche dei singoli. L'indagine culturale passa attraverso i pazienti, incentrandosi sulla cultura come esperienza vissuta. Strumento cardine dell'analisi rimane il rapporto terapeutico, che si viene a declinare come collisione e collusione (nel senso letterale) di due mondi fantasmatici rispecchianti due differenti universi culturali.

La riflessione dello psichiatra su questi temi si deve sviluppare nel (oppure « accompagnare al ») costante confronto con gli altri studiosi (l'antropologo culturale, l'etnologo, lo psicologo, il sociologo, ecc.) nel rispetto delle diverse competenze ed avendo cura di evitare pericolose ed affrettate contaminazioni delle rispettive metodologie ed aree di interesse.

Aspetti della medicina tradizionale somala

La psichiatria attraversa da molti anni una situazione di confusione e sbandamento. Come conseguenza della evoluzione delle società occidentali e, nello stesso tempo, per l'impulso di certe correnti di pensiero (la psicanalisi, la fenomenologia, la sociologia, la teoria generale dei sistemi, ecc.) si è venuta a determinare una crisi profonda e lacerante. Si denuncia l'astrattezza e la rigidità delle categorie nosologiche, il rapporto oggettivante tra lo psichiatra ed il paziente, la gestione custodialistica e repressiva della devianza; lo stesso concetto di « malattia mentale » è stato messo in questione e criticato in molti modi.

La nosografia classica non è sufficiente a rendere comprensibili le realtà cliniche complesse che si osservano sul terreno della ricerca. Per lo psichiatra che opera in un paese africano e, nella fattispecie, in Somalia, si aggiungono

difficoltà derivanti dalla discrepanza tra il suo modo di considerare la malattia mentale e quello proprio della tradizione culturale indigena.

In Somalia la concezione della malattia e la cura della stessa divergono largamente dalle concezioni occidentali.

La malattia viene a configurarsi come una rottura dell'equilibrio e dell'ordine sia interno che esterno all'individuo. Il disturbo non resta confinato ad un singolo organo o segmento corporeo ma investe il malato nella sua globalità psico-fisica.

Per ciò che riguarda le pratiche terapeutiche e le categorie interpretative utilizzate dai medici tradizionali, bisogna tener conto del vasto ed articolato substrato mitologico, cosmologico, religioso, che si è venuto sedimentando nel corso dei secoli, come frutto di una elaborazione originale e dell'influsso di altre culture, africane e non africane, con cui i somali sono venuti a contatto Tali contatti hanno arricchito e diversificato la medicina tradizionale: mentre alcune credenze e concetti sono presenti in tutta la Somalia, altri si trovano solo in particolari regioni, in virtù anche, dello specifico tipo di cultura ivi esistente (nomado-pastorizia, agricola, ecc.).

In generale nella medicina somala possiamo riscontrare la esistenza di due « strati » culturali: ad un fondo di carattere naturalistico tradizionale si è venuta a sovrapporre la tradizione religiosa e culturale islamica, che ha assorbito, trasformandole o lasciandole immutate molte delle credenze preesistenti.

Tale è l'origine sincretistica del complicato « pantheon » di spiriti e forze mistiche cui fanno riferimento la medicina e la cultura somale.

Particolarmente interessanti, per il discorso sulla salute mentale, sono le terapie di carattere religioso coranico, i culti di possessione come il Minghis, il Numbi, il Borane ed altri, che costituiscono, anche in considerazione della arretratezza e cattiva organizzazione dell'assistenza psichiatrica, la principale fonte di aiuto per chi soffre di disturbi psichici.

Questi riti rappresentano la risposta per il malato che cerca una spiegazione ed un rimedio alla sua condizione e trova nel proprio patrimonio culturale una serie di categorie interpretative connesse a metodiche di cura e a figure di guaritori specifiche e distinte. Tali categorie non sono comunque precisate e tendono a sconfinare l'una nell'altra, sicché la prima sommaria « diagnosi » circa il disturbo e la conseguente scelta del terapeuta al quale affidarsi, risentono grandemente delle credenze culturali del gruppo cui il malato appartiene.

