Rapporto di ricerca COI Realizzato dall'Ufficio Immigrazione di ARCI nazionale

- aggiornato al 13 Aprile 2025

CONTESTO		NOTE
Paese di origine	Ghana	N/D
QUESITO COI		**NOTE**
Tematica	Salute Mentale	
Formulazione quesiti COI	**1. Discriminazione e persecuzione di persone affette da patologie psichiche**	

Nota metodologica

1. In considerazione dello specifico profilo tecnico dei quesiti, la ricerca è stata effettuata avvalendosi della collaborazione e del supporto tecnico della Associazione di supporto psicosociale "Approdi";
2. Le informazioni sono tratte da fonti accademiche peer-reviewed, rapporti di organismi internazionali (es. Human Rights Watch, OMS, CRPD, EUAA), documenti ufficiali dello Stato ghanese e relazioni ombra redatte da organizzazioni della società civile. Nel presente documento i termini 'malattia mentale grave', 'psicosi' e 'disabilità psicosociale' vengono usati come categorie sovrapposte, con riferimento a condizioni quali la schizofrenia e disturbi psicotici affini.
3. La presente ricerca si è concentrata prioritariamente sull'analisi dei fenomeni di stigmatizzazione, discriminazione e persecuzione nei confronti delle persone affette da patologie psichiatriche (in particolare psicosi), nel contesto sociale, culturale e giuridico della Repubblica del Ghana. Per contestualizzare tali dinamiche, sono stati inclusi anche alcuni elementi relativi alla disponibilità e qualità dei servizi di salute mentale, senza tuttavia condurre una mappatura esaustiva del sistema sanitario nazionale. Ulteriori approfondimenti relativi al sistema sanitario o ad altri aspetti procedurali potranno essere forniti su richiesta.
4. Il presente Ufficio e l'associazione Approdi restano a disposizione per confrontarsi relativamente alle fonti e ai contenuti citati, oltre che per eventuali approfondimenti rispetto ai quesiti posti, le risultanze emerse e altre tematiche.

Roma
13/04/2025

°°°

Discriminazione e persecuzione di persone affette da patologie psichiche

Introduzione

Numerose fonti segnalano che l'assistenza psichiatrica sia trascurata in molti Paesi a medio e basso reddito, dove gli stanziamenti di bilancio sono scarsi o inesistenti. Questa situazione non è dovuta solo alla mancanza di risorse, ma anche le credenze e gli atteggiamenti nei confronti della malattia mentale giocano un ruolo significativo:

> "...Literature on mental health shows that mental healthcare is neglected in many middle- and low-income countries with little or no budgetary allocation. This situation is not solely due to a lack of resources; beliefs and attitudes toward mental illness also play a significant role..."[1]

Nello specifico del Ghana, una recente fonte riporta come nel paese siano presenti tre ospedali psichiatrici pubblici con 1322 posti letto e 10 unità psichiatriche ospedaliere comunitarie, tuttavia, queste sono tutte situate verso il sud del Paese. Tutti gli ospedali distrettuali hanno unità ambulatoriali di salute mentale e ci sono interventi volti a integrare la salute mentale nella comunità. Altri servizi privati sono disponibili, ma hanno una capacità limitata e sono troppo costosi per la maggior parte delle persone. Nel 2012, il governo ghanese ha ratificato il Comitato per i Diritti delle persone con disabilità e ha approvato la legge sulla salute mentale nel tentativo di rivedere la legislazione obsoleta e di migliorare la qualità delle cure e i diritti umani all'interno del sistema di salute mentale.[2] Tuttavia, se da un lato la nuova legge mirava a proteggere i diritti umani, migliorare l'accesso alle cure e promuovere il recupero delle persone con esperienza vissuta, dall'altro permetteva ancora l'uso di trattamenti involontari, di decisioni sostitutive, di isolamento e di contenzione, consentendo che le violazioni dei diritti umani continuassero.[3] La

[1] Mensah DK (2024) Perspectives of psychiatric nurses on the stigmatization of mental healthcare in Ghana: a qualitative study. Front. Public Health. 12:1423445. Available at: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423445 [Accessed on 11/04/2025]

[2] Per approfondire la storia della legislazione della salute mentale in Ghana si veda pag. 12 e 13 dell'ultimo Piano per la Salute Mentale 2019-2030: *"...Persons with severe mental health conditions began to receive attention in the colonial days when the Prisons Ordinance was passed in 1876. This Ordinance declared that persons with mental health conditions roaming the streets were to be arrested and put in prison as criminals. When their numbers increased in the prisons a special prison was established for them, the Victoriaborg Asylum in Accra in 1887.8 Later the Lunatic Asylum Ordinance of 18889 was passed specifically for persons with severe mental health conditions. This legitimized Victoriaborg Asylum and paved way for other asylums to be built. The Ordinance formalized mental health care though this care remained custodial and penal; persons with severe mental health conditions were arrested and incarcerated as criminals or special prisoners. Stigma with its associated discrimination against persons with mental health conditions was very high. At the beginning of the 20th century, mental health conditions began to be seen as a health problem. Accra Psychiatric Hospital (then called Accra Asylum or Central Asylum) was established in 1906 as a special prison for persons with severe mental health conditions. Inmates from Victoriaborg Asylum were transferred there and the Victoriaborg Asylum was closed down. In 1960 Senchi Resettlement Centre near Atimpoku in the Eastern Region was created as an asylum annex to decongest the Accra Asylum. Subsequently, Ankaful and Pantang Psychiatric Hospitals were built in 1965 and 1975 respectively, and specifically as hospitals but with emphasis on long-term institutional care. Inmates of the Senchi Resettlement Centre were transferred to Ankaful in 1965 and the Resettlement was closed down. In line with the concept of patient care for persons with mental health conditions, NRCD 30 was passed in 1972 to repeal the 1888 Lunatic Asylum Ordinance. Following the WHO's Alma Ata declaration in1978, re-affirmed in the Astana Declaration of October 2018, efforts have been made to increase access to mental health care through community care. The first mental health policy in Ghana was developed in 1994 and revised in 1996. A Four-Year Strategic Plan was drawn for 2008-2011 followed by another Four Year Strategic Plan 2014-2017. 10Sadly, on account of lack of funds, these were not implemented beyond the routine mental health activities. The enactment of the Mental Health Act, 2012 (Act 846), created the MHA as an agency of the MoH to be responsible for mental health care. A Mental Health Board was established on 19th November 2013 as its governing board, necessitating the development of the policy to realize the vision enshrined in the new law...."* Tratto da: Republic of Ghana, Ministery of Health (2018) Mental Health Policy 2019-2030 Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MENTAL-HEALTH-POLICY-2019-2030-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]

[3] Per approfondimenti si veda il Mental Health Act del 2012: Republic of Ghana, Ministry of health (2012) Mental Health Act. Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MENTAL-HEALTH-ACT-ACT-846-of-2012-3.pdf [Accessed on 11/04/2025]

fonte riporta anche che le pratiche che violano i diritti umani sembrano essere legate anche agli atteggiamenti di coloro che operano nell'ambito della salute mentale e delle relative cure, nonché allo stigma associato alle condizioni di salute mentale e alle disabilità psicosociali:

> "...Ghana has three public psychiatric hospitals with 1322 beds, all in the south of the country, but there are 10 community inpatient psychiatric units; however, these are all located towards the south of the country. All district hospitals have mental health outpatient units, and ongoing work aims to integrate mental health into the community. Other private services are available but have little capacity and are too expensive for most people. [...] In 2012, the Ghanaian government ratified the CRPD and passed the mental health act in an attempt to overhaul outdated legislation and to improve the quality of care and human rights within its mental health system. However, while the new Act aimed to protect human rights, improve access to care, and promote the recovery of persons with lived experience, it still permits the use of involuntary treatment, substitute decision-making, and seclusion and restraint, allowing for human rights violations to continue.[...] Practices that violate human rights appear to be linked to the attitudes of those within mental health and related care, as well as to the stigma associated with mental health conditions and psychosocial disabilities, it is important to explore the attitudes towards persons with lived experience as rights holders..."[4]

Similmente, un'altro studio riporta come i servizi di salute mentale hanno ricevuto una bassa priorità sia a livello nazionale che regionale, rispetto ad altri programmi sanitari e di sviluppo concorrenti. Gli ospedali psichiatrici statali esistenti devono affrontare diverse sfide: strutture sovraffollate, infrastrutture in cattivo stato, nonché strumenti e attrezzature limitate, tra cui forniture mediche di base e computer per la registrazione dei pazienti. La formazione degli operatori della salute mentale di comunità presenta alcuni punti deboli, caratterizzati da una pratica limitata, di breve durata e poco approfondita nei contenuti, limitata anche in materia di farmaci psicotropi, valutazione e diagnosi. Non casualmente il 50% degli operatori ha dichiarato di ricevere supervisione solo raramente, o di non riceverla affatto. I dati dimostrano che le potenziali barriere all'accesso ai servizi di salute mentale sono la conoscenza limitata dei servizi esistenti, l'atteggiamento nei confronti degli utenti, la bassa priorità, i finanziamenti limitati, la fornitura irregolare di farmaci, la percezione dell'efficacia dei farmaci, i servizi di salute mentale limitati per i gruppi emarginati, il cattivo stato delle strutture psichiatriche e la scarsa gestione dei quadri di salute mentale. Infatti, gli utenti dei servizi non conoscono gli interventi appropriati per prevenire e promuovere la salute mentale, né sanno dove ottenere un trattamento biomedico. La fornitura di farmaci per soddisfare le esigenze degli utenti dei servizi di salute mentale è irregolare, e l'intero processo di approvvigionamento è burocratico e potrebbe tradursi in ritardi nella consegna dei farmaci anche di 2 anni, contribuendo alla non aderenza e della riammissione e al fatto che all'8,3% dei pazienti non è stato prescritto alcun farmaco, nonostante la diagnosi di schizofrenia o di disturbo delirante:

> "...Mental health services have received low priority at both national and regional levels, compared with other competing health and developmental programmes. [...] The existing state psychiatric hospitals face several challenges [...]: overcrowded facilities, poor state of infrastructure, as well as limited tools and equipment, including basic medical supplies and computers for keeping patient

[4] Harden, B., Gyimah, L., Funk, M. et al. Attitudes towards persons with mental health conditions and psychosocial disabilities as rights holders in Ghana: a World Health Organization study. BMC Psychiatry 23, 142 (2023). Available at: https://doi.org/10.1186/s12888-023-04620-3 [Accessed on 11/04/2025]

> records. [...] The training of community mental health workers has some weaknesses, characterised by limited practice, of short duration and shallow in content [...], limited in-service training in psychotropic medication, assessment and diagnosing. [...] 50% of all community mental health workers perceived that there is either no supervision at all or, at most, less than once monthly supervision. [...] The evidence showed that the potential barriers to accessing mental health services are limited knowledge about existing services, attitudes towards service users, low priority, limited funding, irregular medicine supply, perceived efficacy of medication, limited mental health services for marginalised groups, poor state of psychiatric facilities and poor management of mental health cadres. [...] Service users lack knowledge about the appropriate interventions to prevent and promote mental health, as well as where to obtain biomedical treatment. [...] There is an irregular supply of medicines to meet the needs of mental health service users [...] The entire procurement process is bureaucratic and could translate to delays in drug delivery of as long as 2 years [...] which contributes to the revolving door of non-adherence and readmission. [...] 8.3% of patients were prescribed no medication, although they had been diagnosed with schizophrenia or delusional disorder...."[5]