Come abbiamo visto nella premessa concernente le medicine africane, il medico tradizionale somalo fornisce al paziente uno schema concettuale cui riferire la propria situazione; rilegge i sintomi in una prospettiva che trascende il semplice evento patologico, coinvolgendo la dimensione sociale e familiare del paziente, nonché i suoi rapporti con le forze divine e soprannaturali che regolano il mondo.

Considerazioni preliminari ad un programma di studio sulla malattia mentale

Affrontare, sia pure sotto l'aspetto di considerazioni preliminari, un programma di studio sulla malattia mentale in Somalia, ci porta necessariamente a prendere in esame a grandi linee, la situazione storico-sociale della Somalia.

Bisogna in primo luogo tener conto di una serie di fattori di vario ordine che hanno agito e agiscono in senso trasformativo sull'assetto socio-culturale del Paese: spinte naturali come la siccità e le inondazioni che inducono le popolazioni ad abbandonare le campagne per rifugiarsi nei più protetti centri urbani; dinamiche demografiche dovute alla immigrazione di profughi politici provenienti da altri paesi africani; trasformazioni strutturali connesse con la urbanizzazione (richiesta di case, di servizi, ecc.); più in generale, richieste di ordine culturale collegate con l'incipiente passaggio dalla cultura tradizionale ad una cultura di tipo occidentale. Sono tutti fenomeni che hanno contribuito al mutamento socio-culturale della Somalia.

Per quanto concerne il problema del disagio psichico, possiamo constatare il diffondersi, particolarmente tra le fasce urbane, di una considerazione differente dei disturbi psichici che non vengono più affrontati nei termini della medicina tradizionale, ma piuttosto servendosi delle categorie concettuali della medicina europea. Ma qui è, appunto, il problema; infatti i termini non sono cosí chiari e ben delineati da permettere una sovrapposizione meccanica della medicina europeo-occidentale al contesto somalo, come se esso fosse già predisposto a questa operazione. La realtà di fondo è che i processi trasformativi sono ancora in via di svolgimento: la transizione verso un diverso tipo di società si è realizzata solo parzialmente ed il vecchio e il nuovo coesistono in maniera disarmonica e contraddittoria.

Per esempio, i mutamenti intervenuti a livello socio-culturale hanno provocato una modificazione delle istituzioni tradizionali, agendo sulle relazioni familiari e sulle relazioni di gruppo (così come si presentano nei sistemi tribali somali). Ma questa modificazione non è mai arrivata fino in fondo: ben pochi individui sono in grado di vivere integralmente, cioè sul piano sia pubblico che privato, la trasformazione; così come nessuna classe, neanche quella che potremmo genericamente individuare come classe « colta » e che è stata educata secondo modelli europei, è riuscita a sottrarsi psicologicamente all'influenza del proprio mondo tradizionale. Possiamo constatare che la famiglia e le relazioni parentali che caratterizzano la società somala continuano ad essere un imprescindibile punto di riferimento ad un eventuale « rifugio » per molti di coloro che pure vorrebbero tentare l'abbandono della cultura tradizionale.

Per quanto riguarda la medicina scientifica europea, che il Governo somalo ha tentato di introdurre con istituzioni moderne, possiamo notare come si sia sviluppata a livello teorico-didattico e si sia diffusa riscuotendo un cre-

dito rilevante ([1]). Tuttavia le popolazioni somale continuano a prestare credito anche alla medicina tradizionale locale.

La complessità eterogenea del quadro socio-culturale si riflette pesantemente sulla condizione psicologica dei singoli: i primi cedimenti sono osservabili in individui che incominciano ad avere scarsa resistenza allo stress provocato in loro dai rapporti con un sociale sempre più contraddittorio e sfuggente ([2]).

Negli ultimi tempi, nei ceti urbani e specialmente nelle fasce giovanili, si può registrare in misura crescente il diffondersi di turbe nevrotiche e del comportamento, di fenomeni di delinquenza e di tossicomania, fino alla comparsa di casi di depressione e di suicidio, precedentemente pressoché sconosciuti ([3]).

In particolare gli individui che hanno avuto ed hanno relazioni con il mondo occidentale (uomini politici, intellettuali, professionisti, tecnici specializzati) non possono, nella pratica quotidiana, sottrarsi, se non in modo parziale ed esteriore, alle strutture tradizionali (procedure legate all'anzianità, al rispetto, partecipazione a relazioni privilegiate vincolate alla famiglia, in cerimonie importanti come nascite, battesimi, sposalizi, funerali, ecc.) e ció implica, oltre che contraddizioni interiori, quello stato di frustrazione e di stress psico-fisico, cui si faceva riferimento sopra. Si è anche potuto constatare che qualunque sia il ceto sociale e il livello di istruzione, un individuo malato segue perfino simultaneamente la consultazione e il trattamento sia della medicina moderna che di quella tradizionale.

I fenomeni psicopatologici che si riscontrano in Somalia non si possono astrattamente descrivere e categorizzare secondo l'approccio medico-psichiatrico europeo. In questo errore cadrebbe chiunque volesse operare secondo un'ottica etnocentrica, riduttiva ed astratta.

Dopo aver analizzato gli aspetti positivi e negativi della medicina scientifica e della medicina tradizionale, sarebbe forse utile associare i guaritori tradizionali ai servizi sanitari per sperimentare la possibilità di una conoscenza e di un confronto tra gli operatori delle due medicine ([4]), ([5]).

(1) Nel 1973 è stata istituita la Facoltà di Medicina all'interno dell'Università Nazionale Somala di Mogadiscio. Nelle città più importanti come Mogadiscio, Hargheisa e Berbera esistono tre grandi ospedali con annesso un reparto psichiatrico. Queste strutture però pur essendo organizzate con criteri occidentali, non sono adeguatamente attrezzate e non riescono nella realtà, a contenere il problema psichiatrico. A questo si aggiunge che l'ospedalizzazione avviene sempre in una fase tardiva. Da questo deriva una grande difficoltà sia di intervento sia di affrontare le reali cause dei problemi del soggetto.

(2) I. Sow, *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire*, Payot, Paris, 1978, passim.

(3) M.A. Suleiman, *Assignment report development of mental Health care in Somalia*, W.H.O. January 1982, pp. 3-4.

(4) E. Afrah ci propone un tentativo di collaborazione, da lei effettuato nella pratica clinica presso il reparto psichiatrico del Forlanini di Mogadiscio (v. *Psychiatrie in Somalia; Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 34 Jahrgang, Juni 1982, Heft 6).

Prima di poter realizzare questa collaborazione è necessario analizzare una serie di situazioni che riguardano le relazioni storiche tra i due sistemi di medicina, tenendo conto del fatto che i due metodi non possono essere semplicemente sovrapposti. Un tipo di integrazione delle attivitá potrebbe essere pianificato ed effettuato soltanto gradualmente, facendo particolarmente attenzione alle condizioni prevalenti di ciascuna regione o paese. Bisognerà ancora prendere in esame problemi come la comunità da assistere, il corpo sanitario stesso e le autorità amministrative. Per poter raggiungere una integrazione della medicina tradizionale nel sistema sanitario, si prospetta la necessità di tecnici, materiali, documentazioni, informazioni e ricerche di vario genere.

È auspicabile che la ricerca non si limiti alle sostanze fisiche ed in particolare alle piante medicinali, ma sia allargata allo studio delle « forze mistiche, intangibili » che costituiscono l'originale patrimonio della medicina tradizionale e che celano, per quanto riguarda il disturbo mentale, soluzioni valevoli ed efficaci per il tipo di cultura considerato.