Le ricerche indicano che nei Paesi in via di sviluppo molti individui affetti da malattie mentali si rivolgono prima di tutto a un guaritore tradizionale per il trattamento della salute mentale; tali individui ricorrono a questo tipo di trattamento come primo punto di contatto nel percorso verso i servizi di salute mentale biopsicosociale o come unica opzione per il trattamento della salute mentale (Uwakwe & Otakpor, 2014). La fonte riporta come non sia chiaro se questo percorso terapeutico sia determinato dai costi, dalle credenze, dall'accessibilità e/o dalla scarsa disponibilità di strutture per la salute mentale in questi Paesi (Peprah et al., cit. 2018). Sebbene la letteratura sulla ricerca di aiuto per i disturbi mentali in Ghana sia limitata, la letteratura esistente fornisce prove sostanziali di un'enfasi sulla ricerca di aiuto tradizionale e spirituale in Ghana e nella maggior parte dei Paesi africani (Ibrahim et al., 2016; Kpobi et al., 2019; Kyei et al., 2014; Peprah et al., 2018; Tabi et al., 2006). Per esempio, uno studio qualitativo ha riportato che il clero della Pentecoste in Ghana si impegna nel trattamento spirituale (cioè nelle preghiere) di persone con disturbi mentali (Asamoah et al., cit. 2014). Altre forme di trattamento religioso includono la guarigione miracolosa e la guarigione attraverso i rituali (Dein, 2020). Questi risultati dimostrano che risiedere in un contesto culturale in cui la religione è molto apprezzata può influenzare le scelte terapeutiche per varie malattie, compresi i disturbi mentali (Tabi et al., cit. 2006):

> "...Research indicates that many individuals with mental illness in developing countries are known to first consult a traditional healer for mental health treatments; such individuals either resort to this type of treatment as a first point of contact in the pathway to biopsychosocial mental health services or as a sole option for mental health treatment (Uwakwe & Otakpor, Citation2014). Perhaps such a treatment pathway is driven by costs, beliefs, accessibility, and lack of availability of mental health facilities in these countries (Peprah et al., Citation2018). Although there is limited literature on help-seeking for mental disorders in Ghana, the extant literature provides substantial evidence for an emphasis on traditional and spiritual help-seeking in Ghana including most African countries (Ibrahim et al., Citation2016; Kpobi et al., Citation2019; Kyei et al., Citation2014; Peprah et al., Citation2018; Tabi et al., Citation2006). For instance, a qualitative study reported that Pentecost clergy in Ghana engage in spiritual treatment (i.e., prayers) of people with mental disorders (Asamoah et al., Citation2014). Other forms of religious treatment include miraculous healing and

[5] Badu, E., O'Brien, A.P. & Mitchell, R. An integrative review of potential enablers and barriers to accessing mental health services in Ghana. Health Res Policy Sys 16, 110 (2018). https://doi.org/10.1186/s12961-018-0382-1 [Accessed on 11/04/2025]

> healing through rituals (Dein, Citation2020). These results show that residing in a cultural context where religion is highly valued may influence treatment choices for various illnesses including mental disorders (Tabi et al., Citation2006).....”[6]

Questo è in linea con quanto riportato da un recente studio che sottolinea come in Ghana, anche se un numero significativo di persone si rivolge a cure ortodosse, il sistema di credenze della maggior parte dei ghanesi si basa sul modello di trattamento causale religioso/spirituale che è incorporato nelle pratiche tradizionali basate sulla fede (Gyamfi, 2014; Gyamfi et al., 2018). “L'incessante trascuratezza dei servizi di salute mentale da parte dei governi che si sono succeduti sembra motivare la maggior parte delle persone a ricorrere ai servizi dei guaritori tradizionali basati sulla fede, che sono più accessibili rispetto agli operatori dei centri di cura ortodossi (ospedali). Purtroppo, le modalità di trattamento di questi guaritori sembrano disumanizzanti e causano più danni che benefici. Per esempio, gli operatori di questi campi di guarigione basati sulla fede bollano la maggior parte delle PWMI come streghe o maledizioni. Alcuni fustigano o incatenano i loro clienti a qualcosa di inamovibile e poi li costringono a confessare qualsiasi “malefatta”. Alcuni sono costretti a digiunare, altri ricevono “olio per unzioni” o intrugli da bere come metodo di purificazione spirituale. Tutte queste modalità di trattamento approfondiscono gli atteggiamenti e i comportamenti stigmatizzanti già esistenti nei confronti dei PWMI al loro ritorno nella comunità, creando così un circolo vizioso di eventi negativi nella vita di queste persone e dei loro parenti stretti”.:

> “...In Ghana, even though a significant number of people seek orthodox care, the belief systems of most Ghanaians are based on the religious/spiritual causal-treatment model that is embedded within traditional faith-based practices (Gyamfi, 2014; Gyamfi et al., 2018). “There is unremitting neglect of mental health services by successive governments that appears to motivate most people to patronize the services of traditional faith-based healers who are more accessible compared to caregivers in orthodox treatment centers (hospitals). Unfortunately, the treatment modalities of these faith healers seem dehumanizing and cause more harm than good. For instance, operators of these faith-based healing camps brand most PWMI as witches or being under a curse. Some flog or chain their clients to anything immovable and subsequently force them to confess any ‘wrongdoings’. While some are forced to fast, others are given ‘anointing oil’ or concoction to drink as a way of spiritual cleansing. All these treatment modalities deepen already existing stigmatizing attitudes and behaviors toward PWMI on their return to the community; and thus, creates a vicious cycle of negative events in the life of these people and their close relatives.' (Gyamfi, 2022, p. 8)…”[7]

In questo senso, una fonte riporta come, secondo l'Autorità per la salute mentale del Ghana, ci siano più di 5.000 “campi di preghiera” e centri di guarigione tradizionale in tutto il Paese. In accordo con le evidenze precedenti la fonte riporta che anche le strutture psichiatriche sono carenti di personale e in cattive condizioni e continuano a ricorrere a trattamenti forzati:

---

[6] Adu, P., Jurcik, T., & Grigoryev, D. (2023). Beyond recognition: beliefs, attitudes, and help-seeking for depression and schizophrenia in Ghana. Mental Health, Religion & Culture, 26(2), 107–130. Available at: https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2169267 [Accessed on 11/04/2025]

[7] Gyamfi, S., Martin-Yeboah, E., Owusu, M. F., & Adu, J. (2024). Coping with the stigma of mental illness: An interpretive descriptive study of out-patients in a public mental health hospital in Ghana. Analyses of Social Issues and Public Policy, 24, 1208–1225. Available at: https://doi.org/10.1111/asap.12419 [Accessed on 11/04/2025]

> "...According to the Ghana Mental Health Authority, there are more than 5,000 "prayer camps" and traditional healing centers across the country. Psychiatric facilities are also understaffed and in poor condition and continue to resort to forced treatment.…"[8]

L'ultimo report della Federazione delle organizzazioni del Ghana del 2024 riporta come l quadro legislativo vigente, inclusi il Persons with Disability Act (Act 715 del 2006) e il Mental Health Act (Act 846 del 2012), contiene ancora disposizioni in contrasto con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD). In particolare, l'Act 846 autorizza il ricovero e il trattamento psichiatrico involontario, il ricorso a forme di contenimento fisico e la nomina di tutori legali con poteri sostitutivi nelle decisioni personali e sanitarie, contravvenendo al principio del consenso libero e informato (Articoli 1–4, 12). La Costituzione ghanese, inoltre, ammette la privazione della libertà per persone considerate "di mente insana", e non protegge in modo esplicito la libertà individuale dei soggetti con disabilità psicosociale (Articolo 14). Questo quadro giuridico rinforza stereotipi culturali negativi, come l'associazione della malattia mentale a pericolosità, irrazionalità o impurità:

> "...1.3. The 2012 Mental Health Act 846 contains provisions not aligned with the CRPD and requiring urgent revision. For example, Section 58 permits seclusion and restraint, which is contrary to CRPD principles. Additionally, Sections 68-71 allow for guardianship and substitute decision-making, opposing the CRPD's support for supported decision-making. Furthermore, Sections 42-53 authorize involuntary admission and treatment, violating the CRPD's emphasis on free and informed consent for medical treatment. 1.4. Ghana's constitution, which serves as the supreme law of the land and some critical legislation still employ derogatory terms to refer to persons with disabilities. For instance, article 42 of the 1992 Constitution of Ghana uses the term 'unsound mind", the Criminal Offences Act, 1960 (Act 29) has terms like 'insanity', 'idiocy', 'imbecility', 'mental derangement', 'female idiot' when discussing criminal responsibility and the treatment of persons with psychosocial or intellectual disabilities in the justice system. The Evidence Act, 1975 (NRCD 323) contains terms like 'lunatic' and 'unsound mind' when addressing the competency of witnesses in legal proceedings. Till now, no steps have been taken to review or amend these terms. 1.5. Despite commitments at the 2018 and 2022 Global Disability Summit, Ghana has not signed and ratified the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Persons with Disabilities in Africa, adopted by the African Union in 2018. [...] The Mental Health Act of Ghana, sections 68(1)(2)(3)(4), allows for the appointment of guardians for persons with psychosocial disabilities, granting them significant control over healthcare, finances, and personal affairs. Although intended to ensure the welfare of those deemed incapable of decision-making, this raises concerns about the potential abuse of power by guardians and the denial of individuals' rights to participate in decisions affecting their lives. This approach contradicts the CRPD's emphasis on supported decision-making, which aims to enable individuals to make their own decisions with appropriate support. 12.5. In Ghana, several laws use derogatory terms such as 'mental retardation,' further stigmatizing persons with intellectual disabilities. These laws also promote capacity assessment tests, endorse seclusion and restraint practices, and allow for involuntary hospital admission. The Mental Health Act of 2012 is particularly concerning, as it permits the police to apprehend involuntary patients trying to leave health facilities before discharge and gives admitting doctors' sole authority over their release. These measures disregard the will and preferences of persons with psychosocial disabilities, contributing to stigmatization and fostering prejudice and discrimination within communities. [...] The Constitution of Ghana

[8] Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

> guarantees the right to personal liberty. While it guarantees against unlawful deprivation of liberty, it provides exceptions about persons with disabilities who are deemed to be 'of unsound mind.' This constitutional provision fundamentally contradicts the CRPD, as it explicitly authorizes the deprivation of liberty on the basis of disability.…"[9]

Inoltre, lo stesso report riporta come molte persone con disabilità (soprattutto psico-sociale) continuano a subire discriminazioni, stigmatizzazioni e ostacoli all'esercizio della propria autonomia e alla piena partecipazione ai processi decisionali. La stigmatizzazione sociale e la discriminazione ostacolano ulteriormente la loro partecipazione alla vita della comunità, incidendo sulla loro qualità di vita complessiva e sulla loro indipendenza. [La mancanza di alloggi accessibili, di servizi di supporto e di opportunità di inclusione sociale ha ostacolato gli sforzi per promuovere una vita comunitaria per le persone con disabilità in Ghana:

> "...Many persons with disabilities continue to face discrimination, stigma, and barriers to exercising their autonomy and participating fully in decision-making processes. [...] Social stigmatization and discrimination further hinder their participation in community life, affecting their overall quality of life and independence. [...] The lack of accessible housing, support services, and social inclusion opportunities has hindered efforts to promote community-based living for persons with disabilities in Ghana…"[10]