Salve queste premesse, si potrà procedere alla formulazione di un programma sulla assistenza psichiatrica, partendo da un approccio di tipo multidisciplinare che veda impegnati in una équipe, l'antropologo culturale, lo psichiatra, lo psicologo, il sociologo. Questa équipe dovrà operare in seno alle varie comunità, sull'esempio dell'esperienza di Lambo ([6]), per evidenziare la complessa rete di relazioni sociali, la cui rottura sottende le eventuali malattie mentali.

Non bisogna però sottovalutare le difficoltà reali che si frappongono alla formulazione di un programma. Possiamo subito prendere in considerazione le particolarità etnico-geografiche, che si riferiscono alla suddivisione in fasce distinte (urbana, nomado-pastorizia, rurale) della popolazione somala.

È probabile che ogni fascia mantenga credenze diverse riguardo all'eziopatogenesi ed alla cura delle malattie mentali. Ne consegue la necessità di un intervento differenziale che tenga conto della specificità del contesto in cui

(5) Secondo le informazioni ricevute da 19 paesi del continente africano, 8 hanno nel loro Ministero della Sanità una sezione che si occupa di medicina tradizionale; 13 stanno svolgendo una considerevole attività nel campo della medicina tradizionale, sia sotto forma di ricerca applicata, sia del trattamento, fornito da un funzionario medico in associazione con la medicina tradizionale e attraverso guaritori tradizionali che lavorano nelle « strutture tradizionali », integrati nel gruppo sanitario o che cooperano più o meno strettamente con esso: 10 hanno centri di ricerca o erbari che si occupano dei problemi della medicina tradizionale; 6 stanno facendo delle ricerche in questo campo nelle università; 5 hanno nominato dei comitati nazionali che si occupano dei problemi della medicina tradizionale o tengono simposi nazionali, *workshops* e seminari sull'argomento; 7 hanno associazioni di medicina tradizionale ufficialmente riconosciute; 3 hanno una legislazione per disciplinare la medicina tradizionale. (v. AA.VV., *African traditional Medicine*, n. 1, WHO, Brazzaville, 1976, pp. 1-14).

(6) T.A. Lambo, *Schéma de soins psychiatriques dans une région d'Afrique en développement*, « L'Information psychiatrique », n. 8, 1964.

si opera. Sul piano logistico bisogna segnalare le difficoltà di collegamento tra Mogadiscio ed i Paesi dell'interno, dovute a carenza di mezzi ed alla impraticabilità delle strade specialmente in alcune stagioni.

Altre situazioni da sottolineare sono la mancanza quasi totale di fonti bibliografiche e casistiche cliniche riguardanti gli studi psichiatrici in Somalia, nonché le difficoltà di tipo operativo emergenti dal particolare tipo di preparazione che gli operatori psichiatrici hanno ricevuto: essi o sono stranieri e quindi hanno una esperienza limitata o superficiale della realtà somala, o sono somali e, avendo studiato nelle Università di altri paesi o anche nella Facoltà Medica di Mogadiscio, sono orientati esclusivamente in senso medico-scientifico.

Abbiamo già accennato all'istituzione della Facoltà di Mogadiscio. Essa fu realizzata nel 1973 per far fronte alle gravi necessità igienico-sanitarie del Paese. Particolare enfasi venne attribuita all'addestramento teorico--pratico nei campi della patologia di particolare gravità e frequenza; l'insegnamento fu impartito per obiettivi secondo una segnalazione dell'Oms ([7]), nella quale si sosteneva che la patologia da combattere era rappresentata prevalentemente da tubercolosi, malaria, schistosomiasi e che la mortalitá infantile costituiva un grave problema. È evidente che in quella fase non si poteva ancora pensare ad una politica della salute mentale: solamente in seguito si cominciò a sentire anche questa necessità.

Dallo studio della situazione globale risulta chiaro che per un corretto approccio alla malattia mentale c'è bisogno di un nuovo tipo di medico la cui formazione deve necessariamente partire dall'Università. Nel realizzare questa formazione, come osservano giustamente Cappelli A. e Bile K. ([8]), occorrerebbe un maggior distacco dall'impostazione europeo-occidentale e si dovrebbero perseguire prima di tutto tre obbiettivi:

1) fornire gli strumenti conoscitivi per poter individuare i problemi sanitari più gravi e urgenti che interessano la comunità;

2) fornire le conoscenze necessarie per intervenire efficacemente nei confronti di questi problemi;

3) far acquisire la sensibilità e l'attitudine per il lavoro di gruppo, anche a carattere interdisciplinare, assolutamente necessario quando si intenda realizzare un'attività di medicina di comunità ([9]).

Con questo termine si intende « quella forma dell'intervento medico che tende, oltre che a curare i singoli fatti morbosi, ad affrontare le cause della patologia più grave e rilevante all'interno delle comunità nelle quali queste cause si manifestano e agiscono » ([10]).

(7) AA.VV., *Organizzazione dei servizi di salute mentale nei paesi in via di sviluppo*, Rapporto del Comitato di esperti dell'OMS, 1974.

(8) A. Cappelli-K. Bile, *Una esperienza didattica nel campo della medicina comunitaria* in « Esperienze didattiche e ricerche scientifiche della Facoltà Medica di Mogadiscio), Ist. Ital. Med. Soc., Roma 1981, pp. 33-36.

(9) *Ibidem*, p. 31.

(10) AA.VV. *Organizzazione dei servizi*, cit.

Nel 1974 l'OMS dava queste indicazioni e nel 1977, su un accordo tra il governo italiano e il governo somalo, fu istituito il DMC (Dipartimento di Medicina di Comunità).

Il progetto iniziale risaliva al 1976 ([11]), e perseguiva fondamentalmente tre finalità: 1) realizzare nelle realtà socio-economiche tipiche del Paese (rurale, urbana, nomade) una attività sanitaria a carattere globale che affrontasse in maniera unitaria, i problemi sanitari delle comunità in termini di prevenzione, cura e riabilitazione; 2) addestrare gli studenti ad affrontare, nei territori di intervento prescelti dalla Facoltà, i problemi sanitari così come si manifestano nel luogo dove la popolazione vive e lavora; 3) realizzare significative attività di ricerca strettamente ed immediatamente finalizzate all'intervento sanitario di tipo unitario cui sopra accennato ([12]).

L'azione formativa progettata nel secondo punto tendeva essenzialmente ad una preparazione teorica seguita da un addestramento pratico e quindi dalla ricerca ([13]). Con l'istituzione del Dipartimento e con i suoi primi anni di attività, vennero al pettine tutti i nodi della complessa situazione somala. Data la situazione epidemiologica generale, il Dipartimento si è potuto ben poco impegnare nel terreno dei disturbi mentali.

La rivelazione delle difficoltà oggettive incontrate dai nuclei che lavorano per il DMC, ha indirizzato l'attività soprattutto verso tre direzioni: 1) attribuire particolare importanza alle attività di programmazione delle iniziative; 2) svolgere una vasta e sistematica opera di sensibilizzazione degli studenti e di tutti i docenti; 3) allargare il territorio di attività in campo rurale e iniziare concretamente le attività in territorio urbano.

Dopo quanto esposto, è evidente, come nel caso delle malattie mentali non si possano invocare contemporaneamente i due principi dell'intervento per obiettivi (OMS) e della medicina comunitaria (DMC).

Una politica di salute mentale non può puntare in Somalia esclusivamente sull'Ospedale urbano o su un suo reparto. Questi possono svolgere solo un certo tipo di lavoro, diffuso e noto nella clinica psichiatrica europea ma, utile in Somalia, forse solo per gli appartenenti alla fascia urbana: per gran parte dei malati mentali somali il ricovero o l'internamento, che li sradica dalla loro cultura, sono da evitare.

È auspicabile e ormai urgente un'estensione dei compiti della Medicina di Comunità ed una revisione delle poche strutture psichiatriche messe a disposizione, tra l'altro da considerarsi molto carenti. Ci sono infatti solo tre ospedali con annessa una sezione psichiatrica: Mogadiscio, Berbera e Hargeisa. ([14]).