°

Cause dello stigma

In via generale, le fonti riportano come in molti Paesi, tra cui il Ghana, persone con vissuto di malattia mentale siano spesso stigmatizzate e discriminate a causa della mancanza di comprensione della salute mentale, delle norme sociali e delle credenze culturali; ad esempio, che le condizioni di salute mentale siano causate da spiriti maligni, maledizioni o punizioni di Dio per comportamenti peccaminosi. Le persone con vissuto di malattia mentale possono essere viste come violente, pericolose e imprevedibili. Per questo motivo, spesso subiscono trattamenti disumani, esclusione dalla comunità e dalla famiglia, violenza e abbandono. Questo può anche portare le persone con esperienza vissuta a non cercare aiuto:

> "...In many countries, including Ghana, persons with lived experience are often stigmatised and discriminated against due to a lack of understanding about mental health as well as societal norms and cultural beliefs; for example, that mental health conditions are caused by evil spirits, curses, or punishments from God for sinful behaviour. People with lived experience can be seen as violent, dangerous, and unpredictable. [...] Because of this, they often experience inhumane treatments,

[9] GFD - Ghana Federation of Disability Organisations (author), CRPD (ed. or publisher): CRPD Shadow Report - 2024, 2024. Available at: https://www.ecoi.net/en/file/local/2113120/INT_CRPD_CSS_GHA_58993_E.docx [Accessed on 11/04/2025]

[10] GFD - Ghana Federation of Disability Organisations (author), CRPD (ed. or publisher): CRPD Shadow Report - 2024, 2024. Available at: https://www.ecoi.net/en/file/local/2113120/INT_CRPD_CSS_GHA_58993_E.docx [Accessed on 11/04/2025]

> exclusion from their community, and their families, and violence and neglect. It can also lead to persons with lived experience not seeking help..."[11]

Similmente, gli studi sullo stigma delle malattie mentali nell'Africa subsahariana dimostrano che lo stigma della malattia mentale deriva dalla comprensione della malattia mentale come un cattivo presagio o una possessione da parte di uno spirito maligno e dall'imprevedibilità dei malati mentali che sono aggressivi, il che porta alla paura del contagio e della violenza attribuita alle persone affette da malattie mentali. Le fonti riportano inoltre che esiste una convinzione o una percezione comune nella società che uno spirito maligno possa possedere una persona, infettarla con la malattia mentale e renderla imprevedibile e pericolosa, oltre che una minaccia spirituale. Per questo motivo, i malati mentali vengono evitati, allontanati ed elusi:

> "...Studies on mental illness stigma in Sub-Saharan Africa show that the stigma of mental illness arises from the understanding of mental illness as a bad omen or possession by a bad spirit and the unpredictability of the mentally ill being aggressive, leading to fear of contagion and violence ascribed to persons with mental illness. [...] There is a common societal belief or perception that a bad spirit can possess a person, infect them with mental illness, and make them unpredictable and dangerous, as well as a spiritual threat. Hence, the mentally ill are shunned, pushed away, and avoided..."[12]

Nel contesto Ghanese, i risultati di un recente studio condotto dal Centro di Advocacy dei Diritti Umani del paese hanno rivelato una generale presenza di idee sbagliate sulla salute mentale che portano alla persistenza della stigmatizzazione delle persone con malattie mentali:

> "...Findings from the study revealed a general presence of misconception around mental health leading to the persistence of stigmatization of PMD/PMI..."[13]

Una fonte riporta come in Ghana si creda che i nostri antenati spirituali possano infliggere la "pazzia" agli individui "malvagi" della comunità; questa "pazzia" può essere curata solo dal capo sacerdote o da altri guaritori tradizionali della comunità:

---

[11] Harden, B., Gyimah, L., Funk, M. et al. Attitudes towards persons with mental health conditions and psychosocial disabilities as rights holders in Ghana: a World Health Organization study. BMC Psychiatry 23, 142 (2023). Available at: https://doi.org/10.1186/s12888-023-04620-3 [Accessed on 11/04/2025]

[12] Mensah DK (2024) Perspectives of psychiatric nurses on the stigmatization of mental healthcare in Ghana: a qualitative study. Front. Public Health. 12:1423445. Available at: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423445 [Accessed on 11/04/2025]

[13] Teddy G., HUMAN RIGHTS ADVOCACY CENTRE (2020) EXPLORING THE ROLE OF TRADITIONAL MENTAL HEALTH CENTRES AND THEIR IMPACT ON PROMOTING QUALITY MENTAL HEALTHCARE AND HUMAN RIGHTS IN GHANA RESEARCH REPORT. Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/FINAL-RESEARCH-REPORT-Promoting-TMHCs__THPs-role-in-Mental-Health_-Report-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]

> "...In Ghana, it is believed that our spiritual ancestors can inflict "madness" on "wicked" individuals in the community; this "madness" can only be cured by the chief priest or other traditional healers of the community.…"[14]

Partendo dal riconoscimento del fatto che in alcuni contesti, come il Ghana, i livelli più elevati di religiosità hanno avuto un impatto negativo sulla Mental Health Literacy, con i pastori pentecostali più propensi ad adottare un modello esplicativo diabolico della salute mentale, è stato svolto uno studio che si proponeva di modellare la complessa interazione tra MHL sulle cause dei disturbi mentali, le preferenze di ricerca di aiuto, la capacità di riconoscimento, i fattori demografici, la religiosità e la stigmatizzazione del concetto occidentale di depressione e schizofrenia in Ghana, utilizzando un'analisi di rete innovativa e avanzata. Lo studio intende rivelare l'interconnessione reciproca di questi fattori, fornendo preziose indicazioni per interventi culturalmente personalizzati. Lo studio si è concentrato sulla depressione maggiore e sulla schizofrenia, tra i 297 disturbi del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) e i risultati hanno indicato che l'attribuzione causale spirituale per la depressione e lo stigma personale verso la schizofrenia erano le variabili più influenti nella rete. È emerso anche un legame bidirezionale tra le preferenze di ricerca di aiuto e le attribuzioni causali nei due disturbi. La religiosità era direttamente collegata all'appoggio alla ricerca di aiuto professionale per i due disturbi. Inoltre, è stato riscontrato un legame reciproco tra lo stigma personale e le attribuzioni causali psicosociali per i disturbi mentali. Le attribuzioni causali spirituali erano inversamente correlate alla ricerca di aiuto professionale per entrambi i disturbi:

> "...In some contexts, such as Ghana, higher levels of religiosity have negatively impacted MHL [Mental Health Literacy], with pentecostal pastors being more likely to adopt a diabolical explanatory model of mental health (Asamoah et al., 2014). [...] present study aimed to model the complex interplay between MHL regarding the causes of mental disorders, help-seeking preferences, recognition ability, demographic factors, religiosity, and stigmatization concerning the Western concept of depression and schizophrenia in Ghana using the novel and advanced network analysis. The study intended to contribute to the understanding of mental health dynamics in Ghana by revealing the reciprocal interconnectedness of these factors, providing valuable insights for culturally tailored interventions. [...] The present study focused on major depression and schizophrenia, out of the 297 disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [...] Findings indicated that spiritual causal attribution for depression and personal stigma towards schizophrenia were the most influential variables in the network. There was also a bidirectional link between help-seeking preferences and causal attributions across the two disorders. Religiosity was directly linked to endorsing professional help-seeking for the disorders. Moreover, there was a reciprocal link between personal stigma and psychosocial causal attributions across the mental disorders. Spiritual causal attributions were inversely related to professional help-seeking for both disorders.…"[15]

---

[14] Adu, P., Jurcik, T., & Grigoryev, D. (2023). Beyond recognition: beliefs, attitudes, and help-seeking for depression and schizophrenia in Ghana. Mental Health, Religion & Culture, 26(2), 107–130. Available at: https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2169267 [Accessed on 11/04/2025]

[15] Adu, P.. (2025) Network analysis of mental health literacy: beliefs, recognition and attitudes towards depression and schizophrenia in Ghana / Un análisis de redes sobre la alfabetización en salud mental: creencias, reconocimiento y actitudes hacia la depresión y la esquizofrenia en Ghana . International Journal of Social Psychology: Revista de Psicología Social 40:1, pages 153-177. Available at: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02134748241307483 [Accessed on 11/04/2025]

Andando più a fondo rispetto alla dimensioni esplicative delle malattie mentali in Ghana, uno studio svolto in Ghana riporta come le persone incluse nella ricerca ritenesse che la causa principale del disturbo mentale sia quella biologica (45%), mentre circa il 32% ha riferito che è dovuto a cause spirituali e maledizioni. Le forme di stigma identificate dagli intervistati erano di tipo economico, psicologico e sociale. Il 72% delle stigmatizzazioni riportate erano di tipo sociale, e andavano dal biasimo della famiglia, allo scherno e alla derisione (30%) fino allo sviluppo della sindrome del "non essere visti". Lo stigma economico era principalmente l'impossibilità di accedere al cibo (14%) e lo stigma psicologico era la perdita di autostima (13%). Le forme di discriminazione associate ai disturbi mentali sono principalmente economiche (46%) e sociali (54%). Le discriminazioni economiche vanno da quelle legate all'occupazione, come la perdita del lavoro (2%), a quelle legate al sostegno della famiglia, come la negazione del cibo (10%). Le discriminazioni sociali sono state il rifiuto del matrimonio (10%) e le spese "sottobanco" per le cure mediche:

> "...The main reported cause of mental disorder was biological (45%), and about 32% also reported that it was due to spiritual causes and curses. [...] The forms of stigma identified by respondents were economic, psychological and social. Seventy-two percent of the reported stigmas were social, ranging from family blame, ridicule and mockery (30%) to development of 'not-to-be-seen' syndrome. The economic stigma was mainly no access to food (14%) and the psychological stigma was loss in self-esteem (13%). The forms of discrimination associated with mental disorders were mainly economic (46%) and social (54%). The economic discrimination ranges from employment related issues like job loss (2%) to household support issues like denial of food (10%). The social discrimination ones were marital refusals (10%) to 'under-the-table' charges for medical treatment..."[16]

Le fonti riportano come in Ghana, lo stigma a livello sociale è profondamente radicato nelle norme culturali che circondano la salute mentale, nella percezione culturale del contagio della malattia mentale e nella limitata discussione pubblica della malattia mentale come malattia comune e curabile. Secondo lo studio, e in coerenza con altre evidenze, gli psichiatri e l'assistenza psichiatrica sono equiparati a malattie mentali gravi, ciò si spiega forse con l'idea sociale che gli psichiatri siano necessari per la gestione medica di malattie mentali gravi come la schizofrenia, mentre gli psicologi gestiscono malattie mentali apparentemente meno gravi come la depressione e l'ansia. La ricerca ha infatti evidenziato che lo stigma era maggiore quando si riceve un'assistenza psichiatrica allo stigma quando si cercava un'assistenza da uno psicologo. In un contesto a basse risorse come il Ghana, dove il numero limitato di psichiatri presenti nel Paese si concentra sui pazienti più complessi, questa percezione può essere esacerbata.19 Inoltre, lo spazio fisico limitato negli ospedali comporta unità singole per psicologi e psicologhe e spazi condivisi sia per la consulenza che per la gestione delle malattie mentali gravi:

> "...In Ghana, societal-level stigma is deeply rooted in cultural norms surrounding mental health, cultural perceptions of contagion of mental illness, and limited public discussion of mental illness as a common and treatable disease. Our finding that psychiatrists and psychiatric care is equated with severe mental illness was consistent with other studies.18 This is perhaps explained by the societal view that psychiatrists are needed for medical management of severe mental illness like

[16] Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers. Ghana Med J. 2015 Mar;49(1):30-6. doi: 10.4314/gmj.v49i1.6. PMID: 26339082; PMCID: PMC4549818. Available at: https://doi.org/10.4314/gmj.v49i1.6 [Accessed on 11/04/2025]

> schizophrenia, while psychologists manage seemingly less severe mental illness like depression and anxiety.18 [...] stigma was greater around receiving psychiatric care in Ghana than stigma when seeking care from a psychologist. [...] In a low-resource setting like Ghana, where limited numbers of in-country psychiatrists focus their care on the most complex patients, this perception may be exacerbated.19 Further, limited physical space in hospitals results in single units for psychologists and psychologists, and shared spaces for both counseling and management of severe mental illness. [...] our findings highlight pervasive provider-level stigma about seeking mental health care. Providers shared the perception that counseling is acceptable for patients but not for providers and the belief that providers should be mentally strong and not have problems..."[17]

Un'altra fonte riporta come sebbene non siano stati riscontrati direttamente nello studio in questione, altre evidenze riportano credenze soprannaturali sulla malattia mentale e percezioni di pericolo soprannaturale come fattori chiave dello stigma. Sebbene questi studi abbiano riscontrato che le persone con un'istruzione superiore hanno espresso meno comportamenti legati allo stigma, la fonte riporta come anche i fornitori di servizi medici hanno espresso forti credenze nelle cause soprannaturali della malattia mentale:

> "...While not found in our study, other studies in SSA also report supernatural beliefs about mental illness and perceptions of supernatural danger as key drivers of stigma.7,20 Although these studies found that people with higher education expressed less stigma-related behaviors, there were medical providers who expressed strong beliefs in supernatural causes of mental illness.20..."[18]

Nello specifico ambito della psicosi, una fonte riporta come la maggior parte delle culture dell'Africa subsahariana crede che la causa principale della psicosi sia soprannaturale, spesso caratterizzata da afflizioni/possessione da parte di spiriti maligni e dall'essere vittima di stregoneria [8-12]. Viene inoltre sottolineato come i modelli culturali della psicosi informano la diagnosi e il trattamento e la percezione dello stigma da parte degli individui con psicosi in molte culture. Lo studio, volto a rilevare la presenza di fenomeni di auto stigmatizzazione in 3 città Kumasi, Ghana e Kenya riportando i valori indicati nel grafico 1 e riportano che c'era una correlazione molto stretta tra le credenze associate al soprannaturale e maggiore tasso di stigma:

> "...Most cultures in sub-Saharan Africa subscribe to the belief that the root cause of psychosis is supernatural, often characterised by afflictions/possession by evil spirits and being a victim of witchcraft [8–12]. [...] Cultural models of psychosis inform diagnosis and treatment and the perceptions of stigma by individuals with psychosis in many cultures. The experience of psychosis can also confer a specific cultural status. [...] There was a clear trend with the biopsychosocial explanatory models of illness being more commonly employed by low scorers on the internalised stigma scale (no stigma) while the majority of high scorers tended to hold supernatural beliefs.

---

[17] Lawrence ER, Parekh BJ, Owusu-Antwi R, Newman N, Russell CB, Beyuo TK, Yeboah M, Oppong SA, Moyer CA. "If You Need a Psychiatrist, It's BAD": Stigma Associated with Seeking Mental Health Care Among Obstetric Providers in Ghana. Int J Womens Health. 2024;16:131-141 Available at: https://doi.org/10.2147/IJWH.S440224 [Accessed on 11/04/2025]

[18] Harden, B., Gyimah, L., Funk, M. et al. Attitudes towards persons with mental health conditions and psychosocial disabilities as rights holders in Ghana: a World Health Organization study. BMC Psychiatry 23, 142 (2023). Available at: https://doi.org/10.1186/s12888-023-04620-3 [Accessed on 11/04/2025]

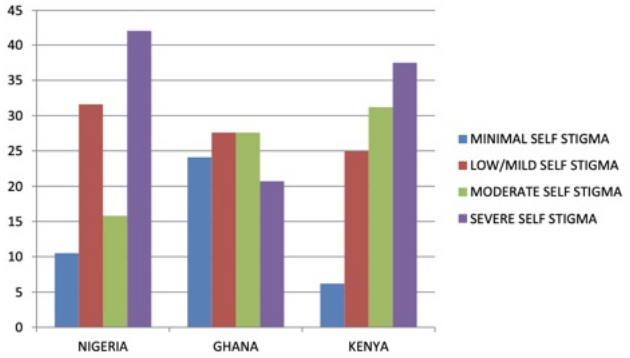

Grafico 1. Grado di percezione di autostigma in 3 siti. Tratto da: Explanatory model of psychosis: impact on perception of self-stigma by patients in three sub-saharan African cities..."[19]

Sempre nell'ambito della psicosi, uno studio riporta come nella schizofrenia, lo stigma personale come fattore più influente significa che gli atteggiamenti e i pregiudizi degli individui influenzano significativamente le percezioni e le interazioni relative a questo disturbo. Questo risultato è in linea con la letteratura precedente, poiché lo stigma personale nei confronti della schizofrenia è stato ben documentato in letteratura. Le possibili ragioni identificate a questo proposito includono le idee sbagliate della società sulla condizione, la paura di comportamenti violenti associati alla schizofrenia, la mancanza di comprensione della salute mentale, le rappresentazioni negative dei media e l'influenza delle credenze culturali (Gerlinger et al., 2013). In genere, molti ghanesi sono soliti etichettare le persone affette da schizofrenia come possedute da un "demone", il che riflette un atteggiamento personale stigmatizzante nei confronti di questa patologia. (Read & Doku, 2012). Mentre studi precedenti hanno stabilito che gli atteggiamenti differiscono tra depressione e schizofrenia, con la schizofrenia più altamente stigmatizzata rispetto alla depressione (Martensen et al., 2020), questo studio offre una prospettiva distinta identificando gli atteggiamenti più influenti associati a queste condizioni:

> "...for schizophrenia, personal stigma as the most influential factor means that individuals' attitudes and biases significantly influence perceptions and interactions related to this disorder. This result was in line with previous literature, as personal stigma towards schizophrenia has been well documented in the literature. Possible reasons identified in this regard included societal misconceptions about the condition, fear of violent behaviours associated with schizophrenia, lack of understanding about mental health, negative media portrayals, and the influence of cultural beliefs (Gerlinger et al., 2013). Typically, it is common for many Ghanaians to label individuals with schizophrenia as being possessed by a 'demon', reflecting personal stigmatizing attitudes towards the condition. (Read & Doku, 2012). [...] While previous studies have established that attitudes differ between depression and schizophrenia, with schizophrenia being more highly stigmatized than depression (Martensen et al., 2020), the current study offers a distinct perspective by identifying the most influential attitudes associated with these conditions…"[20]

[19] Makanjuola, V., Esan, Y., Oladeji, B., Kola, L., Appiah-Poku, J., Harris, B., … Gureje, O. (2016). Explanatory model of psychosis: impact on perception of self-stigma by patients in three sub-saharan African cities. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51(12), 1645–1654. Available at: https://doi.org/10.1007/s00127-016-1274-8 [Accessed on 11/04/2025]

[20] Adu, P.. (2025) Network analysis of mental health literacy: beliefs, recognition and attitudes towards depression and schizophrenia in Ghana / Un análisis de redes sobre la alfabetización en salud mental: creencias, reconocimiento y actitudes hacia la depresión y la esquizofrenia en Ghana . International Journal of Social Psychology: Revista de Psicología Social 40:1, pages 153-177. Available at: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02134748241307483 [Accessed on 11/04/2025]

°

Impatto dello stigma

Come già affrontato nella precedente sezione, i risultati di un recente studio condotto dal Centro di Advocacy dei Diritti Umani del Ghana hanno rivelato che gli atteggiamenti verso le persone con malattie mentali dipendono in larga misura dalla consapevolezza e dalla comprensione della salute mentale da parte della comunità, dalle concezioni errate sulla salute mentale, dalla percezione del pericolo derivante dalle persone con malattie mentali e dalla compassione individuale verso queste ultime. Pertanto, lo studio ha registrato atteggiamenti favorevoli e negativi nei loro confronti in base a questi fattori. Lo studio ha infatti rivelato che la stigmatizzazione e l'atteggiamento nei confronti delle persone con malattie mentali, così come l'accesso all'assistenza sanitaria, siano influenzati anche da altri fattori quali il genere, l'età, la cultura e chi è responsabile del processo decisionale in famiglia. Così, gli uomini che soffrono di disturbi o malattie mentali hanno maggiori probabilità di subire abusi fisici, mentre le donne hanno maggiori probabilità di subire abusi sessuali. In termini di sostegno, le donne hanno maggiori probabilità di ricevere vestiti e cibo rispetto ai loro omologhi maschili:

> "...Findings from the study revealed a general presence of misconception around mental health leading to the persistence of stigmatization of PMD/PMI. This, however, does not translate into poor attitudes towards PMD/PMI overall. Attitudes towards PMD/PMI depend largely on community awareness and understanding of mental health, misconceptions of mental health, perceived danger from PMD/PMI and individual compassion towards PMD/PMI. Hence, we recorded both supportive and negative attitudes towards them based on these factors. The study revealed that stigmatization and attitude towards PMD/PMI as well as access to healthcare is also influenced by other factors such as gender, age, culture and who is in charge of decision making in the family. Thus, men suffering from mental disorders or illnesses are more likely to be physically abused whereas women more likely to be sexually abused. In terms of support, women are more likely to be provided with clothing and food as compared to their male counterparts..."[21]

Questo è in accordo con un altro recente studio che ha esplorato le prospettive degli operatori della salute mentale sull'assistenza alla parentela per le persone con malattie mentali gravi e persistenti. La ricerca riporta come la parentela non è sempre di supporto per i familiari con malattia mentale grave e persistente. Lo studio suggerisce che i familiari non danno adeguato riconoscimento ad alcuni membri con malattia mentale grave e persistente. Inoltre, il loro punto di vista non è spesso importante nel processo decisionale della famiglia. Lo studio di Barke et al. (2011) ha rivelato che molte persone in Ghana ritengono che le persone con malattia mentale non dovrebbero avere una posizione di responsabilità. Questo sembra tradursi nell'opinione dei professionisti che le persone con malattia mentale grave e persistente non partecipano alle decisioni importanti della famiglia. Ciò è possibile perché ritengono che questi individui vulnerabili abbiano bisogno di una forma di controllo, come i bambini, e non siano uguali alla popolazione generale (Barke et al., 2011). È stato anche rivelato che le persone con malattia mentale possono

[21] Teddy G., HUMAN RIGHTS ADVOCACY CENTRE (2020) EXPLORING THE ROLE OF TRADITIONAL MENTAL HEALTH CENTRES AND THEIR IMPACT ON PROMOTING QUALITY MENTAL HEALTHCARE AND HUMAN RIGHTS IN GHANA RESEARCH REPORT. Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/FINAL-RESEARCH-REPORT-Promoting-TMHCs__THPs-role-in-Mental-Health_-Report-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]

essere aggressive (Abekah-Carter & Oti, 2020; Barke et al., 2011; Quinn, 2007), quindi i membri della famiglia si tengono a distanza da loro per evitare scontri fisici. I partecipanti che hanno riportato casi di aggressione da parte di familiari con malattie mentali gravi e persistenti hanno indicato che a volte i familiari reagiscono abusando fisicamente o verbalmente del paziente. Il nostro studio suggerisce che, a volte, la visione che la famiglia ha della persona con malattia mentale come aggressiva può non essere sempre valida:

> "...This study explored the perspectives of mental health practitioners on kinship care for persons with severe and persistent mental illness. [...] kinship is not always supportive for family members with severe and persistent mental illness. The study suggests that family members do not give some members with severe and persistent mental illness adequate recognition. Besides, their views do not often matter in family decision-making. The study by Barke et al. (2011) revealed that many people in Ghana believe that individuals with mental illness should not be given a position of responsibility. This seems to translate into the professionals' view that people with severe and persistent mental illness do not become part of making important decisions in the family. This is possible because they believe these vulnerable individuals need some form of control, like children, and are not the same as the general population (Barke et al., 2011). It was also revealed that people with mental illness could be aggressive (Abekah-Carter & Oti, 2020; Barke et al., 2011; Quinn, 2007), so family members keep their distance from them to avoid any physical confrontations. Participants who reported instances of aggression from family members with severe and persistent mental illness indicated that sometimes family members react by physically or verbally abusing the patient. Our study suggests that sometimes the family's view of the person with mental illness as aggressive may not always be valid. It was also evident that family members engage in ridicule and name-calling, which only perpetuates the existing stigma that people with mental illness already face. Such negative interactions between family members and the person with mental illness could impact their wellbeing (Chan & Tsui, 2023; Moses, 2010) and even negatively affect their mental health recovery..."[22]

Sulla base di una revisione della letteratura, una fonte ha ipotizzato che in Ghana: (H1) la credenza in attribuzioni causali spirituali per quanto riguarda i disturbi mentali (depressione e schizofrenia) sarebbe positivamente correlata con la ricerca di aiuto spirituale per entrambi i disturbi mentali; (H2) le credenze religiose sarebbero negativamente associate con la ricerca di aiuto professionale sia per la depressione che per la schizofrenia; (H3) l'istruzione sarebbe negativamente associata con le credenze spirituali per quanto riguarda le cause della depressione e della schizofrenia; (H4) la ricerca di aiuto professionale (cioè focalizzata sull'Occidente) sia per la depressione che per la schizofrenia sarebbe positivamente associata con (a) attribuzioni causali biologiche e (b) psicosociali per questi disturbi, occidentale) sia per la depressione che per la schizofrenia sarebbe positivamente associato alle attribuzioni causali (a) biologiche e (b) psicosociali per questi disturbi mentali; infine, (H5) la percezione dello stigma per la depressione e la schizofrenia sarebbe positivamente correlata alle attribuzioni causali spirituali verso questi disturbi mentali [...] I risultati del nostro studio hanno rivelato che le credenze causali sui disturbi mentali sono correlate alle opzioni di ricerca di aiuto e allo stigma. Così, le attribuzioni causali spirituali sono state associate positivamente alla ricerca di aiuto spirituale e allo stigma percepito per i disturbi mentali, mentre le attribuzioni causali biologiche e psicosociali sono state associate alla ricerca di aiuto

[22] Kwamina Abekah-Carter, Mary Ayim, Ebenezer Cudjoe, Alhassan Abdullah & Marcus Y. L. Chiu. Perspectives of mental health professionals on kinship care for persons with mental illness in Ghana. International Journal of Mental Health 0:0, pages 1-18. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207411.2024.2377754 [Accessed on 11/04/2025]

professionale. Le attribuzioni causali spirituali della depressione e della schizofrenia erano positivamente associate alla percezione dello stigma sia per la depressione che per la schizofrenia. In particolare, lo stigma personale e sociale per la depressione aveva una forte relazione positiva con l'approvazione della ricerca di aiuto professionale per la depressione, ma al contrario lo stigma personale e sociale per la schizofrenia era correlato negativamente con la ricerca di aiuto professionale. L'approvazione del supporto sociale per la depressione era positivamente associata allo stigma personale, percepito e sociale per la depressione. Tuttavia, l'approvazione del supporto sociale per la schizofrenia era correlata positivamente solo allo stigma sociale. Inoltre, la ricerca di aiuto spirituale ha avuto una forte relazione positiva con lo stigma percepito, personale e sociale:

> "...Accordingly, based on our literature review, we hypothesised that in Ghana: (H1) belief in spiritual causal attributions regarding mental disorders (depression and schizophrenia) would be positively related with spiritual help-seeking for both of these mental disorders; (H2) religious beliefs would be negatively associated with professional help-seeking for both depression and schizophrenia; (H3) education would be negatively associated with spiritual beliefs regarding causes of depression and schizophrenia; (H4) professional (i.e., Western focused) help-seeking for both depression and schizophrenia would be positively associated with (a) biological, and (b) psychosocial causal attributions for these mental disorders; and finally, (H5) perceived stigma for depression and schizophrenia would be positively related to spiritual causal attributions towards these mental disorders. [...] Results from our study revealed that causal beliefs held about mental disorders were related to help-seeking options and stigma. Thus, spiritual causal attributions related positively with spiritual help-seeking and perceived stigma for the mental disorders, whilst biological, and psychosocial causal attribution was associated with professional help-seeking. [...] Spiritual causal attributions of depression and schizophrenia were positively associated with perceived stigma for both depression and schizophrenia. Notably, personal and social stigma for depression, had a strong positive relation to endorsement of professional help-seeking for depression, but on the contrary, personal and social stigma for schizophrenia was negatively related with professional help-seeking. Endorsement of social support for depression was positively associated with personal, perceived, and social stigma for depression. However, social support endorsement for schizophrenia positively related to social stigma only. Furthermore, spiritual help-seeking had a strong positive relation with perceived, personal, and social stigma...."[23,24,25]

---

[23]Adu, P., Jurcik, T., & Grigoryev, D. (2023). Beyond recognition: beliefs, attitudes, and help-seeking for depression and schizophrenia in Ghana. Mental Health, Religion & Culture, 26(2), 107–130. https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2169267 [Accessed on 11/04/2025]

[24] Per approfondimenti rleativi alla percezione del suicidio si veda l'ultimo Piano per la Salute Mentale 2019-2030 del Ghana che riporta: *"...Suicide is highly correlated with mental health problems.42Over 90% of attempted or completed suicides have mental health conditions, 43 mostly depression. In Ghana, there are periodic media reports of surges with the latest surge in 2017 when sixteen deaths were reported in the media in the first quarter while thousands contemplated suicide in the same period. Suicidal behavior is considered immoral and a taboo, and is stigmatized in many cultures. It is also considered as a sin by the religious community and a crime by the laws of the country [Section 57(2) of the Criminal Offences Act, 1960 (Act 29)]. Generally, the nature and dynamics of suicide is little understood by the public. There is neither a national policy nor emergency service for suicidal behaviour..."*
Tratto da: Republic of Ghana, Ministery of Health (2018) Mental Health Policy 2019-2030 Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MENTAL-HEALTH-POLICY-2019-2030-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]

[25] Per approfondimenti rleativi alla percezione del suicidio si veda anche il testo di Azasu e colleghi: *"...This stigma for suicide has created a silent epidemic with many families unable to come forward to seek help for the psychological distress that precedes suicide behavior (Osafo, 2016). Individuals who display suicide behaviors such as ideation and attempts are unable to come forward for help and their families are ashamed to seek help for them. [...] Family and*

In via generale, le fonti riportano come lo stigma e la discriminazione rendano difficile il reinserimento nella comunità dei pazienti affetti da disturbi mentali trattati. Le persone che hanno vissuto con lo stigma psichiatrico e le sue conseguenze, spesso sperimentano una sofferenza devastante e limitante per la vita. Lo stigma e la discriminazione impediscono alle persone con malattia mentale di ottenere l'assistenza di base in famiglia e nella comunità di cui godono gli altri. Impediscono l'integrazione sociale, interferiscono con lo svolgimento dei ruoli sociali, diminuiscono la qualità della vita e impediscono l'accesso tempestivo alle cure, creando di fatto un circolo vizioso di svantaggio sociale e disabilità. Inoltre, alcune famiglie abbandonano i pazienti psichiatrici presso l'ospedale psichiatrico, con conseguente congestione dell'ospedale e altri rapporti indicano che lo stigma e la discriminazione sono le ragioni principali di questo comportamento. Finalmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta come gli individui possono temere di essere discriminati se vengono etichettati come affetti da problemi di salute mentale:

> "...Stigma and discrimination make it difficult for treated mental disorder patients to reintegrate into the community. People, who lived with psychiatric stigma and its consequences, often experience suffering that is devastating, and life- limiting.9 Stigma and discrimination prevent people with mental illness from obtaining the basic family and community care that others enjoy.10 They impede so- cial integration, interfere with performance of social roles, diminish quality of life, and prevent timely ac-cess to treatment, effectively creating a vicious cycle of social disadvantage and disability.11 Furthermore, some families abandon mental patients at the psychiatric hospital resulting in congestion at the hospital.12 Moreover, other reports indicate that stigma and discrimination were the key reasons for this behaviour.12 [...] WHO also indicates that individuals may be fearful of being discriminated against if they are labelled as having a mental health problem..."[26]

Nel contesto Ghanese, molteplici fonti riportano come i pazienti affetti da salute mentale e le loro famiglie soffrono di stigma e discriminazione a livello individuale, familiare, lavorativo, occupazionale, educativo e sanitario. Questo li porta a rifuggire dalle cure e dalla riabilitazione e ad adattare strategie di coping sbagliate e insostenibili:

> "...Mental health patients and their families suffer from stigma and discrimination from the individual, family, work, employment, education to the health level. This ultimately leads them to shy away from treatment and rehabilitation, and adapt wrong and unsustainable coping strategies..."[27]

---

community cohesion also contribute significantly, as individuals experiencing distress may fear the potential repercussions on their family's reputation. Moreover, the influence of religious beliefs, predominantly Christianity and Islam, can impact perceptions of mental health and shape responses to those exhibiting suicide behaviors...." Tratto da: Azasu, E. K. (2024). Exploring suicide stigma among adolescents in the greater Accra region of Ghana: The role of age, mental health stigma, and traditional beliefs. In Mental Health & Prevention (Vol. 33, p. 200314). Elsevier BV. Available at: https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200314 [Accessed on 11/04/2025]

[26] Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers. Ghana Med J. 2015 Mar;49(1):30-6. doi: 10.4314/gmj.v49i1.6. PMID: 26339082; PMCID: PMC4549818. Available at: https://doi.org/10.4314/gmj.v49i1.6 [Accessed on 11/04/2025]

[27] Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers. Ghana Med J. 2015 Mar;49(1):30-6. doi: 10.4314/gmj.v49i1.6. PMID: 26339082; PMCID: PMC4549818. Available at: https://doi.org/10.4314/gmj.v49i1.6 [Accessed on 11/04/2025]

In uno studio descrittivo interpretativo sui pazienti esterni di un ospedale pubblico di salute mentale in Ghana, viene riportato come le esperienze di stigmatizzazione vissute fino a quel momento dai partecipanti fanno emergere come lo stigma sia un fattore che impatta sul recupero e la sopravvivenza nella vita di tutti i giorni:

> "...Participants' account of their stigma experiences so far depicts stigma as a key factor in their recovery and survival in everyday life..."[28]

Una fonte, riporta come a fronte di questo imbarazzante stigma e discriminazione, i pazienti affetti da salute mentale e i loro caregiver cercano solitamente dei mezzi per far fronte allo stigma e alla discriminazione subiti. La principale strategia di coping identificata in questo studio è stata quella sociale (88%). Tra queste, lo sviluppo della sindrome del "non essere visti", le preghiere, l'evitamento del matrimonio e alcune aggressioni e reazioni. Simili comportamenti di coping sono stati riportati in altri studi:

> "...Given this all embarrassing stigma and discrimination, mental health patients and their caregivers usually look for means to cope with all the stigma and discrimination suffered. The main coping strategy identified in this study was social (88%). This includes developing 'not- to-be-seen' syndrome, prayers, avoidance of marriage and some aggression and reaction. Similar coping behaviours have been reported in other study.20…"[29,30]