(11) Il progetto iniziale per l'istituzione del DMC, inviato ed approvato dall'OMS, è stato elaborato nel 1976 dal prof. A. Cappelli. La direzione del DMC è stata affidata al prof. Tresalti, dall'inizio delle attività al giugno 1980, al prof. Tarsitani, dal luglio al dicembre 1980 e al prof. Cappelli dal gennaio 1981, ibidem, p. 41.

(12) Cappelli e Bile, *Un'espetrienza didattica*, cit., p. 34.

(13) *Ibidem* p. 37.

(14) Informazioni più dettagliate sono riportate su: M.A. Suleiman, *Assignment*

A questo punto si possono forse tirare le somme di tutto questo discorso e tentare di delineare nei suoi punti qualificanti un programma di studio.

Mentre nel 1974 l'indirizzo era quello di assicurare « le cure elementari di salute mentale da parte di operatori di salute primaria reclutati a livello del villaggio » ([15]), secondo un rapporto dell'OMS, oggi, essendosi modificato l'intero quadro socio-culturale, è necessaria un'alleanza nuova, per la salute mentale, fra le due medicine, di natura nello stesso tempo pratica, teorica e culturale ([16]).

La ricerca e la osservazione dovrebbero puntare su tre obiettivi principali: 1) conoscenza della realtà culturale; 2) ipotesi di utilizzo e integrazione di persone, procedimenti e prodotti della medicina locale; 3) definizione degli interventi da effettuare come assistenza sanitaria, assistenza preventiva, medicina di comunità ([17]).

È chiaro che il concetto di integrazione al punto 2) non ha senso se non si prende in considerazione l'ipotesi di utilizzare gli apporti eventuali della medicina tradizionale.

L'équipe di cui si è parlato dovrebbe essere affiancata al DMC, dovrebbe avere inoltre un peso decisionale sulla scelta del campo in cui operare. Una volta stabilitasi l'équipe nel villaggio prescelto, il gruppo della ricerca sulla malattia mentale opererà secondo le strutture del villaggio stesso.

Non è possibile per il momento, andare oltre le linee molto generali di un programma, tanto complessa è la situazione somala. Il che non deve costituire un freno ma uno stimolo ad affrontare seriamente, in un'ottica multidisciplinare, i problemi fin qui esposti

Antonino Jaria
Antonietta Foltieri
Guido Berdini

report development of mental Health care in Somalia, Who January 1982, pp. 5-10 e sul lavoro già citato di Edda Afrah. Inoltre sono in corso di pubblicazione i risultati di un'indagine svolta dal prof. Iaria assieme ai Dott.ri Abdicarim H. Hassan e Mahamed H. Mahamud nei reparti psichiatrici degli ospedali di Mogadiscio, Hargheisa e Berbera.

(15) *Op. cit.*

(16) A. Iaria, A. Antoniotto, Abdullai H. Ahmed, *Linee di ricerca sulla medicina tradizionale in Somalia,* « Esperienze didattiche e ricerche scientifiche della Facoltà Medica di Mogadiscio », Ist. Ital. Med. Soc., Roma 1981, p. 46.

(17) *Ibidem,* p. 47.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Organizzazione dei servizi di salute mentale nei paesi in via di sviluppo,* Rapporto del Comitato di esperti dell'Oms, 1974.

AA.VV., *Organizzazione e sviluppo della Facoltà Medica di Mogadiscio,* « Esperienze didattiche e ricerche scientifiche della Facoltà Medica di Mogadiscio », Ist. It. Med. Soc., Roma, 1981.

Afrah E., *Psychiatrie in Somalia, Psychiatrie, Neurogie und Medizinische Psychologie,* Juni, 1982. Heft 6.

Bastide R., *Le rêve, la transe et la folie,* Paris, Flammarion, 1972.

Battista P., *Somalia, storia, folklore, tradizioni,* Napoli, Il Gallo, 1970.

Battista P., *Introduzione alla cultura somala,* Napoli, F.lli Conte, 1979.

Bernardi B., *Sistemi sociali e politici dell'Africa tradizionale,* Roma, 1976.

Bernardi D., *La professionalizzazione della medicina tradizionale in Africa,* Africa 1984, 1, 1.

Cappelli A., Bile K., *Una esperienza didattica nel campo della medicina comunitaria,* in « Esperienze didattiche e ricerche scientifiche della Facoltà di Mogadiscio », Ist. It. Med. Soc., Roma, 1981, pp. 31-44.

Carothers J.C., *A study on mental derangements in Africans,* J. Ment. Sci. 93 (1948), pp. 548-597.

Carothers J.C., *Psychologie normale et pathologique de l'Africain, Etude ethnopsychiatrique,* Géneve, OMS, 1954, Monographie n. 17.

Cerulli E., *Gruppi etnici negri della Somalia,* Firenze, M. Ricci, 1934.

Cerulli E., *Somalia, scritti vari, editi ed inediti,* Vol. I, II, III, Roma, Ist. Poligr. dello Stato, 1959.

Collomb H., *Assistence psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise),* Psychopathologie Africaine, 1 (1965), pp. 11-84.

Costanzo G.A., *La preparazione della Somalia alla indipendenza,* Roma, Tip. F.lli Centenari, 1961.

Costanzo G., *La circoncisione femminile in Somalia,* Roma, Risa, 1968.

Decraene B., *L'expérience socialiste somalienne,* Paris, Berger-Levrault, 1977.

Ellenberger H.F., *Ethnopsychiatrie,* Encycl. Méd. Chir., Paris, 5-1965, 37725, A-10.

Ellenberger H.F., *La scoperta dell'inconscio,* Vol. I, II, Torino, Boringhieri, 1980.

Iaria A., Antoniotto A., Abdullahi H. Ahmed, *Linee di ricerca sulla medicina tradizionale somala,* in « Eseprienze didattiche e ricerche scientifiche della Facoltà Medica di Mogadiscio », Ist. It. Med. Soc., Roma, 1981.

Lambo T.A., *Neuro-psychiatric observations in the Western Region of Nigeria,* British Medical Journal, Vol. 2, December, 1956.

Lambo T.A., *A form of social Psychiatry in Africa,* World Mental Health, Vol. 13, n. 4, November 1961.

Lambo T.A., *Schéma de soins psychiatriques dans une région d'Afrique en développement,* « L'Information psychiatrique », n. 8, octobre, 1964.

Malesani L., *L'università di Mogadiscio verso l'autonomia di gestione,* Riv. del Min. Affari Esteri, Dip. Coop. dello Sviluppo, luglio 1980.

Mantovani A., *In Somalia,* Bornato/Sordini, 1978.

Marano S., *Somalia, descrizioni e viaggi,* Bari, Dedalo, 1977.

Moreno M.M., *Il somalo della Somalia,* Roma, Ist. Poligr. dello Stato, 1955.

Puccioni N., *Antropologia ed etnografia delle Genti della Somalia,* Vol. I, II, III, Bologna, Zanichelli, 1936

Puccioni N., *Le popolazioni indigene della Somalia italiana,* Bologna, Cappelli, 1937.

Siad Barre, *Mon pays et mon peuple,* Discours choisis du président du Conseil Suprême de la Révolution (1969-1974), Mogadiscio, ottobre 1974, pp. 61-63.

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

Suleiman M.A., *Assignement report development of Mental Health Care in Somalia,* WHO, January 1982.

Terranova Cecchini R., *I fondamenti della psichiatria transculturale,* in « Problemi di igiene mentale, 1971.

Tutino S., *Viaggio in Somalia,* Milano, Mazzotta, 1975.

Volpi Cristiani C., *Antropologia e psichiatria,* Trento, Velox, 1971.

WHO, *African Traditional Medicine,* n. 1, Brazzaville, 1976.