Similmente un'altra fonte riporta come in Ghana, le persone con malattie mentali subiscono maltrattamenti ogni giorno. Ogni piccola incomprensione tra una persona "relativamente normale" e un "paziente" viene scambiata per una ricaduta. Alcuni di questi "pazienti" vengono talvolta incatenati o rinchiusi in una stanza. I parenti o i membri della comunità attaccano gli altri perché sono assertivi e chiedono dignità. Questi presunti "pazienti ricaduti" vengono ricoverati con la forza su richiesta dei parenti, soprattutto se il conflitto è tra loro e il "paziente". La legge non protegge il paziente per quanto riguarda l'abuso dei diritti umani:

> "...In Ghana, PWMI experience maltreatment every day. Any slight misunderstanding between a 'relatively normal' person and a 'patient' is mistaken as a relapse. Some of these 'patients' are sometimes chained or locked up in the room. Relatives or community members attack others for being assertive and demanding dignity. These supposed 'relapsed patients' are forcibly admitted at

---

[28] Gyamfi, S., Martin-Yeboah, E., Owusu, M. F., & Adu, J. (2024). Coping with the stigma of mental illness: An interpretive descriptive study of out-patients in a public mental health hospital in Ghana. Analyses of Social Issues and Public Policy, 24, 1208–1225. Available at: https://doi.org/10.1111/asap.12419 [Accessed on 11/04/2025]

[29] Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers. Ghana Med J. 2015 Mar;49(1):30-6. doi: 10.4314/gmj.v49i1.6. PMID: 26339082; PMCID: PMC4549818. Available at: https://doi.org/10.4314/gmj.v49i1.6 [Accessed on 11/04/2025]

[30] Questa strategia è stata documentata anche in altre fonti più recenti, si veda per esempio: Gyamfi, S., Martin-Yeboah, E., Owusu, M. F., & Adu, J. (2024). Coping with the stigma of mental illness: An interpretive descriptive study of out-patients in a public mental health hospital in Ghana. Analyses of Social Issues and Public Policy, 24, 1208–1225. Available at: https://doi.org/10.1111/asap.12419 [Accessed on 11/04/2025]

> the request of relatives, especially if the conflict is between them and the 'patient.' The law does not protect the patient regarding issues of human rights abuse..."[31]

Questo è in accordo con una ricerca fatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che riporta come in tutte le strutture indagate, gli utenti sono rimasti a volte più a lungo rispetto alla dimissione prevista perché le loro famiglie non erano disposte a riaccoglierli a casa e non avevano risorse economiche per vivere da soli:

> "...In all facilities, service users were found to stay sometimes longer than their planned discharge because their families were not willing to welcome them back home, and they had no economic resources for living on their own...."[32]

In accordo con le precedenti evidenze, il Human Rights Watch ha rilevato come le famiglie in Ghana spesso portano le persone con condizioni di salute mentale reali o percepite a guaritori tradizionali o basati sulla fede, a causa delle credenze ampiamente diffuse che una maledizione o una stregoneria causino tali disabilità e perché le loro comunità hanno servizi di salute mentale limitati, se non addirittura inesistenti:

> "...Human Rights Watch found that families often take people with real or perceived mental health conditions, or psychosocial disabilities, to faith-based or traditional healers because of widely held beliefs that such disabilities are caused by a curse or evil spirits, and because their communities have limited, if any, mental health services…"[33]

°

Violazione dei diritti umani e misure coercitive

Diverse fonti riportano come all'interno dei servizi di salute mentale o di assistenza nella comunità, si verificano violazioni dei diritti umani, che agiscono come importanti barriere all'erogazione di cure di buona qualità, ostacolando quindi il recupero delle persone con esperienza di condizioni di salute mentale o disabilità psicosociali. Negli ospedali ghanesi sono stati spesso segnalati ricoveri e trattamenti forzati, contenzioni con mezzi meccanici, chimici e manuali e isolamento dagli altri pazienti e dal personale. Nei campi di preghiera e nei servizi sanitari del Paese, le persone sono state spesso sottoposte a incatenamento e a ricoveri e trattamenti forzati:

---

[31] Gyamfi, S., Martin-Yeboah, E., Owusu, M. F., & Adu, J. (2024). Coping with the stigma of mental illness: An interpretive descriptive study of out-patients in a public mental health hospital in Ghana. Analyses of Social Issues and Public Policy, 24, 1208–1225. Available at: https://doi.org/10.1111/asap.12419 [Accessed on 11/04/2025]

[32] Moro MF, Carta MG, Gyimah L, Orrell M, Amissah C, Baingana F, Kofie H, Taylor D, Chimbar N, Coffie M, Cole C, Ansong J, Ohene SA, Tawiah PE, Atzeni M, D'Oca S, Gureje O, Funk M, Drew N, Osei A. (2022) A nationwide evaluation study of the quality of care and respect of human rights in mental health facilities in Ghana: results from the World Health Organization QualityRights initiative. BMC Public Health. 2022 Apr 2;22(1):639. Available at: https://doi.org/10.1186/s12889-022-13102-2. [Accessed on 11/04/2025]

[33] Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

> "...Within these mental health or related care services and the community, human rights violations occur, acting as major barriers to the delivery of good quality care, therefore hindering the recovery of persons with lived experience of mental health conditions or psychosocial disabilities. [...] In Ghanaian hospital settings, forced admission and treatment, restraint using mechanical, chemical, and manual means, and seclusion from other patients and staff were often reported. Within prayer camps and general health camps in the country, people were often subjected to chaining and forced admission and treatment..."[34]

Una ricerca svolta dall'Organizzazione mondiale della Sanità nelle strutture di salute mentale in Ghana riporta come in tutte le strutture valutate sono state segnalate violazioni del diritto alla libertà dalla tortura o da trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti e dallo sfruttamento, dalla violenza e dagli abusi (CRPD delle Nazioni Unite, articoli 15 e 16). I comitati di visita hanno osservato casi di abusi verbali e fisici nei confronti degli utenti dei servizi. Anche la negligenza è stata un problema significativo in tutte le strutture. La segregazione e la contenzione sono state spesso utilizzate per gestire le crisi:

> "...There were reports of violations of the rights to freedom from torture or cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment and from exploitation, violence, and abuse (UN CRPD, Articles 15 and 16) in all the facilities evaluated. The visiting committees observed instances of verbal and physical abuse against service users. Neglect was also a significant issue in all the facilities. Seclusion and restraints were often used as a way of managing crises..."[35]

L'ultimo report della Federazione delle organizzazioni del Ghana del 2024 riporta come ci siano ancora segnalazioni di violazioni dei diritti umani contro le persone con disabilità, in particolare quelle con disabilità psicosociali, che devono ancora affrontare coercizioni e trattamenti forzati negli istituti di salute mentale. Nella maggior parte dei casi le persone con disabilità non sono trattate con dignità. Per esempio, le persone con disabilità psicosociali sono ancora sottoposte a trattamenti forzati. In alcune comunità, alle persone con albinismo e disabilità psicosociali viene ancora negata la libertà personale e vengono limitati i loro movimenti. Ad esempio, è proibito loro di visitare luoghi come il palazzo del capo, il che è preoccupante:

> "...There are still reports of human rights violations against people with disabilities, especially persons with psychosocial disabilities, who still face coercion and forced treatment in mental health institutions. [...] Persons with disabilities are not treated with dignity in most cases. For instance, persons with psychosocial disabilities are still being given forced treatment. [...] n some communities, persons with albinism and psychosocial disabilities are still denied personal liberty

[34] Harden, B., Gyimah, L., Funk, M. et al. Attitudes towards persons with mental health conditions and psychosocial disabilities as rights holders in Ghana: a World Health Organization study. BMC Psychiatry 23, 142 (2023). Available at: https://doi.org/10.1186/s12888-023-04620-3 [Accessed on 11/04/2025]

[35] Moro MF, Carta MG, Gyimah L, Orrell M, Amissah C, Baingana F, Kofie H, Taylor D, Chimbar N, Coffie M, Cole C, Ansong J, Ohene SA, Tawiah PE, Atzeni M, D'Oca S, Gureje O, Funk M, Drew N, Osei A. (2022) A nationwide evaluation study of the quality of care and respect of human rights in mental health facilities in Ghana: results from the World Health Organization Quality Rights initiative. BMC Public Health. 2022 Apr 2;22(1):639. Available at: https://doi.org/10.1186/s12889-022-13102-2. [Accessed on 11/04/2025]

> and have their movements restricted. For example, they are prohibited from visiting places like the chief's palace, which is concerning…"[36]

Similmente, il Human Rights Watch riporta come Il relatore speciale delle Nazioni Unite sulla tortura ha esplicitamente osservato, in seguito alla sua visita in Ghana nel 2015, che l'incatenamento "equivale inequivocabilmente a tortura, anche se commesso da attori non statali in condizioni in cui lo Stato ne è a conoscenza o dovrebbe esserlo". La dottoressa Pinaman Appau, direttrice dell'Autorità governativa per la salute mentale, ha dichiarato: "Abbiamo formato i leader dei campi di preghiera, ma dobbiamo anche rafforzare il sistema di salute mentale a livello comunitario". La principale sfida del governo nell'affrontare gli abusi dei campi di preghiera è la mancanza di fondi. Secondo la legge sulla salute mentale del Ghana del 2012, le persone con disabilità psicosociali "non devono essere sottoposte a torture, crudeltà, lavori forzati e qualsiasi altro trattamento inumano", compreso l'incatenamento. La legge prevede l'istituzione di Comitati di visita in tutte le 16 regioni per condurre ispezioni e garantire la tutela dei diritti delle persone con problemi di salute mentale, e di un Tribunale per la salute mentale per offrire ricorso. Dieci anni dopo, solo cinque regioni dispongono di comitati, due dei quali hanno effettuato una sola visita di controllo. Il governo sostiene che ci sia voluto così tanto tempo a causa della mancanza di fondi, anche se la legge prevede che il Ministro delle Finanze prescriva, attraverso il Parlamento, un'imposta o una tassazione appropriata per il finanziamento della salute mentale. Tale tassa dovrebbe essere istituita con urgenza. Human Rights Watch ha assistito a una serie di gravi violazioni dei diritti umani in entrambi i campi, tra cui la negazione di cibo adeguato, condizioni insalubri e mancanza di igiene, mancanza di accesso all'assistenza sanitaria, privazione della libertà e negazione della libertà di movimento:

> "...The United Nations Special Rapporteur on torture explicitly noted following his 2015 visit to Ghana that shackling "unequivocally amount[s] to torture even if committed by non-State actors under conditions in which the State knows or ought to know about them." Dr. Pinaman Appau, chief executive of the governmental Mental Health Authority, said, "We have trained the leaders of the prayer camps, but we also need to strengthen the mental healthcare system at the community level." She said that the government's main challenge in addressing prayer camp abuses is a lack of funding. Under Ghana's 2012 Mental Health Act, people with psychosocial disabilities "shall not be subjected to torture, cruelty, forced labour and any other inhuman treatment," including shackling. The act requires the establishment of Visiting Committees in all 16 regions to conduct inspections and ensure that the rights of people with mental health conditions are protected, and of a Mental Health Tribunal to offer recourse. Ten years later, only five regions have committees; two of which have only each made a single monitoring visit. The government claims that it has taken so long because of lack of funds, even though the act requires the Finance Minister to prescribe the appropriate levy or taxation for mental health care funding through Parliament. Such a levy should urgently be established. Human Rights Watch witnessed a range of serious human rights abuses in both camps, including denial of adequate food, unsanitary conditions and lack of hygiene, lack of access to health care, deprivation of liberty, and denial of freedom of movement…."[37]

---

[36] GFD - Ghana Federation of Disability Organisations (author), CRPD (ed. or publisher): CRPD Shadow Report - 2024, 2024. Available at: https://www.ecoi.net/en/file/local/2113120/INT_CRPD_CSS_GHA_58993_E.docx [Accessed on 11/04/2025]

[37] Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

In accordo con la precedente evidenza, nell'ultimo Piano per la Salute Mentale 2019-2030 del Ghana viene riportato come i diritti umani dei pazienti continuano a essere violati, con guaritori tradizionali e basati sulla fede che rinchiudono i pazienti in catene e manette. Le persone con problemi di salute mentale devono affrontare quotidianamente stigma e discriminazione. Nonostante i lodevoli sforzi per migliorare l'assistenza alla salute mentale in Ghana, permangono gravi problemi: L'assistenza per la salute mentale non è attualmente adeguata in termini di qualità e diffusione. I servizi sono concentrati nella parte meridionale del Paese e sono afflitti da una logistica inadeguata, abusi dei diritti umani, stigma e discriminazione. Dal 10 ottobre 2017, in occasione della Giornata mondiale della salute mentale, il MHA ha formalmente vietato l'incatenamento e l'ammanettamento delle persone con malattie mentali. 33 I coordinatori regionali per la salute mentale stanno seguendo la questione per garantire la conformità. I comitati di visita, una volta istituiti, garantiranno ulteriormente l'applicazione del divieto. Il MHA ha prodotto delle linee guida per il funzionamento dei centri di cura tradizionali e basati sulla fede, per porre fine alle violazioni dei diritti umani delle persone affette da malattie mentali in queste istituzioni. Le linee guida riguardano la registrazione della struttura, l'istruzione, l'alloggio adeguato, la sicurezza, l'abbigliamento, l'alimentazione e altri aspetti delle garanzie dei diritti umani. Queste linee guida sono state convalidate dalle parti interessate, compresi i gruppi della società civile come le ONG e gli enti per i diritti umani. Tuttavia, nonostante i progressi compiuti nel migliorare la situazione dei diritti umani delle persone con problemi di salute mentale, le sfide rimangono. L'unico reparto forense del Paese, quello dell'Ospedale psichiatrico di Accra, è sovraffollato. Ci sono altri problemi di diritti umani, in particolare nei centri di cura tradizionali e basati sulla fede, dove i pazienti vengono incatenati o incatenati, affamati in nome del digiuno, frustati o utilizzati per lavori forzati o non adeguatamente retribuiti, molestati sessualmente e talvolta persino costretti a sposarsi. Il ritardo nell'istituzione dei Comitati di visita ha reso difficile il monitoraggio del divieto di incatenamento:

> "...Human rights of patients continue to be abused with traditional and faith-based healers locking up patients in chains and shackles. Persons with mental health conditions face stigma and discrimination on daily basis. [...] Notwithstanding the commendable efforts to improve mental health care in Ghana, there still remain serious challenges: Mental health care currently is not adequate in its quality and spread. Services are skewed to the southern part of the country and saddled with inadequate logistics, human rights abuses, stigma and discrimination. [...] Since 10 October, 2017, on World Mental Health Day the MHA has formally banned chaining and shackling of persons with mental illnesses. 33Regional Mental Health Coordinators are following up to ensure compliance. Visiting Committees, when established, shall further ensure the enforcement of the ban. The MHA has produced guidelines for the operation of traditional and faith-based healing centres to stop the human rights violations of persons with mental health conditions in these institutions. The Guidelines cover facility registration, education, appropriate housing, safety and security, clothing, feeding and other aspects of human rights guarantees. These guidelines have been validated by stakeholders including civil society groups like NGOs and human rights entities. [...] In spite of the progress made in improving the human rights situation of persons with mental health conditions, challenges remain. The only forensic ward in the country, which is at the Accra Psychiatric Hospital, is overcrowded. There are other human rights issues particularly in the traditional and faith-based healing centres where patients are chained or shackled, starved in the name of fasting, flogged or used for forced or inadequately remunerated labour, sexually harassed

> and sometimes even forced into marriages. The delay in the establishment of the Visiting Committees has made the monitoring of the ban on chaining a difficult assignment now…"[38,39]

Negli ultimi dieci anni, Human Rights Watch ha visitato più di una dozzina di campi di preghiera e ha documentato casi di persone con disabilità psicosociali incatenate per lunghi periodi, alcuni per anni. Oltre alla privazione della libertà, hanno subito orribili abusi, condizioni insalubri e mancanza di igiene, nonché la mancanza di accesso all'assistenza sanitaria. Human Rights Watch ha pubblicato un breve filmato (Figure 1-6) con tre persone rinchiuse perché affette da disturbi mentali, che raccontano cosa hanno significato la libertà e l'indipendenza per la loro guarigione. [...] Una donna inclusa nel video ha descritto di essere stata trattenuta fisicamente in una struttura psichiatrica da ben cinque uomini che la tenevano ferma per iniettarle forzatamente dei farmaci. "Sono stata spesso ostracizzata", ha detto. "In alcuni casi ho perso opportunità di lavoro. E questo ha influito su quasi tutti gli aspetti della mia vita". [...] Un'altra donna nel video era stata incatenata e descrive quando le hanno tolto le catene e l'hanno chiusa in una stanza. "Rimanevo lì nella stanza da sola durante la notte", ha detto. "Non mi piaceva affatto quell'esperienza, essere rinchiusa da sola". Ora lavora come infermiera di salute mentale. Ha detto che il governo del Ghana dovrebbe aumentare la consapevolezza e ridurre lo stigma in modo che le famiglie e le comunità possano offrire sostegno, soprattutto quando una persona sta attraversando una crisi. Un uomo nel video ha raccontato di essere stato rinchiuso in un campo di preghiera nell'area di Greater Accra per due anni, quando i suoi figli erano ancora piccoli. Ha detto "Avete la vostra libertà, avete la vostra pace":

> "...Over the past decade, Human Rights Watch visited more than a dozen prayer camps and documented cases of people with psychosocial disabilities who were chained for long periods, some for years. Beyond deprivation of liberty, they endured horrific abuses, unsanitary conditions and lack of hygiene, and lack of access to health care. [...] Human Rights Watch released a short film featuring three people who were locked up because they have a mental health condition and who talk about what freedom and independence meant for their recovery. [...] One woman included in the video described being physically restrained in a psychiatric facility by as many as five men holding her down to forcibly inject her with medication. "I have been ostracized a lot," she said. "You know, there were times where I lost employment opportunities. And it affected almost all aspects of my life." [...] Another woman in the video had been shackled, and describes when they took the shackles off and locked her in a room. "I would be in there in the room alone during the night," she said. "I really didn't like that experience, being alone locked up." She now works as a mental health nurse. She said that Ghana's government should raise awareness and reduce stigma so that families and communities can offer support, especially when a person is going through a crisis. A man in the video said he was locked away at a prayer camp in the Greater Accra area for two years when his children were still young. He said that he thought about them a lot and would sometimes cry bitterly. He is now married and supports his family as a receptionist at a

[38] Republic of Ghana, Ministery of Health (2018) Mental Health Policy 2019-2030 Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MENTAL-HEALTH-POLICY-2019-2030-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]

[39] Per una lista completa delle organizzazioni di volontariato volte alla promozione della salute e la tutela delle persone con malattie mentali o disabilità si veda: MINDFREEDOM GHANA. THE REPUBLIC OF GHANA. DATABASE OF SOME HUMAN RIGHTS CIVIL SOCIETY ORGANIZATIONS & DISABLED PEOPLES' ORGANIZATIONS IN GHANA (2020) Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MAPPING-OF-DISABLED-PEOLPES-ORGANIZATIONS-HUMAN-RIGHTS-CIVIL-SOCIETY-ORGANIZATIONS-IN-GHANA-EU-FUNDED-PROJECT.pdf [Accessed on 11/04/2025]

church-based organization and a salesman. “That’s what I know is a good community,” he said. “You have your freedom, you have your peace.”

Figura 1-6: Tratte da: Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training…”[40]

In accordo con le precedenti evidenze, il Human Rights Watch riporta come Il divieto imposto dal Ghana nel 2017 di incatenare le persone con disabilità psicosociali - o condizioni di salute mentale - non ha fermato questa pratica. In accordo con il Piano per la Salute Mentale 2019-2030[41], la fonte riporta come il governo non abbia dotato di risorse adeguate i meccanismi di applicazione per monitorare il rispetto del divieto da parte dei centri religiosi in cui le persone sono tenute in catene e assistere coloro che sono attualmente detenuti illegalmente. Human Rights Watch ha visitato due centri di guarigione spirituale - noti come “campi di preghiera” - dal 19 al 23 ottobre 2023, nella regione orientale del Ghana e ha intervistato più di 30 persone. Tra queste, persone con disabilità psicosociali, personale dei campi di preghiera, sostenitori della salute mentale, un professionista della salute mentale e un alto funzionario del governo. Human Rights Watch ha scoperto che dieci persone nei due campi sono state tenute in catene contro la loro volontà, in quello che equivale a una detenzione a tempo indeterminato e ad altri maltrattamenti:

> “...Ghana’s 2017 ban on shackling people with psychosocial disabilities – or mental health conditions – has not halted the practice, Human Rights Watch said today. The government has not adequately resourced the enforcement mechanisms to monitor compliance by faith-based centers where people are being held in chains and assist those currently being unlawfully detained. Human Rights Watch visited two spiritual healing centers – known as “prayer camps” – from October 19 to

[40] Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

[41] Republic of Ghana, Ministery of Health (2018) Mental Health Policy 2019-2030 Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MENTAL-HEALTH-POLICY-2019-2030-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]

> 23, 2023, in Ghana's Eastern region and interviewed more than 30 people. They included people with psychosocial disabilities, prayer camp staff, mental health advocates, a mental health professional, and a senior government official. Human Rights Watch found ten people in the two camps held in chains against their will in what amounts to indefinite detention and other ill-treatment. "The Ghanaian government's 2017 ban on shackling and promises to address this abuse have not put an end to people with psychosocial disabilities being shackled," said Elizabeth Kamundia, deputy disability rights director at Human Rights Watch. "The government needs to enforce the ban so that the chains come off and help people to improve their lives. One person chained is one too many." [...] "Ghana's government lets these camps run with minimal regulation and no repercussions for violating the rights of people with psychosocial disabilities," Kamundia said. "The Visiting Committees and Tribunal should be fully operational and adequately funded to ensure that people are unchained and can live free."

A woman with a real or perceived mental health condition with a chain around her ankle at a prayer camp in Easter region, Ghana, October 2023. She said, "I sleep with the chain on my leg. I am not feeling comfortable." © 2023 Elizabeth Kamundia/Human Rights Watch

Figura 7: Tratta da: Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training."[42]

La direttrice della divisione dei diritti della disabilità del Human Rights Watch ha riportato in un articolo che al fare visita a un centro di preghiera dedicato alle persone affette da malattie mentali, ha trovato una donna era rinchiusa in quella che sembrava una cella di prigione, dove si trovava da più di un anno a causa delle sue reali o presunte condizioni di salute mentale. Alla successiva visita, dopo un mese, la donna era chiusa nella stessa stanza e guardava fuori attraverso le stesse sbarre di ferro della finestra. La stanza era spoglia. C'erano pozzanghere di urina sul pavimento. Quando le chiese della vita nel campo, il suo volto si è accartocciato e ha iniziato a piangere. "Non ci permettono di andare in chiesa", ha detto. "Questo mi addolora. Voglio andare in chiesa":

> "...She was locked up in what looked like a prison cell, where she had been for more than a year on the basis of her real or perceived mental health condition. When I went back this month, she was locked in the same room, looking out through the same iron bars on the window. The room was bare. There were puddles of urine on the floor. [...] When I asked her about life at the camp, her face crumpled, and she started to cry. "They don't allow us to go to church," she said. "That pains me. I want to go to church"

[42] Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

Figura 8: Tratta da: A Path to Belonging for People with Psychosocial Disabilities in Ghana More Support Options Needed..”[43]

Una fonte riporta che un ricercatore di Human Rights Watch, arrivato al Centro di preghiera di Mt. Horeb a Mamfi, ha sentito un membro del personale dire ai suoi colleghi di “ripulire le cose”. Quando Human Rights Watch ha avuto accesso alla struttura, ha trovato catene a terra, ma solo una persona era ancora incatenata, una donna di 19 anni che era stata incatenata per due settimane in una stanza fatiscente e poco ventilata. Un'altra persona presente nella struttura ha detto che la donna era incatenata perché il personale non voleva che mangiasse. I membri del personale hanno detto a Human Rights Watch che il digiuno era il trattamento prescritto per la sua condizione ed era necessario per la sua “liberazione”. Un uomo della struttura, che è stato incatenato per due mesi dopo il suo arrivo, ha detto: “Questo ambiente non favorisce la guarigione”. Un altro uomo ha detto: “Voglio tornare a lavorare e voglio sposarmi. Voglio vivere la mia vita”. Le persone detenute nel campo hanno parlato di una fame costante e mordente a causa del cibo insufficiente; alcune sono apparse emaciate. Molti erano tenuti in box angusti, mentre altri avevano una certa libertà di movimento all'interno di quella che veniva definita la sala “VIP”. Altri, ritenuti in condizioni più gravi, erano particolarmente magri e confinati in una stanza piccola e senza finestre, detta “dei condannati”. Il profeta Paul Kweku Nii Okai, leader del campo, ha dichiarato a Human Rights Watch che la preghiera e il digiuno sono i suoi interventi per le condizioni di salute mentale. Kweku Nii Okai, del campo di Mt. Horeb, ha detto di ritenere che le persone abbiano disabilità psicosociali per diversi motivi, tra cui maledizioni ancestrali, spiriti maligni o il fatto che un membro della famiglia sia o sia stato un sacerdote o una sacerdotessa feticcio, persone che fungono da mediatori tra gli spiriti e gli esseri umani. Un uomo che è entrato e uscito dal Monte Horeb per oltre dieci anni ha detto: “Si può essere portati qui per molte ragioni. Fumare erba, fare sesso illecito con altri uomini”:

[43] Kamundia E. (2023) A Path to Belonging for People with Psychosocial Disabilities in Ghana More Support Options Needed. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/31/path-belonging-people-psychosocial-disabilities-ghana [Accessed on 11/04/2025]

> "...A Human Rights Watch researcher arriving at the Mt. Horeb Prayer Centre in Mamfi overheard a staff member tell his colleagues to "clean things up." When Human Rights Watch was later given access to the facility, they found chains lying on the ground, but only one person was still shackled, a 19-year-old woman who had been chained for two weeks in a run-down and poorly ventilated room. Another person at the facility said that the woman was chained because the staff did not want her to eat. Staff members told Human Rights Watch that fasting was the prescribed treatment for her condition and was necessary for her "deliverance." One man at the facility who was chained for two months after he arrived said, "This environment is not conducive to healing." Another man said: "I want to go to back to work and I want to marry. I want to live my life." People detained in the camp spoke of constant, gnawing hunger from inadequate food; some appeared emaciated. Several were held in cramped stalls, while others had some freedom of movement within what was referred to as the "VIP" room. Others deemed to be in a more acute state were especially gaunt and were confined in a small, windowless room called the "condemned" room. Prophet Paul Kweku Nii Okai, the leader of the camp, told Human Rights Watch that prayer and fasting are his interventions for mental health conditions. [...] Kweku Nii Okai of the Mt. Horeb camp said he believed people have psychosocial disabilities for several reasons, including ancestral curses, evil spirits, or having a family member who is or was a fetish priest or priestess, people who serve as mediators between the spirits and humans. One man who has been in and out of Mt. Horeb for over a decade said, "You can be brought here for many reasons. Smoking weed, having illicit sex with other men."…"[44]

Similmente, sempre il Human Rights Watch riporta come nel campo di preghiera Pure Power di Adeso, ha trovato nove persone, tra cui una donna, legate con catene non più lunghe di mezzo metro intorno alle caviglie. Erano costrette a urinare e defecare in un piccolo secchio condiviso. Un uomo è stato incatenato sotto un albero:

> "...At Pure Power Prayer Camp in Adeso, Human Rights Watch found nine people, including one woman, restrained with chains no longer than half a meter around their ankles. They were forced to urinate and defecate in a shared small bucket. One man was chained under a tree…"[45]

°°°

[44] Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

[45] Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

Bibliografia

Adu, P.. (2025) Network analysis of mental health literacy: beliefs, recognition and attitudes towards depression and schizophrenia in Ghana / Un análisis de redes sobre la alfabetización en salud mental: creencias, reconocimiento y actitudes hacia la depresión y la esquizofrenia en Ghana . International Journal of Social Psychology: Revista de Psicología Social 40:1, pages 153-177. Available at: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02134748241307483 [Accessed on 11/04/2025]

Adu, P., Jurcik, T., & Grigoryev, D. (2023). Beyond recognition: beliefs, attitudes, and help-seeking for depression and schizophrenia in Ghana. Mental Health, Religion & Culture, 26(2), 107–130. Available at: https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2169267 [Accessed on 11/04/2025]

Azasu, E. K. (2024). Exploring suicide stigma among adolescents in the greater Accra region of Ghana: The role of age, mental health stigma, and traditional beliefs. In Mental Health & Prevention (Vol. 33, p. 200314). Elsevier BV. Available at: https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200314 [Accessed on 11/04/2025]

Badu, E., O'Brien, A.P. & Mitchell, R. An integrative review of potential enablers and barriers to accessing mental health services in Ghana. Health Res Policy Sys 16, 110 (2018). https://doi.org/10.1186/s12961-018-0382-1 [Accessed on 11/04/2025]

GFD - Ghana Federation of Disability Organisations (author), CRPD (ed. or publisher): CRPD Shadow Report - 2024, 2024. Available at: https://www.ecoi.net/en/file/local/2113120/INT_CRPD_CSS_GHA_58993_E.docx [Accessed on 11/04/2025]

Gyamfi, S., Martin-Yeboah, E., Owusu, M. F., & Adu, J. (2024). Coping with the stigma of mental illness: An interpretive descriptive study of out-patients in a public mental health hospital in Ghana. Analyses of Social Issues and Public Policy, 24, 1208–1225. Available at: https://doi.org/10.1111/asap.12419 [Accessed on 11/04/2025]

Harden, B., Gyimah, L., Funk, M. et al. Attitudes towards persons with mental health conditions and psychosocial disabilities as rights holders in Ghana: a World Health Organization study. BMC Psychiatry 23, 142 (2023). Available at: https://doi.org/10.1186/s12888-023-04620-3 [Accessed on 11/04/2025]

Human Rights Watch (2023) Ghana: End Chaining for Mental Health Conditions. Support Monitoring, Housing, Independent Living, Job Training. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/30/ghana-end-chaining-mental-health-conditions [Accessed on 11/04/2025]

Kamundia E. (2023) A Path to Belonging for People with Psychosocial Disabilities in Ghana More Support Options Needed. Human Rights Watch. Dispatches. Available at: https://www.hrw.org/news/2023/10/31/path-belonging-people-psychosocial-disabilities-ghana [Accessed on 11/04/2025]

Kwamina Abekah-Carter, Mary Ayim, Ebenezer Cudjoe, Alhassan Abdullah & Marcus Y. L. Chiu. Perspectives of mental health professionals on kinship care for persons with mental illness in Ghana. International Journal of Mental Health 0:0, pages 1-18. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00207411.2024.2377754 [Accessed on 11/04/2025]

Lawrence ER, Parekh BJ, Owusu-Antwi R, Newman N, Russell CB, Beyuo TK, Yeboah M, Oppong SA, Moyer CA. "If You Need a Psychiatrist, It's BAD": Stigma Associated with Seeking Mental Health Care Among Obstetric Providers in Ghana. Int J Womens Health. 2024;16:131-141 Available at: https://doi.org/10.2147/IJWH.S440224 [Accessed on 11/04/2025]

Makanjuola, V., Esan, Y., Oladeji, B., Kola, L., Appiah-Poku, J., Harris, B., … Gureje, O. (2016). Explanatory model of psychosis: impact on perception of self-stigma by patients in three sub-saharan African cities. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51(12), 1645–1654. Available at: https://doi.org/10.1007/s00127-016-1274-8 [Accessed on 11/04/2025]

Mensah DK (2024) Perspectives of psychiatric nurses on the stigmatization of mental healthcare in Ghana: a qualitative study. Front. Public Health. 12:1423445. Available at: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423445 [Accessed on 11/04/2025]

MINDFREEDOM GHANA. THE REPUBLIC OF GHANA. DATABASE OF SOME HUMAN RIGHTS CIVIL SOCIETY ORGANIZATIONS & DISABLED PEOPLES' ORGANIZATIONS IN GHANA (2020) Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MAPPING-OF-DISABLED-PEOLPES-ORGANIZATIONS-HUMAN-RIGHTS-CIVIL-SOCIETY-ORGANIZATIONS-IN-GHANA-EU-FUNDED-PROJECT.pdf

Moro MF, Carta MG, Gyimah L, Orrell M, Amissah C, Baingana F, Kofie H, Taylor D, Chimbar N, Coffie M, Cole C, Ansong J, Ohene SA, Tawiah PE, Atzeni M, D'Oca S, Gureje O, Funk M, Drew N, Osei A. (2022) A nationwide evaluation study of the quality of care and respect of human rights in mental health facilities in Ghana: results from the World Health Organization QualityRights initiative. BMC Public Health. 2022 Apr 2;22(1):639. Available at: https://doi.org/10.1186/s12889-022-13102-2. [Accessed on 11/04/2025]

Republic of Ghana, Ministery of Health (2018) Mental Health Policy 2019-2030 Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MENTAL-HEALTH-POLICY-2019-2030-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]

Republic of Ghana, Ministry of health (2012) Mental Health Act. Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/MENTAL-HEALTH-ACT-ACT-846-of-2012-3.pdf [Accessed on 11/04/2025]

Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers. Ghana Med J. 2015 Mar;49(1):30-6. doi: 10.4314/gmj.v49i1.6. PMID: 26339082; PMCID: PMC4549818. Available at: https://doi.org/10.4314/gmj.v49i1.6 [Accessed on 11/04/2025]

Teddy G., HUMAN RIGHTS ADVOCACY CENTRE (2020) EXPLORING THE ROLE OF TRADITIONAL MENTAL HEALTH CENTRES AND THEIR IMPACT ON PROMOTING QUALITY MENTAL HEALTHCARE AND HUMAN RIGHTS IN GHANA RESEARCH REPORT. Available at: https://mindfreedomghana.org/wp-content/uploads/2023/02/FINAL-RESEARCH-REPORT-Promoting-TMHCs__THPs-role-in-Mental-Health_-Report-1.pdf [Accessed on 11/04/2025]